

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

*Wszystkiego najlepszego
z okazji
Międzynarodowego Dnia
Pielęgniarki i Dnia Położnej*

Kwiecień 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego

„Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07”

Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
dnia 3 kwietnia 2013 roku.



W NUMERZE:

Okręgowy Zjazd

Naczelna Izba

Akty Prawne

Prawo

Prace Dyplomowe

Informacje

**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.czyst.pl

sekretariat@oipip.czyst.pl
www.oipip.czyst.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 1000 szt.

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zaprasza
na spektakl z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.**

Spektakl odbędzie się w dniu 11 maja 2013r. o godzinie 16.00 w Filharmonii Częstochowskiej przy ulicy Wilsona 16.

Uprzejmie prosimy poszczególne placówki, o sporządzenie listy pielęgniarek i położnych zainteresowanych udziałem w imprezie i przekazanie jej pełnomocnikowi danego rejonu wyborczego do dnia 30 kwietnia 2013r.

Osoby chętne do udziału w spektaklu, niewykonujące zawodu a będące członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie prosimy o zgłaszanie się do siedziby Izby przy ul. Pułaskiego 25/ IV piętro lub telefonicznie pod nr: 34 324 51 12, 503 008 946

Serdecznie zapraszamy!

**Z obrad III Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie**

Dnia 28 marca 2013 roku odbyły się obrady III Okręgowego Zjazdu Delegatów VI kadencji OIPIP w Częstochowie.

III Okręgowy Zjazd otworzyła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w obecności 74 Delegatów OIPIP w Częstochowie. Obecność Delegatów zjazdu została potwierdzona wpisem na liście.

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przywitała zaproszonych gości: Krzysztof Matyjaszyk Prezydent Miasta Częstochowy, Mariusz Malicki Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, Barbara Jarek zastępca Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Częstochowie, Irena Sikora-Mysiek Przewodnicząca Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Beata Zawadowicz Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Oddział Częstochowa, Małgorzata Leszczyńska Kierownik Delegatury w Częstochowie Śląskiego OW NFZ, Agnieszka Sowińska Asystent Biura Poselskiego Posła na Sejm RP Jadwigi Wiśniewskiej, Grażyna Stramska-Swierczyńska Naczelnik Wydziału Zdrowia, Jarosław Marszałek I zastępca Prezydenta Miasta Zdzisław Wolski - przew. Rady Miasta.

Następnie przyjęto porządek obrad III Okręgowego Zjazdu Delegatów VI kadencji OIPIP w Częstochowie.

Po tym nastąpiły wystąpienia zaproszonych gości.

Podczas obrad III Okręgowy Zjazd przyjął sprawozdania za rok 2012:

- Okręgowej Rady
- Okręgowego Sądu
- Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Okręgowej komisji Rewizyjnej,
- zatwierdzone zostało sprawozdanie finansowe OIPIP za rok 2012
- oraz przyjęto budżet Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rok 2013 W czasie obrad zostały przedstawione prezentacje firm: Oleofarm, Nutrica, THUANSE POLSKA.

III Okręgowy Zjazd Delegatów VI kadencji OIPIP w Częstochowie 28 marca 2013 roku podjął następujące stanowiska i apele:

Uchwała Nr 1/VI/2013

**III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie VI kadencji
z dnia 28 marca 2013 roku**

**w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności
merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie za okres
od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku**

Na podstawie art. 30 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038) uchwała się co następuje:

§ 1.

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VI kadencji po uprzednim rozpatrzeniu zatwierdza sprawozdanie z działalności merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

**Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
W CZĘSTOCHOWIE**

**SPRAWOZDANIE PRZEWODNICZĄCEJ Z DZIAŁALNOŚCI
OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W
CZĘSTOCHOWIE od 01.01.2012 roku do 31.12.2012. roku**

W okresie od 01.01.2012 roku do 31.12.2012. roku odbyło się pięć posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz dwanaście posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła i zrealizowała 16 uchwał, Prezydium ORPIP podjęło i zrealizowało 236 uchwał w tym :

- Dofinansowanie kształcenia podyplomowego przyznano - dla 209 osób na łączną kwotę 115 552.00 zł.



- Dofinansowania nie otrzymało 8 osób /wnioski złożone niezgodnie z obowiązującym regulaminem Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego/.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych – 32 pielęgniarki i 5 położnych.
- Wpisano do rejestru i na listę członków OIPIP w Częstochowie - 33 pielęgniarki, 4 położne (osoby te przeniosły się z obszaru działania innej okręgowej izby).
- Wykreślono z rejestru OIPIP w Częstochowie – 28 pielęgniarek i 2 położne (osoby te przeniosły się na obszar działania innej okręgowej izby).
- Dokonano wpisów o zaprzestaniu wykonywania zawodu dla 50 pielęgniarek i 5 położnych.
- Dokonano wpisu o powrocie do wykonywania zawodu po uprzednim zaprzestaniu dla 5 pielęgniarek.
- Dokonano wpisów o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu dla 2 pielęgniarek i 1 położnej.
- Wydano 21 zaświadczeń stwierdzających, że pielęgniarka, położna posiada kwalifikacje zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Wpisano do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w formie Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych: 40 praktyk
- Wpisano do rejestru 17 podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
- Udzielono pomocy finansowej z FRŻ i WL dla 20 osób na łączną kwotę 30 000.00 zł,
- Pomocy finansowej z FRŻ i WL nie otrzymało 8 osób /wnioski złożone niezgodnie z obowiązującym regulaminem Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych/.
- Skierowano na odbycie przeszkolenia 5 pielęgniarek i 1 pielęgniarkę po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- Skierowano na konferencje szkoleniowe 31 osób.
- Uczestniczyłam w posiedzeniach Komisji Kształcenia przy NRPIP oraz w posiedzeniach Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- Zakupiono dla potrzeb Ośrodka Szkoleniowego działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie fantomy do ćwiczeń resuscytacji krążeniowo – oddechowej.
- Zakupiono program szkolenia specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo zachowawcze” dla potrzeb Ośrodka Szkoleniowego działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- Przeznaczono środki z funduszu „Pozostałe wydatki” w wysokości 17.500,00 zł /siedemnaście tysięcy pięćset złotych/ na dwa spektakle teatralne z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w dniu 12 maja 2012 roku.
- Przeznaczono środki z Rezerwy do dyspozycji Okręgowej Rady w kwocie 20.000,00 zł /dwadzieścia tysięcy złotych/ na zakup upominków (staz) dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.
- Zakupiono pięć książek pt. „Szkoły Lwowska i Wileńska - ich wpływ na rozwój medycyny polskiej”. Środki te przeznaczone będą na współorganizację obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala im. Ludwika Rydygiera w Częstochowie.
- Przeprowadzono wyjazdowe posiedzenie Okręgowej Rady PIPIP w Częstochowie połączone ze szkoleniem na następujące tematy: Zmiany w prawie regulującym pracę pielęgniarek i położnych. Odpowiedzialność karna i cywilna pielęgniarek i położnych. Etyka w pracy pielęgniarki i po-

łożnej. Wypalenie zawodowe. Mobbing w pracy pielęgniarek i położnych.

- Zakupiono 2 komputery dla potrzeb Rejestru i Księgowości Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- Zakupujemy na bieżąco książki do biblioteki, obecnie jest 701 pozycji .
- Braliśmy udział w:
 - a. pracach komisji konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych,
 - b. posiedzeniach komisji kwalifikacyjnej do udziału w kursach specjalistycznych, kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych oraz komisjach egzaminacyjnych
 - c. egzaminach wewnętrznych na szkoleniach specjalizacyjnych
 - d. egzaminach po przeszkoleniu pielęgniarek i położnych powracających do zawodu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu w okresie ostatnich 6 lat
 - e. sympozjach, szkoleniach, konferencjach
- Zaopiniowaliśmy wiele aktów prawnych,
- Radca prawny udzielił wiele porad członkom samorządu,
- Współpracujemy: z przedstawicielami NFZ, OIL, OIA, PTP, PTL, Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, dyrektorami placówek , kierowniczą kadrami pielęgniarską i położniczą,
- Wystosowaliśmy wiele pism w tym do: senatorów, posłów, prezydentów, starostów, dyrektorów placówek, Państwowej Inspekcji Pracy w obronie stanowisk pracy, ochrony zdrowia i poprawy statusu finansowego pielęgniarek i położnych.
- Zajęliśmy wiele stanowisk gwarantujących poprawę bezpieczeństwa wszystkim pielęgniarkom i położnym, a także ich podopiecznym.
- Uczestniczyłam w spotkaniach w siedzibie OIPIP oraz w Szpitalu w Blachowni, spotkania poświęcone były sytuacji pielęgniarek i położnych w ww. Szpitalu.

W siedzibie OIPIP przeprowadzone zostało pięć kontroli Komisji Rewizyjnej w dniach: 10.02.2012r., 22.05.2012r. 13.06.2012r. 19.09.2012r., 21.11.2012r.. W trakcie kontroli nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. ■

Przewodnicząca ORPIP w Częstochowie
Halina Synakiewicz

Uchwała Nr 2/VI/2013 III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 28 marca 2013 roku

**w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Skarbnika
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w
Częstochowie z działalności finansowej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres od 1
stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku**

Na podstawie art. 30 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038) oraz art. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2002 r., Nr 76, poz. 694 - tekst jednolity z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1.

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VI kadencji po uprzednim rozpatrzeniu zatwierdza sprawozdanie z działalności finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Uchwała Nr 3/VI/2013

III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku

Na podstawie art. 30 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038) uchwała się co następuje:

§ 1.

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VI kadencji po uprzednim rozpatrzeniu zatwierdza sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych W CZĘSTOCHOWIE

Od 01.01.2012r. do 31.12.2012r. nie wpłynęła żadna sprawa do rozpatrzenia, w okresie tym odbyły się 4- spotkania członków Sądu mające na celu szkolenie w prowadzeniu rozpraw, oraz zapoznano się z ramowym regulaminem Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych. Członkinie OSPiP brały udział w szkoleniach :

1. W dniu 20.09.2012r. szkolenie wyjazdowe w Hucisku na temat - „Odpowiedzialność karna i cywilna pielęgniarek i położnych” oraz „Nowe akty prawne regulujące pracę pielęgniarek i położnych”
2. W dniach 29.09.- 30.09.2012r. szkolenie wyjazdowe do Szczyrku – zorganizowane przez Izbę Katowicką, gdzie odbyła się konferencja na temat: „Przygotowanie i przeprowadzenie rozprawy sądowej w I instancji”

Przewodnicząca Pani Anna Cosek bierze udział w posiedzeniach Rady, współpracuje z Okręgowym Rzecznikiem, oraz Prawnikiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. ■

Uchwała Nr 4/VI/2013

III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku

Na podstawie art. 30 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038) uchwała się co następuje:

§ 1.

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji po uprzednim rozpatrzeniu zatwierdza sprawozdanie z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych W CZĘSTOCHOWIE

Sprawozdanie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Zespół Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pracował w następującym składzie:

Okręgowy Rzecznik- Danuta Łoniewska
Zastępcy:

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

W okresie sprawozdawczym od 01.01.2012r. do 31.12.2012 roku podjęto w 3 sprawach postępowania wyjaśniające poprzedzone czynnościami sprawdzającymi.

Rzecznik wraz z zespołem Zastępców odbył 2 spotkania:

1. W dniu 25. I. 2012 r. - omówiono problematykę związaną z organizacją pracy Rzecznika, ustalono plan dyżurów Rzecznika, w każdą pierwszą i trzecią środę m-ca.
2. W dniu 21.XI. 2012 r. – odbyło się posiedzenie Rzeczników i członków Okręgowego Sądu PiP, na którym omówiono procedury postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej w oparciu o nowe zapisy ustawy o samorządzie oraz działalność prewencyjną w zakresie odpowiedzialności zawodowej

Zespół Rzeczników w pełnym składzie w dniach 20-22.IX 2012r. uczestniczył czynnie w szkoleniowym posiedzeniu Okręgowej Rady PiP, przeprowadzając szkolenie na temat „Mobbing w pracy pielęgniarek i położnych”.

Rzecznik uczestniczył we wszystkich posiedzeniach Okręgowej Rady, które odbyły się w okresie objętym niniejszym sprawozdaniem.



Lp	Data szkolenia	Miejsce szkolenia	Temat szkolenia	Liczba uczestników
1.	21.09.2012	Szkolenie wyjazdowe-Hucisko	Etyka zawodowa pielęgniarek i położnych – wypalenie zawodowe. Mobbing w pracy pielęgniarek i położnych	56
2.	16.10.2012	SPZOZ Myszków	Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej	15
3.	17.10.2012	Szpital Neuropsychiatryczny Lubliniec	Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej	23
4.	23.10.2012	Miejski Szpital Zespolony, Częstochowa	Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej	24
5.	08.11.2012	SPZOZ Myszków	Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej	26
6.	14.11.2012	Miejski Szpital Zespolony, Częstochowa	Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych	12
7.	29.11.2012	ZOL Zaborze, SPZOZ Żarki	Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych	20

W ramach działalności prewencyjnej przeprowadzonych zostało 7 szkoleń dla pielęgniarek i położnych z zakresu odpowiedzialności zawodowej, zgodnie z powyżej przedstawioną tabelą. ■

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
OIPiP w Częstochowie
mgr Danuta Łoniewska

Uchwała Nr 5/VI/2013

III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku

Na podstawie art. 30 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038) oraz art. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2002 r., Nr 76, poz. 694 - tekst jednolity z późn. zm.) uchwala się co następuje:

§ 1.

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji po uprzednim rozpatrzeniu zatwierdza sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Częstochowa, dnia 09.01.2013r Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Częstochowie za rok 2012

Okręgowa Komisja Rewizyjna przy OIPiP w Częstochowie
pracuje w składzie:

Przewodnicząca – Bożena Karoń
Wiceprzewodnicząca – Halina Kurzyńska
Sekretarz – Agnieszka Heboda
Członkowie – Wioletta Kucharska, Ewa Kucharska, Anna Biedroń

W okresie od 01.01.2012 do 31.12.2012r Komisja przeprowadziła 5 kontroli.

Zakresem kontroli objęto:

1. Działalność finansową OIPiP w Częstochowie

- kontrola gospodarki finansowej za okres 01.04.2011 – 31.12.2011r
- kontrola gospodarki finansowej za okres 01.01.2012 – 31.07.2012r
- kontrola działalności kasy

2. Działalność merytoryczna

- kontrola działalności Ośrodka Szkoleniowego działającego przy OIPiP
- kontrola list obecności pracowników
- kontrola pracy komisji problemowych działających przy OIPiP

Z każdej kontroli sporządzono protokół, który przekazano Pani Przewodniczącej OIPiP ■

Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Bożena Karoń

Uchwała Nr 6/VI/2013

III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie przyjęcia budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rok 2013

Na podstawie art. 30 pkt. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038) oraz art. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r., Nr 152, poz. 1223 tekst jednolity z późn. zm.) uchwala się co następuje:

§ 1.

Uchwała się budżet Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres od 1 stycznia 2013 roku do 31 grudnia 2013 roku w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Uchwała nr 7/VI/2013

**III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie VI kadencji
z dnia 28 marca 2013 roku**

**w sprawie korekty budżetu Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych na rok 2013**

Na podstawie art. 31 pkt. 6 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038) uchwała się co następuje:

§ 1

Upoważnia się Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie do dokonania niezbędnej korekty wpływów i wydatków w planie finansowym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na 2013 rok przy uwzględnieniu poniższych założeń:

1. korekta może dotyczyć kwot, których wykonanie zgodnie z budżetem rocznym na 2013 rok nie jest lub nie będzie możliwe oraz
2. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie może przeznaczyć środki, o których mowa powyżej na cele, które nie zostały przewidziane w budżecie rocznym na 2013 rok lub też zostały w nim przewidziane, ale kwoty na nie przeznaczone okazały się nie wystarczające.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Uchwała nr 8/VI/2013

**III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie VI kadencji
z dnia 28 marca 2013 roku**

**w sprawie przyjęcia Regulaminów określających
zasady organizacji i tryb działania organów
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie**

Na podstawie art. 30 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych . U. Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ I.

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji postanawia § 20. Ust. 1 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nadać brzmienie: „Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd zwołuje Okręgowa Rada z własnej inicjatywy, a także na wniosek Naczelnej Rady, Okręgowej Komisji Rewizyjnej lub co najmniej 1/5 członków Okręgowej Izby.”

§ 2.

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie przyjmuje tekst jednolity Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych uwzględniając zmiany dodane zgodnie z § I. uchwały.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 28 marca 2013 roku. ■

STANOWISKO NR 1

III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI

**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
z dnia 28 marca 2013 roku**

w sprawie:

pilnego powołania Konsultantów Wojewódzkich województwa śląskiego w dziedzinach pielęgniarstwa

skierowane do:

Wojewody Śląskiego.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie ponownie apelują o powołanie Konsultantów Wojewódzkich w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych.

UZASADNIENIE

W województwie śląskim jest obecnie ponad 40 tysięcy czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. W naszej ocenie liczba Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa jest w naszym województwie zbyt mała, w związku z tym widzimy pilną potrzebę powołania konsultanta wojewódzkiego województwa śląskiego w dziedzinach: pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych.

Intensywny rozwój pielęgniarstwa przysparza wielu problemów związanych z wykonywaniem zawodu i bardzo często niezbędna jest opinia fachowca tj. Konsultanta w danej dziedzinie celem poprawy jakości udzielanych świadczeń, zagwarantowania bezpieczeństwa personelowi i podopiecznym oraz uniknięcia zdarzeń niepożądanych. ■

STANOWISKO NR 2

III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI

**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
z dnia 28 marca 2013 roku**

w sprawie:

zmiany ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654; tekst jednolity z dnia 7 grudnia 2012 r. Dz.U. z 2013 r. poz. 217)

skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Parlamentarzystów.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie apelują o podjęcie kroków w celu rozpoczęcia procesu legislacyjnego mającego na celu zmianę ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654; tekst jednolity z dnia 7 grudnia 2012 r. Dz.U. z 2013 r. poz. 217) poprzez nałożenie na wszystkie podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- obowiązku przeprowadzania konkursów na stanowiska:
 - 1) kierownika;
 - 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem;
 - 3) ordynatora;
 - 4) naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek;
 - 5) pielęgniarki oddziałowej;
- obowiązku przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych określanych w drodze rozporządzenia przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.

UZASADNIENIE

W ocenie Delegatów III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie konieczne jest wprowadzenie zmian w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654; tekst jednolity z dnia 7 grudnia 2012 r. Dz.U. z 2013 r. poz. 217) poprzez nałożenie na wszystkie podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązku przeprowadzania konkursów na kierownicze stanowiska oraz obowiązku przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych określanych w drodze rozporządzenia przez Ministra właściwego do spraw zdrowia, z uwagi na okoliczność, iż coraz większa liczba podmiotów leczniczych przekształca się lub planuje przekształcenie w spółkę kapitałową, a co za tym idzie utraci przymiot podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. W ocenie Delegatów III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie sama zmiana formy prowadzenia działalności nie powinna skutkować – jak to jest w obecnym stanie prawnym – tym, iż po przekształceniu w spółkę kapitałową dany podmiot leczniczy nie będzie zobligowany do przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze oraz nie będzie zobligowany do stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych określanych w drodze rozporządzenia przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.

Dodatkowo wskazać należy, iż coraz częściej można zaobserwować przypadki zatrudniania przez podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami zbyt małej liczby pielęgniarek i położnych, co w sposób bezpośredni wpływa na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te podmioty. ■

STANOWISKO NR 3 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie:

poprawy dostępu do opieki pielęgniarskiej osób najciężiej chorych, i chorych psychicznie mieszkających w domach pomocy społecznej poprzez stworzenia DPS nowego typu.

skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Ministra Pracy i Polityki Społecznej,
Naczelniej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Klubów Parlamentarnych,
Wojewody Śląskiego.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie apelują o poprawę dostępu do opieki pielęgniarskiej osób najciężiej chorych i chorych psychicznie mieszkających w domach pomocy społecznej poprzez stworzenie domów pomocy społecznej nowego typu finansowanych ze środków NFZ, których profil działalności leczniczej będzie odpowiadał potrzebom przebywających tam osób najciężiej chorych i chorych psychicznie.

UZASADNIENIE

W ocenie Delegatów III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie istnieje pilna potrzeba stworzenia domów pomocy społecznej nowego typu finansowanych ze środków NFZ, których profil będzie odpowiadał potrzebom przebywających tam osób najciężiej chorych i chorych psychicznie.

Obecnie znaczną część osób przebywających w DPS stanowią osoby ciężko chore i chore psychicznie, jednakże z uwagi na uwarunkowania natury prawnej nie mają zapewnionej stałej opieki pielęgniarskiej (vide: stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie poprawy dostępu do opieki pielęgniarskiej dla osób najciężiej chorych i niepełnosprawnych mieszkających w domach pomocy społecznej oraz dostosowania prawa dla pracujących w domach pomocy społecznej pielęgniarek).

Osoby najciężiej chore i chore psychicznie mieszkające w domach pomocy społecznej wymagają zdaniem Delegatów objęcia stałą opieką pielęgniarską, dlatego też postulujemy wyodrębnienie domów pomocy społecznej nowego typu finansowanych ze środków NFZ, które różniłyby się od podstawowego DPS tym, iż oprócz zabezpieczenia osobom niesamodzielnym podstawowych warunków egzystencji, gwarantowałyby także opiekę pielęgniarską, przy czym mieszkańcami wnioskowanych DPS byłyby wyłącznie osoby najciężiej chore i chore psychicznie, a opieka pielęgniarska w DPS – jako nowy produkt - finansowana byłaby w ramach umowy z NFZ. Postulujemy także, aby ten nowy typ DPS podlegał Ministrowi Zdrowia, a nie Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej. ■

STANOWISKO NR 4 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie:

włączenia kierunku studiów na kierunku pielęgniarstwo do listy kierunków objętych programem Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego „Kierunki zamawiane”

skierowane do:

Ministra Zdrowia,
Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
Naczelniej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Czę-

stochowie apelują o włączenie studiów na kierunku pielęgniarstwo do listy kierunków objętych programem MNiSW „Kierunki zamawiane”.

UZASADNIENIE

Jak wynika z analizy danych w Polsce najmniejszą grupę ogółu zatrudnionych pielęgniarek stanowią osoby do 30 roku życia (ok. 13 %) najliczniejszą zaś pielęgniarki w wieku powyżej 41 roku życia (ok. 50 %), świadczy to o starzeniu się kadr pielęgniarskich. W celu zapewnienia opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych niezbędne jest podjęcie działań dotyczących promocji zawodu pielęgniarki oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku tego zawodu.

Umieszczenie przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego kierunku pielęgniarstwo na liście kierunków studiów objętych programem „Kierunki zamawiane”, z pewnością zwiększy nabór młodych osób do szkół kształcących w zawodzie pielęgniarki. ■

STANOWISKO NR 5 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie:

pilnej nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

skierowane do:

Prezesa Rady Ministrów,
Ministra Zdrowia,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Parlamentarzystów.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie wyrażają stanowczy sprzeciw wobec zapisów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

UZASADNIENIE

Wprowadzone ww. rozporządzeniem zmiany w zakresie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami są nie do zaakceptowania, ponieważ nie zapewniają oczekiwanego poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz efektywności pracy pielęgniarek i położnych, a nadto podważają zasady samorządności zawodowej pielęgniarek i położnych. Należy bezwzględnie przywrócić zapisy z projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2012 tj.:

- 1) czasów pielęgniarskiej/położniczej opieki bezpośredniej i pośredniej w oddziale lub innej jednostce organizacyjnej z uwzględnieniem specjalności (zachowawcze, zabiegowe, psychiatryczne, poród siłami natury, cięcie cesarskie, położniczo – ginekologiczne, pediatriczne, dializoterapii),
- 2) wskaźników oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, położniczą, w oddziałach nowotworzonych, w przypadku restrukturyzacji lub reorganizacji oddziału,

- 3) ustalenia minimalnych norm zatrudnienia w bloku operacyjnym – dwie pielęgniarki lub położne na jednego operowanego pacjenta (operacyjna i asystująca),
- 4) wprowadzenie zapisu o treści: „jedna położna na jedną rodzącą, u której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu”,
- 5) wprowadzenie obligatoryjności obowiązywania norm we wszystkich podmiotach leczniczych będących i nie będących przedsiębiorcami,
- 6) nie wliczanie kadry kierowniczej pielęgniarskiej (pielęgniarek oddziałowych, zastępcy pielęgniarki oddziałowej, koordynującej) do minimalnych norm zatrudnienia.

Wykreślenie powyższych zapisów z uzgodnionego projektu nie było konsultowane z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych. Dlatego niepokoi i jednocześnie dziwi fakt, iż tak ważny dla naszych grup zawodowych akt prawny nie uwzględni trzyletniego dorobku ekspertów, przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych biorących udział w pracach Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, o którym mowa wyżej. Prawidłowo ustalona obsada pielęgniarek i położnych zapobiega występowaniu zdarzeń niepożądanych we wszystkich podmiotach leczniczych. Dlatego, w ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, przedmiotowe rozporządzenie uwzględniające przedstawione wyżej propozycje, powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na ich rodzaj. ■

STANOWISKO NR 6 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie:

wyrażenia sprzeciwu wobec stanowiska podjętego przez Delegatów XXX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

skierowane do:

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie wyrażają swoje oburzenie oraz stanowczy sprzeciw wobec stanowiska przyjętego w dniu 13 marca 2013r. przez Delegatów XXX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie w sprawie reorganizacji samorządu pielęgniarek i położnych.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jest sprawnie działającą korporacją zawodową, która oprócz rozwiązywania licznych problemów członków samorządu, zabezpiecza ochronę interesów tej grupy zawodowej oraz zapewnia dostępność i łatwość kontaktowania się jej członków. Nie istnieją obecnie żadne argumenty przemawiające za zmniejszeniem liczby izb.

Argument, iż zmniejszenie liczby izb poprawi reprezentowanie interesów pielęgniarek i położnych mija się z prawdą i rzeczywistością. Wolą samorządu jest pozostawienie w dotychczasowej postaci struktur samorządu zawodowego, usytuowanych blisko swoich członków, ich interesów i dostępności.

Dlatego protestujemy przeciwko odbieraniu pielęgniarkom i położnym prawa do działania w interesie własnej grupy zawodowej w ramach Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Aktualnie zadania samorządu realizuje 45 okręgowych izb pielęgniarek i położnych, których liczba pozostaje bez zmiany od czasu uchwalenia ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, tj. od kwietnia 1991 r. Wobec powyższego Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie mając na uwadze dobro samorządu stanowczo sprzeciwiają się zmniejszeniu ilości okręgowych izb lub jakichkolwiek ich reorganizacji. ■

STANOWISKO NR 7 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie:

zmiany Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz.U. z 2012 r. poz. 1098).

skierowane do:

Ministra Zdrowia,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Parlamentarzystów.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie apelują o zmianę Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz.U. z 2012 r. poz. 1098) poprzez wprowadzenie przejściowo, na czas nie krótszy niż 2 lata fakultatywności w stosowaniu przepisów ww. rozporządzenia.

UZASADNIENIE

W ocenie Delegatów III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie w obecnej sytuacji szpitali brak jest możliwości stosowania przepisów ww. rozporządzenia, z uwagi na brak odpowiedniego sprzętu (czytników kodów, urządzeń z nimi współpracujących i umożliwiających zapoznanie się z historią choroby pacjenta itp.).

Przepisy ww. rozporządzenia miały ułatwić identyfikację pacjenta oraz zapobiegać ewentualnym pomyłkom. Jednakże z uwagi na brak odpowiedniego usprzętowania szpitali może wywołać skutek odwrotny, tzn. doprowadzić do zwiększenia liczby pomyłek spowodowanych błędną identyfikacją pacjenta.

W naszej ocenie vacatio legis przedmiotowego rozporządzenia winno wynosić nie mniej niż 2 lata celem umożliwienia szpitalom przygotowanie odpowiedniego zaplecza sprzętowego umożliwiającego wywiązanie się z obowiązków nałożonych przez ww. rozporządzenie.

Dlatego też postulujemy, aby szpitale miały w okresie przejściowym, który w naszej ocenie winien wynieść nie mniej niż 2 lata, dokonanie wyboru, czy będą stosować przepisy ww. rozporządzenia czy też nie. Po upływie ww. okresu przejściowego wszystkie szpitale byłyby zobligowane do stosowania przepisów przedmiotowego rozporządzenia. ■

STANOWISKO NR 8 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 rok

w sprawie:

zmiany art. 12 ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

skierowane do:

Ministra Zdrowia,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Parlamentarzystów.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie apelują o podjęcie kroków w celu rozpoczęcia procesu legislacyjnego mającego na celu zmianę art. 12 ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) poprzez rozszerzenie katalogu przyczyn uzasadniających odmowę wykonania zlecenia lekarskiego lub wykonania innego świadczenia zdrowotnego - o „inne szczególnie uzasadnione przypadki”.

UZASADNIENIE

W obecnym stanie prawnym pielęgniarka lub położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego lub wykonania innego świadczenia zdrowotnego wyłącznie w przypadku, gdy jest to niezgodne z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji.

W ocenie Delegatów III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie powyższy katalog przypadków uzasadniających odmowę wykonania zlecenia lekarskiego lub wykonania innego świadczenia zdrowotnego jest zbyt wąski, co powoduje, iż w praktyce występują przypadki, gdy pielęgniarka lub położna zobligowana jest do wykonania zlecenia lekarskiego lub wykonania innego świadczenia zdrowotnego pomimo istnienia okoliczności, które obiektywnie oceniając winny skutkować możliwością odmowy wykonania danego zlecenia lub świadczenia. ■

STANOWISKO NR 9 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie:

sprawie implementacji Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) do praktyki w Polsce

skierowane do:

Ministra Zdrowia,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie zwracają się do Ministra Zdrowia i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o czynne włączenie się w prace na rzecz implementacji Klasyfikacji do systemu świadczeń medycznych, dokumentowania i oceny obsad pielęgniarskich, a w szczególności wnioskujemy o:

1. Oparcie dokumentowania w pielęgniarstwie na klasyfikacji ICNP;
2. Podjęcie zintensyfikowanych działań dla wsparcia dotychczasowych aktywności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

- skiego w zakresie tłumaczenia, implementacji ICNP® oraz przygotowywania minimalnego zbioru danych w pielęgniarstwie (INMDS), w tym planów opieki pielęgniarstwiej;
3. Bieżącego informowania o stanie prac prowadzonych w CSIOZ w zakresie projektów P1 i P2 oraz P5;
 4. Podjęcie starań dla przeszkolenia jak największej liczby pielęgniarek z zakresu korzystania z Klasyfikacji na poziomie samorządu zawodowego pielęgniarek;
 5. Wsparcia finansowego prac prowadzonych na poziomie uczelni medycznych w zakresie przygotowania planów opieki dla potrzeb dokumentacji medycznej

Uzasadnienie:

Wprowadzenie Klasyfikacji i uporządkowanie języka pielęgniarstwiego spowoduje nie tylko możliwość wyceny świadczeń pielęgniarstwiego a także przyczyni się do oszacowania zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwiego na poziomie podmiotów leczniczych, powodując ułatwienie obliczenia obsad pielęgniarstwiego. Od 2012 r. Klasyfikacja znajduje się w kluczowych projektach Ministra Zdrowia dotyczących informatyzacji ochrony zdrowia (P1 i P2). Rekomendowana przez WHO i UE do wprowadzenia do praktyki pielęgniarstwiego, zalecana przez NRPI, PTP, oraz zaakceptowana przez Ministra Zdrowia w stanowisku z dnia 3 lipca 2012 r. (Konferencja CSIOZ). Zainteresowanie Klasyfikacją wyraził NFZ oraz Minister Administracji i Cyfryzacji wobec czego podjęcie działań w tym zakresie przez MZ i NRPI ma tu swoje uzasadnienie. ■

STANOWISKO NR 10 III ZJAZDU DELEGATÓW VI KADENCJI Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku

w sprawie:

określenia minimalnej płacy dla pielęgniarek i położnych

skierowane do:

Prezesa Rady Ministrów,
Ministra Zdrowia,
Ministra Finansów,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
Parlamentarzystów.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie wnoszą o podjęcie działań zmierzających do utworzenia aktu prawnego określającego minimalną płacę dla pielęgniarek i położnych zgodną z projektem samorządowym jaki powstał przy nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarstwiego i położnej.

Uzasadnienie:

Utworzenie aktu prawnego pozwalającego na określenie minimalnej płacy dla pielęgniarek i położnych niezależnie od miejsca wykonywania świadczeń medycznych jest podstawą do ujednolicenia wynagrodzeń w całej Polsce.

Tego rodzaju zapisy to przejaw sprawiedliwości społecznej gdzie niezależnie od regionu i miejsca udzielanych świadczeń podstawy wynagrodzenia są takie same a przykładem są nauczyciele i zawarte przepisy w Karcie Nauczyciela.

Podczas nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarstwiego i położnej, projekt samorządowy zakładał wprowadzenie minimalnych płac pielęgniarek i położnych, które zdaniem legislatorów Departamentu Prawnego MZ w owym czasie nie mogły się znaleźć jednakże sugerowano opracowanie odrębnego aktu

prawnego do ustawy o zawodach pielęgniarstwiego i położnej, wobec czego delegaci III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wnoszą jak we wstępie. ■

APEL nr 1

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 28 marca 2013 roku w sprawie: określenia zakresu kompetencji pielęgniarek i położnych

skierowany do:

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Delegaci III Okręgowego Zjazdu VI kadencji OIPIP w Częstochowie wnoszą o podjęcie działań w kierunku ustalenia ścieżki kariery zawodowej.

Uzasadnienie:

Ukończenie i uzyskanie przez pielęgniarstwiego i położne kwalifikacji w zakresie kształcenia przed i podyplomowego potwierdzonych pozytywnie zdany egzaminem w żaden sposób nie wpływa na ich zawodową i finansową sytuację. Brak ustawowo określonego zakresu kompetencji, uniemożliwia zróżnicowanie zakresu obowiązków zawodowych pielęgniarek i położnych, w zależności od uzyskanego przez nie poziomu kształcenia.

Staje się to przyczyną nie tylko odmowy przez pracodawcę wyższego uposażenia, ale przede wszystkim wykorzystania ich wysokich kwalifikacji i umiejętności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, do których zostały przygotowane w procesie kształcenia.

W opinii Delegatów jasne określenie kryteriów awansu zawodowego (ścieżki kariery zawodowej) będzie działało motywująco na środowisko Pielęgniarek i Położnych i przyczyni się do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. ■

Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 27 marca 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwiego i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek i dwie położne.
- Wydano nowe zaświadczenie dla jednej pielęgniarki
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla 9 pielęgniarek i 5 położnych.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek w kwocie 6000.00 zł.
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie 700.00 zł dla jednej pielęgniarki za szkolenie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwiego anestezjologicznego i intensywnej opieki

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

Szanowni Państwo,

Podczas VII posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 20 marca 2013 r. zostało podpisane oświadczenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyrażające sprzeciw wobec kontynuowania przez Ministra Zdrowia prac, nad wdrażaniem zapisów rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w jego treści z dnia 28 grudnia 2012 roku, które przesyłam w załączeniu. ■

Z wyrazami szacunku

Prezes

Naczelnej Rady

Pielęgniarek i Położnych

(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

OŚWIADCZENIE

W dniu 11 marca 2013 r. w Warszawie, odbyło się wspólne posiedzenie Prezydium Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z Przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Spotkanie poświęcone było ocenie aktualnej sytuacji, dotyczącej spełnienia przez Ministra Zdrowia zobowiązań w zakresie wprowadzenia wypracowanego przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych projektu rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W trakcie lat pracy, opierając się na wynikach badań naukowych, wypracowano optymalny w treści projekt rozporządzenia. Projekt ten jako założenie przyjął bezpieczeństwo pacjenta i jego prawo do świadczeń medycznych, jednak nie został on wzięty pod uwagę w trakcie procesu mającego na celu wydanie nowych przepisów wykonawczych.

W tej sytuacji, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po raz kolejny oświadczają, że wyrażają swój sprzeciw wobec kontynuowania przez Ministra Zdrowia prac, nad wdrażaniem zapisów rozporządzenia w jego treści z dnia 28 grudnia 2012 roku. Wspólnie oświadczamy, iż oczekujemy dotrzymania zobowiązania Ministra Zdrowia w sprawie zmian w treści rozporządzenia do uzgodnionego przez stronę społeczną OZZPiP oraz NRPiP w wersji z dnia 18 października 2012 roku. ■

Prezes

Naczelnej Rady

Pielęgniarek i Położnych

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Przewodnicząca

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego

Pielęgniarek i Położnych

Iwona Borchulska

**ANALIZA WYBRANYCH AKTÓW PRAWNYCH
DOTYCZĄCYCH**

KWALIFIKACJI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
WYKONUJĄCYCH ZAWÓD WE WSZYSTKICH RODZAJACH
DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ, WYMAGAJĄCE UZUPEŁNIENIA
ZGODNIE Z PRZEPISAMI PRAWA

– stan prawny 10 stycznia 2013 roku

Opracowała:

Jolanta Kubajka-Piotrowska

Dział merytoryczny w biurze Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Konsultacja merytoryczna

Tadeusz Wadas

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Wprowadzenie

Wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej na określonych stanowiskach pracy wymaga spełnienia dodatkowych wymagań kwalifikacyjnych. Zmiany w obowiązujących przepisach prawa w ochronie zdrowia spowodowały, iż pielęgniarki, położne, by pozostać na obecnych stanowiskach pracy muszą dostosować kwalifikacje zawodowe do określonych wymagań.

Celem niniejszego opracowania było przygotowanie wykazu stanowisk pracy pielęgniarek i położnych występujących we wszystkich dziedzinach działalności leczniczej, które wymagają uzupełnienia kwalifikacji zgodnie z przepisami prawa w tym zakresie.

Dokonano przeglądu aktów prawnych, regulujących organizację oraz funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Z powyższych wyłoniłono te stanowiska pracy, dla których zostały ustanowione daty graniczne w celu uzupełnienia kwalifikacji zawodowych.

**I. Akty prawne regulujące kwalifikacje zawodowe
pielęgniarek i położnych na poszczególnych stanowiskach
pracy, z uwzględnieniem dat granicznych na
uzupełnienie kwalifikacji**

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku **w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami** (Dz. U. Nr 151, poz. 896)
- 2) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku **o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi** (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 ze zm.)
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku **w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych** (Dz. U. Nr 182, poz. 1086)
- 4) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 roku **w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych** (Dz. U. Nr 108, poz. 706)
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku **w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą** (Dz. U. z 7 stycznia 2013r., poz. 15)
- 6) Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 roku **o służbie medycyny pracy** (j.t. Dz. U. z 2004r., Nr 125, poz. 1317 ze zm.)
- 7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 roku **w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby niebędące lekarzami wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji** (Dz. U. Nr 206, poz. 1223)
- 8) Ustawa z dnia 8 września 2006 roku **o Państwowym Ratownictwie Medycznym** (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.)

II. Tabela: Wykaz stanowisk pracy, z uwzględnieniem okresów przejściowych przeznaczonych na uzupełnienie kwalifikacji zawodowych

Lp.	Rodzaj wykonywanej pracy / stanowisko pracy	Podstawa prawna	Kwalifikacje zawodowe, w tym <i>wymagające uzupełnienia - obwarowane datą graniczną</i>
1.	Przełożona pielęgniarek, położnych, zastępca przełożonej pielęgniarek, położnych	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz 3 lata pracy w zawodzie - tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położnictwa i studia podyplomowe, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz 3 lata pracy w zawodzie - licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 5 lat pracy w zawodzie - <i>średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) oraz 6 lat pracy w zawodzie</i>
2.	Pielęgniarka oddziałowa, zastępca pielęgniarki oddziałowej	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo oraz 1 rok w szpitalu - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa oraz 1 rok w szpitalu - licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 3 lata w szpitalu - licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny oraz 4 lata w szpitalu - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 5 lat w szpitalu - <i>średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 7 lat w szpitalu</i>
3.	Położna oddziałowa, zastępca położnej oddziałowej	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku położnictwo oraz 1 rok w szpitalu - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położnictwa oraz 1 rok w szpitalu - licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 3 lata w szpitalu - licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny oraz 4 lata w szpitalu - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania oraz 5 lat w szpitalu - <i>średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położnictwa i kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 7 lat w szpitalu</i>
4.	Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo oraz 1 rok w szpitalu - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa oraz 1 rok w szpitalu - licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 3 lata w szpitalu - licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny oraz 4 lata w szpitalu - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 5 lat w szpitalu - <i>średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 7 lat w szpitalu</i>
5.	Położna koordynująca i nadzorująca pracę innych położnych	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku położnictwo oraz 1 rok w szpitalu - tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położnictwa oraz 1 rok w szpitalu - licencjat położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 3 lata w szpitalu - licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny oraz 4 lata w szpitalu - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania oraz 5 lat w szpitalu - <i>średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położnictwa i kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 7 lat w szpitalu</i>



6.	Edukator do spraw diabetologii	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz 2 lata pracy w zawodzie - licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz 2 lata pracy w zawodzie - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz 2 lata pracy w zawodzie - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy oraz 1 rok w ośrodku o profilu diabetologicznym - licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy oraz 2 lata w ośrodku o profilu diabetologicznym - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położna i kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy oraz 2 lata w ośrodku o profilu diabetologicznym - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.), licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) oraz 5 lat w ośrodku o profilu diabetologicznym - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położna (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) oraz 5 lat w ośrodku o profilu diabetologicznym
7.	Edukator do spraw laktacji	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku położnictwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego - licencjat położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego - tytuł magistra na kierunku położnictwo i kurs specjalistyczny z zakresu laktacji oraz 1 rok pracy w zawodzie - licencjat położnictwa i kurs specjalistyczny z zakresu laktacji oraz 2 lata pracy w zawodzie - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna i kurs specjalistyczny z zakresu laktacji oraz 2 lata pracy w zawodzie - tytuł magistra na kierunku położnictwo (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) oraz 2 lata pracy w zawodzie - licencjat położnictwa (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) oraz 5 lat pracy w zawodzie - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) oraz 5 lat pracy w zawodzie
8.	Specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896)	<ul style="list-style-type: none"> - tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 3 lata w szpitalu - tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 3 lata w szpitalu - licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 3 lata w szpitalu - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.) i 3 lata w szpitalu
9.	Pielęgniarka, położna wchodząca w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych	<p>Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 ze zm.)</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. Nr 108, poz. 706)</p>	<p>Art. 67 pkt 2 - do dnia 31 grudnia 2015 roku - w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych mogą wchodzić pielęgniarki i położne, które do tego dnia zostały zatrudnione na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej oraz ukończyły kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego.</p> <p>Zgodnie z art. 15. ust. 1, pkt 2 w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi m.in. pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii.</p> <p>§ 3. specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii; 2) posiada średnie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa; 3) posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki lub w zawodzie położnej wykonywanym w szpitalu.
10.	Pielęgniarka, położna wykonująca obowiązkowe szczepienia ochronne	<p>Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 ze zm.)</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086)</p>	<p>Art. 67. pkt 3 – do dnia 31 grudnia 2015 roku - szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.</p> <p>§ 6. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (lekarze lub felczy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne), przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.</p>

11.	Pielęgniarka anestezjologiczna	Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 7 stycznia 2013 r., poz.15)	<p>§ 16 ust. 1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w dotychczasowych przepisach dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2016 roku.</p> <p>§ 2 pkt 6 - pielęgniarka anestezjologiczna - pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.</p>
12.	Pielęgniarka oddziałowa oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu	Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 7 stycznia 2013 r., poz.15)	<p>§ 16 ust. 4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11 może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 roku.</p> <p>§ 4 ust. 11 Pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.</p> <p>§ 5. W okresie 5 lat od dnia wejścia w życie rozporządzenia zadania, o których mowa w § 2 ust. 1 i 2, mogą wykonywać również pielęgniarki, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia wykonują zadania służby medycyny pracy i są w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących (do dnia 13 października 2016 roku).</p> <p>§ 2. 1. Zadania służby medycyny pracy określone w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a i b ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, zwanej dalej "ustawą", są wykonywane przez pielęgniarki, które:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) uzyskały tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących lub 2) ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących. <p>2. Zadania służby medycyny pracy określone w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy są wykonywane przez pielęgniarki, które uzyskały tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących.</p> <p>3. Zadania służby medycyny pracy określone w art. 6 ust. 1 pkt 6 lit. a-d i art. 7 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy oraz - w zakresie realizowanym przez pielęgniarki - w art. 17 pkt 2, 3 i 6 ustawy są wykonywane przez pielęgniarki, które uzyskały tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących.</p>
13.	Pielęgniarka służby medycyny pracy	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 roku w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby niebędące lekarzami wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji (Dz. U. Nr 206, poz. 1223)	<p>Art. 63. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego dostosują kwalifikacje członków tych zespołów do wymagań, o których mowa w art. 36 ust. 1, do dnia 31 grudnia 2012 roku.</p> <p>Art. 36 ust. 1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. <p>Art. 3 pkt 6 - pielęgniarka systemu - pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.</p>
14.	Pielęgniarka systemu	Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.)	

Przedruk z Gazety prawnej 27 marca 2013, nr 61

Karetka poza miastem będzie dziesięć minut później

Ministerstwo Zdrowia chce zmienić zasady funkcjonowania ratownictwa medycznego. Zdaniem ekspertów spadną wydatki państwa, ale nie poprawi się działanie systemu.

DGP dotarł do projektu kompleksowej nowelizacji ustawy o ratownictwie medycznym. Resort przewidział w niej m.in. zmiany w funkcjonowaniu karetek. O dziesięć minut wydłuży się czas ich dojazdu do pacjenta poza miastem.

Oznacza to, że skróci się tzw. złota godzina, czyli okres, podczas którego ofiara wypadku powinna trafić na stół operacyjny, jeśli ma przeżyć.

Obecne przepisy przewidują, że karetka na miejsce zdarzenia powinna dotrzeć najpóźniej w ciągu 15 minut od przyjęcia zgłoszenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 20 minut poza nim. Resort zdrowia chce wydłużyć czas dojazdu karetki poza miastem do pół godziny.

– Jedyne wytłumaczeniem takiej zmiany jest chęć obniżenia kosztów systemu. Wydłużenie czasu dojazdu zespołów oznacza, że może być ich mniej – komentuje Lech Kubera, wicedyrektor wydziału bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego w Urzędzie Wojewódzkim w Bydgoszczy.

Zwiększona zostanie także tolerancja dla przypadków, gdy karetce nie udało się dotrzeć na czas. Obecne przepisy dopuszczają przekroczenie maksymalnego czasu przyjazdu karetki w przypadku 0,5 proc. wyjazdów. W nowelizacji ten współczynnik zostanie zwiększony do 5 proc. Jarosław Gucwa, ekspert ds. ratownictwa medycznego, podkreśla, że to

odstępstwo zostało przewidziane w ustawie dla sytuacji nadzwyczajnych, takich jak np. awaria karetki. – Zwiększenie tego parametru dziesięciokrotnie jest przyznaniem się przez ministra zdrowia do tego, że nie stać nas na zapewnienie dotychczasowego standardu – podkreśla.

W noweli znalazł się też zapis, zgodnie z którym karetki specjalistyczne (czyli mające w obsadzie lekarza, a nie ratownika medycznego) muszą stanowić co najmniej 30 proc. wszystkich, którymi wojewoda dysponuje na swoim terenie. Przepisy dotychczas nie precyzowały, w co którym ambulansie musi jeździć lekarz.

W niektórych województwach wojewodowie próbowali w ten sposób oszczędzać, ponieważ zespół z ratownikiem medycznym kosztuje mniej. Efekty takich oszczędności bywają jednak tragiczne. W lutym do ciężarnej kobiety w Nysie została wysłana karetka bez lekarza. Ratownik medyczny nie był uprawniony do wykonywania czynności medycznych, których w drodze do szpitala potrzebowała kobieta. Pacjentka zmarła.

Jednak zdaniem prof. Juliusza Jakubaszki, eksperta z dziedziny ratownictwa medycznego, zapis nie musi wyjść systemowi na dobre.

– Idealnie jest, gdy zespoły specjalistyczne stanowią połowę wszystkich – uważa ekspert. Już teraz w większości województw współczynnik jest wyższy, np. w kujawsko-pomorskim wynosi 39 proc., a po zmianie prawa wojewodowie, szukając oszczędności, mogą chcieć go obniżyć do wartości proponowanej w noweli ustawy.

Nowe przepisy zmieniają także zasady finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Resort zdrowia proponuje, żeby zostały one podzielone na trzy kategorie. Od tego, do której trafi dany oddział, będzie zależał poziom finansowania. Kategoria SOR będzie zależała od liczby pacjentów przyjmowanych w stanie zagrożenia zdrowotnego. Oddział, do którego trafia średnio na dobę w ciągu roku do 50 takich chorych, będzie miał przyznaną najsłabiej finansowaną kategorię. Wyższą uzyska ten, który ma powyżej 50 takich chorych na dobę. Najlepiej będą finansowane centra urazowe, które zajmują się leczeniem najciężiej poszkodowanych w wypadkach.

Zdaniem Juliusza Jakubaszki nowe zasady nie poprawią finansowania SOR, bo dla sytuacji finansowej danego oddziału ważniejsza niż liczba pacjentów jest liczba wykonywanych w nim procedur. Każda z nich powinna mieć osobną wycenę.

Obecnie NFZ, rozliczając się z oddziałami, stosuje stawkę dobową. Jest ona wyliczana indywidualnie dla każdej placówki na podstawie algorytmu, który uwzględnia m.in. średnią dobową liczbę pacjentów przyjętych w poprzednim okresie rozliczeniowym. Taki sposób finansowania powoduje, że szpitale ponoszą straty. Przykładowo Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Łodzi otrzymuje zryczałtowaną stawkę dobową

w wysokości 15 tys. zł, a swoje rzeczywiste koszty realizacji świadczeń w SOR szacuje na 21 tys. zł.

– Być może kategoryzacja SOR rozwiąże ten problem, ale wszystko zależy od szczegółowych rozwiązań – podkreśla Dariusz Timler, wicedyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Łodzi.

Beata Lisowska

Przedruk z Gazety prawnej 25 marca 2013, nr 59

Najlepsze szpitale z wyższym kontraktem

Ochrona zdrowia

Likwidacja centrali NFZ, zwiększenie kompetencji lokalnych oddziałów oraz zmiana zasad podziału pieniędzy ze składki zdrowotnej. To główne założenia do reformy systemu lecznictwa.

Takie zmiany przewiduje przekazany do konsultacji społecznych projekt założeń do ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejsce centrali funduszu zajmie Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych. Zmieni się jednak jego funkcja. Obecnie NFZ wycenia świadczenia, kontraktuje i kontroluje placówki medyczne. Nowy urząd będzie jedynie wyceniał usługi i nadzorował ich wykonywanie.

Kolejną zmianą będzie wprowadzenie w życie rzetelnej weryfikacji świadczeń udzielanych przez szpitale. Mają być premiowane najlepsze placówki – im wyższa jakość leczenia, tym korzystniejszy kontrakt. Bonusem będzie też oferowanie kompleksowej opieki. Jak tłumaczy Bartosz Arłukowicz, minister zdrowia, celem tych zmian jest zahamowanie procesu powstawania małych placówek, które wykonują jedynie świadczenia wysoko wyceniane przez NFZ. Unikają natomiast procedur, które wiążą się np. z ryzykiem powikłań.

Zmienić ma się też cała polityka zdrowotna, której ciężar w pełni przejmą regionalne oddziały NFZ. Ich liczba się nie zmieni. Dalej będzie ich 16. Zyskają jednak większe kompetencje. Przede wszystkim będą analizować, na jakie leczenie jest zapotrzebowanie w ich regionie i według tego dzielić kontrakty.

– Przecież potrzeby zdrowotne pacjentów na Podlasiu są inne od tych, jakie zgłaszają mieszkańcy np. Śląska – przekonuje minister zdrowia.

Proponowane zmiany mają wejść w życie na przełomie 2014 i 2015 roku. Tak żeby zmiany były odczuwalne dla pacjentów w jak najmniejszym stopniu. W trakcie konsultacji projektu założeń uwagi do niego mogą zgłaszać nie tylko partnerzy społeczni, ale również zwykli obywatele. Opinie można wysyłać na adres mailowy nfzreforma@mz.gov.pl.

Klara Klinger

Przedruk z Gazety prawnej 25 marca 2013, nr 59

Informator Pacjenta ograniczy część nieprawidłowości

Uprawnienia

W połowie roku każdy ubezpieczony będzie mógł sprawdzić za pośrednictwem specjalnego portalu historię i koszt swojego

Inne propozycje zmian w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym

- ➔ **Wprowadzenie ustawowego obowiązku udzielania przez świadków zdarzenia** – w miarę posiadanych możliwości i umiejętności – pierwszej pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego
- ➔ **Uregulowanie zasad** doskonalenia zawodowego ratowników medycznych
- ➔ **Wprowadzenie zapisów** zobowiązujących do większego nadzoru wojewody nad systemem i podmiotami kształcącymi ratowników
- ➔ **Uregulowanie kwalifikacji dyspozytora medycznego** i doskonalenia zawodowego dyspozytorów
- ➔ **Wprowadzenie wymogu posiadania przez kierowców ambulansów** ukończonego kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy
- ➔ **Uregulowanie zasad finansowania zadań** wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego



leczenia. Wiadomo już, jakie zabezpieczenia będą chronić przed dostępem osób nieuprawnionych do tych danych.

We wszystkich oddziałach NFZ jest testowany Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP). To kolejny po e-WUŚ (Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców) projekt informatyczny funduszu. Umożliwi każdemu pacjentowi sprawdzenie historii i kosztów jego leczenia. System będzie udostępniał dane wrażliwe pacjentów. Dlatego o jak najlepsze ich zabezpieczenie apeluje Wojciech Rafał Wiewiórowski, generalny inspektor ochrony danych osobowych (GIODO).

ZIP ruszy na przełomie czerwca i lipca. Każda osoba, która będzie chciała mieć do niego dostęp, powinna osobiście zgłosić się do właściwego oddziału NFZ. Otrzyma specjalnie zabezpieczoną kopertę z loginem i hasłem, które umożliwią jej zalogowanie w portalu.

– Po wejściu do systemu nie będzie można zidentyfikować imienia, nazwiska ani numeru PESEL pacjenta, którego dane się wyświetla. Będzie widoczny tylko jego login. Informacji nie da się więc przypisać do konkretnej osoby, nawet w przypadku, gdyby z loginu i hasła skorzystała nieuprawniona osoba – podkreśla Aleksandra Kwiecień z biura prasowego małopolskiego oddziału NFZ.

W ZIP będzie można sprawdzić historię udzielonych świadczeń oraz ich koszt. Pacjent uzyska m.in. informacje o odbytych wizytach u lekarza, wypisanych receptach oraz wysokości refundacji, leczeniu uzdrowiskowym.

Prawo do tych informacji przyznaje ubezpieczonym art. 192 ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Chory będzie mógł porównać te dane z tymi, które zostały wpisane do jego dokumentacji medycznej. NFZ liczy, że dzięki temu dojdzie do ujawnienia nieprawidłowości, np. przypadków, gdy fundusz płaci placówkom za usługi, które pacjenci wcześniej opłacili z własnej kieszeni. Jeszcze przed wizytą u lekarza zainteresowany będzie mógł też sprawdzić w ZIP, czy jest ubezpieczony. Znajdzie tam również przewodnik po świadczeniach, a w nim informacje m.in. o tym, gdzie uzyska potrzebne mu leczenie.

W przyszłości tą drogą będzie można zgłaszać do funduszu uwagi i skargi na świadczeniodawców. Dzięki tym informacjom NFZ skieruje kontrolę do tych placówek, na które najczęściej skarżą się pacjenci.

Beata Lisowska

Prace dyplomowe



PODSTAWY I ZAŁOŻENIA OPIEKI PALIATYWNEJ

1.1. Rys historyczny.

Od kilkunastu lat w Polsce obserwujemy dynamiczny rozwój medycyny i opieki paliatywnej wywodzącej się z ruchu hospicyjnego. Ruch hospicyjny ma długą historię, a swymi korzeniami sięga tradycji pogańskich. „Hospitium” wywodzi się od słowa „hospes” i oznacza osobę połączoną z inną związkiem wynikającym z udzielania gościnności – inaczej oznacza ono starego przyjaciela, druha.

Pierwsze hospicja powstały już w średniowieczu jako gospody dla podróżnych, pełniące jednocześnie funkcje pielęgnacyjno-lecznicze wobec tych, którzy zachorowali w drodze. Ówczesne przytułki powstawały także przy kościołach i klasztorach, a za prekursora opieki nad chorymi i umierającymi uważa się Wincentego Pallottiego. To on jako pierwszy

użył terminu „hospitia”. Największy rozwój instytucji charytatywnych w średniowieczu przypada na wiek XI i XII. Najśłynniejsze średniowieczne hospicjum, Św. Bernarda, znajdowało się na szlaku w Alpach Pennińskich.

Pierwsze nowoczesne hospicjum to Hospicjum św. Krzysztofa, które powstało w Londynie w 1967 r. Twórczynią jego była dr Cicely Saunders. Najważniejszym jednak osiągnięciem Cicely Saunders jest zainicjowana przez nią zmiana podejścia świata medycznego do umierania i śmierci. Przestały być one tematem tabu a zostały uznane za naturalne zjawiska, wymagające właściwego postępowania skupionego na łagodzeniu objawów fizycznych i wsparciu psychicznym przygotowaniu się Cicely Saunders do pracy z ludźmi umierającymi ogromną rolę odegrali dwaj pacjenci z Polski. Idea budowy domu dla umierających zrodziła się w efekcie przyjaźni i długich rozmów, które prowadziła jako pielęgniarka z umierającym na raka pacjentem. Był nim Żyd polskiego pochodzenia Dawid Taśma, który w ramach wdzięczności, przed śmiercią, ofiarował na budowę przyszłego domu wszystkie swoje oszczędności. Aby być bardziej skuteczna w swoich działaniach Saunders ukończyła studia medyczne.

Cicely Saunders za swe zasługi otrzymała od angielskiej królowej tytuł Damy (Lady) Inicjatywa Cicely okazała się niezwykle cenna i potrzebna w sytuacji, gdy wiele ludzi umierało w trudnych warunkach.

Jako autorka koncepcji bólu wszechogarniającego, wyrażała pogląd, że gdy złagodzi się ból pacjenta i wzbudzi się w nim poczucie, że jest komuś potrzebny, to nie będzie on prosił o eutanazję.

Prekursorką opieki hospicyjnej w Polsce była pielęgniarka Hanna Chrzanowska – córka wybitnego profesora literatury polskiej Ignacego Chrzanowskiego. Po ukończeniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej Chrzanowska uzupełniała wiedzę z zakresu pielęgniarstwa społecznego we Francji, Belgii i Stanach Zjednoczonych. Wiedza ta pomogła jej w rozpowszechnianiu idei pielęgniarstwa społecznego wyrazem czego była podjęta przez nią inicjatywa domowej opieki pielęgniarstwa. Miała ona na celu objęcie opieką we własnych domach osób przewlekle chorych i umierających, z uwzględnieniem ich potrzeb zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych oraz duchowych.

W 1981 r. w Krakowie powstało Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”, które przystąpiło do budowy pierwszego w Polsce hospicjum stacjonarnego.

W 1984 r. rozpoczął swą działalność w Gdańsku drugi ośrodek hospicyjny w Polsce. Działalność ośrodka była oparta na doświadczeniach osób tworzących, pierwszy nie nazwany jeszcze, zespół hospicyjnej opieki domowej, składający się z ks. Eugeniusza Dutkiewicza, pallotyna, prof. Joanny Muszkowskiej – Penson i dwóch pielęgniarek. W 1985 r. powstało Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu, w 1987 r. Hospicjum Domowe w Szczecinie, w 1988r. – Hospicjum Domowe św. Jerzego w Elblągu, w 1989 – Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Domowe św. Pawła w Zielonej Górze i Lubelskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych – Hospicjum w Lublinie, w 1990 – Społeczne Towarzystwo Hospicjum „Cordis” w Mysłowicach, w 1991 – Wspólnota Hospicjum św. Kamila w Bielsku Białej, a w 1994 – Hospicjum Opatrzności Bożej ks. Orionistów w Wołominie.

W 1991 r. wszystkie powstałe hospicja zjednoczyły się i utworzyły Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego. Organizacja ta działa nadal, pełniąc ważną funkcję informacyjną, organizując szkolenia i konferencje, stanowiąc płaszczyznę wymiany doświadczeń między poszczególnymi placówkami.

Bezpośrednim następstwem dynamicznie rozwijającego się ruchu hospicyjnego było tworzenie się opieki paliatywnej.

Medycyna paliatywna to od 1999 r. specjalność lekarska, a zarazem dziedzina medycyny, która zajmuje się opracowywaniem standardów strukturalno – organizacyjnych opieki paliatywnej oraz wytycznych postępowania zapewniających jej skuteczność – zwłaszcza w zakresie łagodzenia dolegliwości i zaspokajania potrzeb chorych w stanie terminalnym.

Powstało również wiele organizacji naukowych prowadzących badania w dziedzinie medycyny paliatywnej. Obecnie istnieje dużo międzynarodowych stowarzyszeń tego typu, między innymi European Association for Palliative Care (Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej). W Polsce powołano Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej. W 1993 r. powstało Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne zajmujące się problemami psychologicznymi pacjentów we wszystkich fazach choroby nowotworowej. W 1994 r. minister zdrowia powołał krajowego konsultanta w dziedzinie medycyny paliatywnej. Konsultant ten jest odpowiedzialny za rozwój i funkcjonowanie opieki paliatywnej. W 1999 r. w ramach reformy służby zdrowia opieka paliatywna została oficjalnie włączona w nurt służby zdrowia i stała się przedmiotem kontraktów z kasami chorych, a potem z Narodowym Funduszem Zdrowia.

1.2. Podstawowe pojęcia związane z opieką paliatywną.

Według Światowej Organizacji Zdrowia definicja opieki paliatywnej z 1990r. brzmi: „opieka paliatywna jest aktywną, holistyczną, wielowymiarową opieką nad chorymi, których schorzenia szybko postępują, nie poddają się już leczeniu przyczynowemu. Celem tej opieki, będącej synonimem opieki hospicyjnej jest otoczenie ochronnym płaszczem działań całej osoby chorego i jego rodziny, dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości życia. Opieka paliatywna ma na celu uśmierzanie bólu i innych dokuczliwych objawów, ofiarowanie ulgi w cierpieniach psychicznych i duchowych, podnoszenie rangi uciekającego życia.

Leczenie w opiece paliatywnej ukierunkowane jest na objawy choroby a nie na jej przyczynę oraz na możliwe usunięcie bólu. Obejmuje również opiekę psychiczną i duchową, ma charakter wszechstronny, całościowy, otacza „kloszem ochronnym” chorego w ostatniej fazie jego życia. Integralną częścią opieki hospicyjnej jest również pomoc rodzinie chorego. Aby sprawowana opieka nad pacjentem w hospicjum była wszechstronna musi ją sprawować zespół wielu wykwalifikowanych profesjonalistów. Jest to zespół paliatywno – hospicyjny, w skład którego wchodzi nie tylko lekarze i pielęgniarki ale także psycholodzy, farmaceuci, socjolodzy, osoby duchowne, pracownicy niemedyczni.

Różnica między opieką a medycyną paliatywną jest następująca.

Medycyna paliatywna jest specjalizacją medyczną, która opracowuje wytyczne i standardy strukturalno-organizacyjne opieki paliatywnej oraz wytyczne postępowania medycznego, zapewniające jego skuteczność. Opieka paliatywna natomiast ma dwójakie znaczenie.

W węższym sensie jest to specjalizacja pielęgniarstwa o dość szerokich uprawnieniach w zakresie samodzielnego jej sprawowania wobec chorych u kresu życia. W sensie szerszym jest używana dla określenia rodzaju tej opieki z uwzględnieniem wszystkich elementów, które je tworzą. Opieka hospicyjna z kolei jest pierwszą formą opieki paliatywnej, w dużej mierze opartej na działalności wolontaryjnej.

W medycynie paliatywnej można wyróżnić następujące rodzaje postępowania leczniczego w onkologii:

- radykalne leczenie- postępowanie przeciwnowotworowe zakładające możliwość wyleczenia,

- paliatywne leczenie- postępowanie przeciwnowotworowe, które ma na celu powstrzymanie rozwoju choroby, kiedy nie ma szans na całkowite wyleczenie, a istnieje możliwość czasowego, nawet wieloletniego zahamowania postępu choroby i przedłużenia życia w warunkach zadowalającej sprawności,
- objawowe leczenie- postępowanie łagodzące, nie wpływające na przebieg choroby nowotworowej.

Choroba w fazie terminalnej dzieli się na trzy okresy: okres przedterminalny, terminalny i okres umierania.

Okres przedterminalny (preterminalny) – to faza choroby, w której wstrzymano leczenie przedłużające życie, ale chory znajduje się w dość dobrym stanie ogólnym, nie ma dolegliwości, jest sprawny ruchowo. Okres ten może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy. W tej fazie choroby pacjent nie wymaga opieki paliatywnej.

Okres terminalny – rozpoczyna się wtedy gdy u chorego pojawiają się dolegliwości, prowadzące do nieodwracalnego pogorszenia stanu ogólnego i sprawności ruchowej, co uniemożliwia zwykle wychodzenie z domu. Chory jest objęty opieką paliatywną, a okres ten może trwać około 6-8 tygodni.

Okres umierania (agonii) – jest to okres, który bezpośrednio poprzedza śmierć chorego. Obejmuje kilka ostatnich dni lub godzin życia. W okresie tym pojawia się osłabienie fizyczne, znużenie, zmiany psychiczne, apatia, zobojętnienie, chory odmawia przyjmowania posiłków. Często występują zaburzenia świadomości.

Okres umierania również może przebiegać fazowo. Elizabeth Kubler-Ross zwróciła uwagę na pięć faz umierania:

- Zaprzeczenie i izolacja – to nieuznawanie konieczności śmierci, zarówno przez chorego jak i jego bliskich, szok wywołany diagnozą, problem choroby jest odpychany. Chory stopniowo zaczyna izolować się od otoczenia, które mogłoby potwierdzić jego obawy i przeczcucia. Zaprzeczenie jest wyrazem woli życia pacjenta i sygnałem, że nie jest on gotowy na przyjęcie prawdy.
- Gniew – faza ta cechuje się agresją i buntem, rodzą się pytania, dlaczego akurat ta osoba musi umrzeć, dlaczego Bóg, jeżeli istnieje, na to pozwala, następuje odreagowanie na tę niemoc.
- Negocjacje – to pertraktowanie o życie, zarówno z ludźmi jak i z Bogiem, chory próbuje się targować o jeszcze jakiś czas, szuka sposobów ratunku, cudownych leków i metod. Pacjent w tym okresie staje się cichy i zamknięty w sobie.
- Depresja – cechują ją naprzemienne stany paraliżującego lęku, chęci przyspieszenia śmierci lub euforii i ślepej wiary w wyzdrowienie. Chory zamyka się w sobie, staje się apatyczny, nie chce przyjmować posiłków. Jest to etap bardzo trudny dla pacjenta i jego bliskich.
- Akceptacja – chory akceptuje swoją sytuację a nieuchronność śmierci wydaje się czymś bliskim i nieodwołalnym ale nie tragicznym. Następuje pogodzenie się z faktem śmierci.

Powyższe etapy nie u każdego umierającego muszą wystąpić w tej samej kolejności, czasem pojawiają się jednocześnie lub powracają. Przez podobne okresy przechodzi także rodzina chorego.

1.3. Cele i zadania opieki paliatywnej.

Głównym celem opieki paliatywnej jest dążenie do zaspokojenia psychosocjalnych i duchowych potrzeb chorego, pozwalając mu na godne spędzenie ostatniego okresu życia. Opieka ta przeciwstawia się eutanazji uznając jednak śmierć za naturalną część ludzkiego istnienia. Sprzeciwia się również

„uporczywej” intensywnej terapii, zmierzającej do przedłużenia życia za wszelką cenę.

Bardzo ważnym elementem tej opieki jest poprawa jakości życia chorego i uśmierzanie bólu.

Jakość życia człowieka jest wartością niezwykle subiektywną i zależy od jego stanu psychicznego, cech osobowości, upodobań, systemu wartości. Dlatego odpowiednia pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna w sposób istotny wpływa na poprawę jakości życia chorego.

Hospicjum jest samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej, który sprawuje opiekę wielodyscyplinarną, zarówno medyczną jak i psychologiczną, duchową i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby. Podstawowym celem jest realizacja potrzeby życzliwości, zapewnienie kontaktu z osobą bliską oraz wsparcie rodziny chorego, m. in. przygotowując ją do odejścia bliskiej osoby.

Utrzymanie dobrej jakości życia chorego wymaga wielokierunkowych specjalistycznych działań. Złożoność wykonywanych zabiegów paliatywnych zobrazowana jest na poniższej rycinie.

Niezwykle cenny w ruchu hospicyjnym, jest pomocny w opiece nad chorymi, współudział wolontariuszy. Grupę tą stanowią ludzie dobrej woli, którzy bezinteresownie pomagają choremu i jego rodzinie. Wolontariusze przeważnie nie są związani z medycyną, ale ich obecność odgrywa bardzo istotną rolę. Dzielą się swoimi doświadczeniami związanymi z opieką nad pacjentem umierającym i także wspierają rodzinę chorego.

Opieka paliatywna może być sprawowana w różny sposób. Do form działalności hospicyjnej zaliczamy:

- domową opiekę paliatywną,
- hospicja stacjonarne,
- ośrodki opieki dziennej,
- szpitalne oddziały paliatywne,
- ośrodki opieki paliatywnej,
- ośrodki konsultacyjne.

Domowa opieka paliatywna jest uważana za najlepszą dla chorego formę opieki, którą nie zastąpi nawet najbardziej nowoczesny szpital. Zakres tej opieki obejmują świadczenia medyczne, terapeutyczne, opiekuńcze i informacyjne, takie jak:

- lekarskie,
- pielęgniarские,
- informacyjno – edukacyjne,
- psychologiczne,
- rehabilitacyjne / fizjoterapeutyczne,
- wsparcie socjalne i opiekuńcze (poprzez pracownika socjalnego i MOPS),
- wsparcie terapeutyczne (np. terapia zajęciowa),
- wsparcie duchowe,
- nieodpłatne udostępnianie sprzętu medycznego i pielęgnacyjnego.

Domowa opieka hospicyjna sprawowana jest całodobowo przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów składający się z: lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, psychologa, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, osoby duchownej itp. Również całodobowo odbywają się konsultacje telefoniczne z chorym lub członkiem jego rodziny. U każdego chorego wizyty domowe odbywają się w zależności od potrzeb – lekarz przeciętnie odbywa 1 wizytę tygodniowo, natomiast pielęgniarka 3 wizyty tygodniowo. W nagłych przypadkach świadczone są interwencje dodatkowe.

Aby opieka paliatywna była sprawowana dobrze należy przestrzegać następujących podstawowych zasad :

- Opieka paliatywna jest opieką całościową (holistyczną) i obejmuje wszystkie sfery życia chorego: somatyczną,

psychiczną, społeczną i duchową. Jest to dążenie do zaspokojenia indywidualnych, wielorakich potrzeb chorego.

- Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorego. Ocena jakości życia chorego jest różnicą między sytuacją upragnioną przez chorego a sytuacją realnie istniejącą. Próby poprawy realnej sytuacji spróbują się np. do tolerowania zwyczajów i trybu życia pacjenta, zmniejszenia uciążliwości leczenia, właściwej kontroli objawów somatycznych i zwalczania objawów zgodnie z opracowanymi wytycznymi.
- Opieka paliatywna powinna być sprawowana zespołowo. Należy podkreślić, że zespół musi współpracować z rodziną chorego aby można było optymalnie zaspokoić potrzeby pacjenta. Cechą charakterystyczną tej opieki jest zaangażowanie i wejście w problemy domu, nawiązanie przyjaźni z chorym i jego rodziną oraz pozyskanie ich zaufania.
- Akceptacja nieuchronności śmierci czyli powstrzymanie się od działań nadzwyczajnych w okresie agonii. Przyzwolenie na ortotanazję czyli zaniechania działań w kierunku sztucznego podtrzymywania życia, prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii w okresie umierania, zawiera artykuł 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej.
- Akceptacja nieuchronności cierpienia. Istnieją sytuacje kiedy nie jesteśmy w stanie sprawić, by człowiek nie odczuwał żadnych przykrych objawów. Musimy uznać, że cierpienie, żal, czy lęk to ludzkie, naturalne odczucia. Odważne i konsekwentne przyjęcie tej zasady sprawi, iż pomoc i opieka staną się bardziej efektywne.
- Akceptacja właściwej pory śmierci. Oznacza to powstrzymanie się od działań, które mają na celu przyspieszenie śmierci i całkowity zakaz dokonywania eutanazji. Eutanazja to zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia, czyn ten jest zagrożony karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Zakazane są również „wspomagane samobójstwo” i kryptoeutanazja polegająca na zabiciu człowieka bez jego wiedzy i woli, z powołaniem się na jego dobro lub jego bliskich. Dopuszczalne jest działanie oparte na zasadzie podwójnego skutku. Działania te zmierzają do złagodzenia uciążliwego dla pacjenta objawu pomimo ryzyka skrócenia życia chorego w wyniku tego postępowania. Przykładem może być stosowanie bardzo szybko wzrastających dawek opioidów w bólu nie do wytrzymania.
- Opieka paliatywna powinna obejmować również rodzinę pacjenta w trakcie jego choroby jak i po jego śmierci, w okresie żałoby.
- Podstawowe zasady etyczne opieki paliatywnej to :
 - poszanowanie niezależności poglądów chorego, respektowanie jego prawa do prawdy, prywatności, podejmowania decyzji i działania,
 - respektowanie zasady sprawiedliwości – udzielanie opieki wszystkim tym chorym, którzy jej potrzebują,
 - przestrzeganie zasady primum non nocere czyli nie szkodzić i nie sprawiać niepotrzebnego cierpienia
 - przestrzeganie zasady czynienia dobra.

Podsumowując, celem opieki paliatywnej jest przede wszystkim dążenie do poprawy jakości życia osób chorych terminalnie i ich rodzin oraz stworzenie godnych warunków dla zakończenia życia pacjenta. Wmyśl zasad etyki troski należy zapewnić pacjentowi umieranie bez cierpień fizycznych i psychicznych, najlepiej w otoczeniu osób bliskich i przyjaznych. Pacjenci jak i rodzina nie ponoszą kosztów opieki, którą świadczy się chorym bez względu na wiek, płeć, rasę czy wyznanie.

Przygotowała: Edyta Solecka

Palenie tytoniu jako główny problem społeczny.

Historia używania tytoniu przez człowieka liczy wiele setek lat. Jednak dopiero w XX wieku rozpowszechnienie konsumpcji tytoniu w postaci papierosów doprowadziło do katastrofy ludzkiego zdrowia. Jak długo tytoń był używany w formie podawanej do nosa tabaki, jako tytoń do żucia lub w formie cygara albo palenia fajki, tak długo był absorbowany miejscowo przez błonę śluzową jamy ustnej lub nosa. Skutki zdrowotne używania tytoniu były głównie miejscowe. Sprawdały się przede wszystkim do większej częstości występowania raka wargi, nosa, jamy ustnej wśród używających tytoniu.

Powszechne wprowadzenie zwyczaju inhalacji dymu papierosowego zmieniło obraz ludzkiego zdrowia.

Zawał serca podobnie jak wiele innych chorób układu naczyniowego, występuje wielokrotnie częściej u młodych palaczy i tych w średnim wieku. Uszkodzenie układu oddechowego i wiele wynikających z tego chorób u wieloletnich palaczy jest prawie normą. Rak płuca, choroba niezwykle rzadka na początku XX wieku zwiększyła u palaczy zachorowalność na nowotwory złośliwe.

Ekspozycja na dym papierosowy małych dzieci (szczególnie w okresie rozwoju płodowego) uważana jest za główny czynnik zagrożenia ich zdrowia i życia [1].

W 1492 r. Krzysztof Kolumb odwiedził w czasie swojej podróży domy Indian Arawaków i został poczęstowany wysuszonymi liśćmi tytoniowymi, zawiniętymi w większe palmowe liście. Wydarzenie to prawdopodobnie było pierwszym spotkaniem przedstawicieli starego kontynentu z produktami tytoniowymi. Przez kolejne stulecia tytoń stał się znany w większości krajów Europy, a jego plantacje błyskawicznie dotarły do wszystkich kontynentów.

Dramatyczny wzrost spożycia tytoniu zaobserwowano w ubiegłym wieku, również w Polsce, gdzie najczęściej używanym produktem tytoniowym stał się papieros. Przed II wojną światową zwyczaj palenia tytoniu w Polsce był rzadki, szczególnie wśród kobiet. Po wojnie konsumpcja tytoniu zaczęła się zwiększać liniowo od 500-700 papierosów rocznie na osobę pod koniec lat 30- tych, do prawie 3000 papierosów na początku lat 80-tych.

Nikotynizm, to inaczej uzależnienie od nikotyny, a co za tym idzie również uzależnienie od palenia tytoniu. Papierosy uzależniają równie silnie jak narkotyki. Wielu pacjentów twierdzi, że jest im trudno odstawić papierosy. Nikotyna zawarta w dymie papierosowym podobnie jak inne środki uzależniające oddziałuje na nasz system nagradzania, czyli działa na część mózgu, która związana jest z odczuwaniem przyjemności. Nikotyna powoduje zwiększenie ilości dopaminy, która daje nam odczucie przyjemności po zapaleniu papierosa, a także zwiększa uzależnienie, co prowadzi do przewlekłego zatrucia organizmu.

Mimo poprawy w ostatnich latach sytuacji epidemiologicznej w Polsce, choroby wynikające z inhalacji dymu papierosowego są wciąż najważniejszym problemem zdrowia publicznego. Postęp w ograniczeniu zdrowotnych następstw palenia papierosów wymaga aktywnego udziału personelu medycznego. Światowa Organizacja Zdrowia opisuje zespół uzależnienia od tytoniu jako chorobę. W X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób jest ona opisana pod symbolem F-17 i uznana jako choroba przewlekła.

Dotychczasowe przeciwdziałanie nikotynizmowi, opierające się na upowszechnieniu wiedzy o szkodliwości palenia tytoniu, zalecaniu zdrowego stylu życia, odwoływaniu się do

odpowiedzialności indywidualnej i zbiorowej, propagowaniu międzynarodowego dnia bez papierosa, okazuje się niewystarczające. Brakuje regulacji prawnych w tej dziedzinie.

W państwach, w których program ograniczenia konsumpcji tytoniu odniósł skutek, zastosowano wiele różnych środków, by ten cel osiągnąć np. podwyższanie wysokości podatku od papierosów, informacji dla konsumenta, zakazy reklamy i promocji wyrobów tytoniowych i ograniczenie swobody palenia. W Polsce całkowity zakaz reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu obowiązuje od 05.12.2001 r.

W coraz większej liczbie krajów wprowadza się obecnie ograniczenia palenia tytoniu w miejscach publicznych, takich jak restauracje, środki lokomocji, dworce. Najbardziej oczywiste korzyści związane z wprowadzeniem podobnych ograniczeń odnoszą niepalący, którzy dzięki nim przestają być narażeni na ryzyko zdrowotne i dyskomfort spowodowany przez dym tytoniowy.

Tytoń zawiera nikotynę czyli substancję, które wywołują uzależnienie. Nikotyna spełnia najważniejsze kryteria będące podstawą rozpoznania tej substancji, czyli wywołuje przymus używania pomimo pragnienia i wielokrotnych prób porzucania nałogu, wywiera działanie psychoaktywne (oddziałujące na mózg), oraz wywołuje zmiany zachowania związane z jej działaniem. Nikotyna zawarta w papierosach szybko dociera do mózgu w ciągu kilku sekund od zaciągnięcia się dymem.

Niezwykle trudno jest określić istotę nawyku palenia papierosów. Ludzie palą, bo daje im to poczucie działania pobudzającego, orzeźwiającego, przywracającego siły oraz pewność siebie. Nie bez znaczenia są doznania organoleptyczne, które powodują, że tytoń zaliczamy do używek. Działanie pobudzające ma uczucie smaku i zapachu, oraz wytwarzają uczucie zadowolenia i odprężenia. Przyjemność palenia, będąca jedną z podstaw ukształtowania nawyku, nie jest związana jedynie z działaniem farmakologicznym związków zawartych w tytoniu. Dochodzą tu również czynniki socjologiczne i psychologiczne. Niejednokrotnie palenie ułatwia kontakty towarzyskie, powoduje przerwę w pracy, dając chwilę wytchnienia i wypoczynku, wypełnia wolny czas, a cały rytuał związany z techniką palenia stanowi dodatkowe źródło doznań przyjemności.

Przyczyny palenia tytoniu są różne. U młodocianych podstawowym bodźcem jest wrodzona ciekawość i chęć naśladowania dorosłych, oraz potrzeba imponowania rówieśnikom. Młody człowiek pragnie również w ten sposób dowieść samemu sobie dojrzałości i odwagi decyzji. Najczęściej pierwszy papieros jest zapalany na skutek zachęty i namowy rówieśników, a także z powodu złego przykładu starszych z najbliższego otoczenia.

Młodzi ludzie co dotyczy też ludzi w wieku dojrzałym, zaczynają palić aby nie odróżniać się od otoczenia.

Palenie tytoniu jest przyczyną śmierci 10% dorosłych. Do 2030 roku proporcja ta ma wzrosnąć do 1:6, a w liczbach bezwzględnych do 10 milionów zgonów na rok. Jest to więc więcej niż w przypadku jakiegokolwiek innego czynnika. Jeżeli obecne tendencje utrzymają się, około 5 milionów osób żyjących obecnie na świecie zostanie zabitych przez tytoń, z czego połowa zgonów przypadnie na wiek średni, dotycząc ludzi w pełni zdolności produkcyjnych i zabierając im 20-25 lat życia. Śmierć z powodu chorób tytoniozależnych, zjawisko dotyczące niegdyś jedynie mężczyzn z państw o wysokich dochodach, obecnie zaczyna zbierać żniwo także wśród kobiet.

Palenie tytoniu przyczynia się i wywołuje wiele schorzeń, określanych jako choroby odytoniowe.

Szkody zdrowotne będące następstwem palenia papierosów są rozległe, ale pierwszoplanowe znaczenie kliniczno-epide-



miologiczne i socjo- ekonomiczne posiadają trzy grupy schorzeń:

- nowotwory,
- choroby sercowo- naczyniowe,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc[5].

Z nowotworów najczęściej występujących, które mają bezpośredni kontakt z dymem papierosowym to: rak płuc, rak przełyku, rak krtani, gardła i jamy ustnej.

Wśród nowotworów największą grupę stanowią nowotwory płuc. Ryzyko zachorowania zależy od wieku, liczby wypalanych papierosów, zawartości ciał smolistych w używanym tytoniu i głębokości zaciągania się tytoniem.

Palenie tytoniu nasila również proces miażdżycowy, zwiększa zapadalność na chorobę wieńcową, zawał serca, udar mózgu, oraz ryzyko zachorowania na nadciśnienie tętnicze i chorobę Buergera. Wśród regularnych palaczy częściej występują nieżyty przewodu pokarmowego, choroba Leśniowskiego- Cohna. Palenie ma niekorzystny wpływ na narządy zmysłów, powoduje obniżenie ostrości wzroku, osłabienie węchu i smaku. Osteoporoza występuje częściej wśród palących kobiet, co może być spowodowane zaburzeniem metabolizmu hormonów przez tytoń. Nadużywanie tytoniu może mieć również ujemny wpływ na płodność u mężczyzn, powoduje zmniejszenie produkcji liczby plemników, a u kobiet zaburzenia owulacji i przyspieszenie menopauzy. U obu płci przyspiesza się proces starzenia skóry.

Oprócz poważnych skutków medycznych, które raport WHO określa jako jedną z największych katastrof zdrowotnych w historii ludzkości, palenie papierosów powoduje również poważne straty ekonomiczne i przyczynia się do zwiększenia obszarów ubóstwa na świecie.

Szacuje się, że w krajach o wysokich dochodach mieszkańców całkowity koszt opieki lekarskiej związanej ze skutkami palenia wynosi 6-15% wszystkich wydatków na leczenie. ■

Literatura u autora

Dobrowolska Irena

Informacje



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

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatriczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatriczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07- kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07- dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiotorakografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę ■

Nowości Księgozbiór

- „Prawo medyczne dla Pielęgniarek”
- Karkowska Dorota Wyd. LEX, Warszawa 2013
Nr inwentarzowy 723,724
- „Dokumentacja medyczna wydanie II”
- Pod redakcją Urszuli Drozdowskiej Wyd. LEX, Warszawa 2012
Nr inwentarzowy 725, 726
- „Dokumentacja medyczna”
- Redakcja naukowa Piotr Pochopień Wyd. ABC, Warszawa 2012
Nr inwentarzowy 727, 728,729 ■



Konferencja dla położnych i pielęgniarek

„KOBIETA W ZDROWIU I CHOROBIĘ”

Komitety Organizacyjny i Naukowy:

Zarząd Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Położnych w Tarnowie
Zakład Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie
ZAPRASZA

10.05.2013 godz. 09.00

**Sala Konferencyjna Instytutu Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły
Zawodowej w Tarnowie ul. Mickiewicza 8**

Wykładowcy:

- 1) mgr Elżbieta Kaden terapeutka biofeedback, zajmuję się rehabilitacją i terapią zachowawczą kobiet z dysfunkcjami w obrębie miednicy mniejszej, prowadzi Poradnię Uroginekologiczną w C.M. "Żelazna" Sp. z O.O. (dawniej Szp. Specj. św. Zofii w W-wie), wykładowcą akredytowanych szkoleń dla położnych w KAD-medica i gościnnie na WUM, oraz w Fundacji Rodzić po Ludzku
„ Rehabilitacja poporodowa jako profilaktyka powikłań - rola położnej”
- 2) mgr Elżbieta Kaden
„Reedukacja mięśni dna miednicy metodą standardem w leczeniu NM i POP”
- 3) specjalista ginekolog-położnik Jerzy Przybycień
„Niepłodność-etologia, diagnostyka, leczenie”
- 4) Maria Kołodziejczyk, psycholog, trener biznesu, wykładowca w wielu instytucjach tematyki z zakresu psychologii pre- i perinatalnej, kontaktu interpersonalnego.
"Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym."
- 5) Magdalena Daraż-Gogół, Coach ICI - trener biznesu i rozwoju osobistego.
„Psychoprofilaktyka syndromu wypalenia zawodowego.”

Koszt konferencji: 50,-zł

Wpłata wyłącznie do dnia 20.04.2013:

na konto Polskie Towarzystwo Położnych w Tarnowie, z dopiskiem nazwiska uczestnika,
Credit Agricole, Krakowska 11, nr konta: **65 1940 1076 5157 0105 0000 0000**

Ilość miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń wraz z równoczesną wpłatą.

Nie przyjmujemy rezerwacji ani zgłoszeń telefonicznych.

Zgłoszenia proszę przysyłać mailem na adres: **polozna_tarnow@tlen.pl**

W karcie zgłoszenia należy koniecznie podać adres mailowy, na który zostanie wysłany program konferencji.

Tel. w sprawie informacji – **505 034 910 Elżbieta Skrzyniarz**

Sztuka Pielęgowania

WYDAWNICTWO

Zaproszenie na warsztaty dla położnych „Pozycje wertykalne- poród aktywny”

II edycja

Warszawa 25-26.05.2013 r.

Celem szkolenia jest przygotowanie położnych do stosowania nowych standardów wprowadzonych w opiece okołoporodowej i praktyczne przygotowanie do prowadzenia porodu fizjologicznego aktywnie wspierającego kobietę. Wykładowcą jest mgr położnictwa p. Agnieszka Herzig z wieloletnim doświadczeniem w szpitalach w Polsce i Wiedniu.

Tematyka szkolenia:

1. Rola szkoły rodzenia w przygotowaniu do porodu – przygotowanie kobiety do aktywnego udziału w porodzie.
2. Współpraca położnej z rodzącą i jej partnerem na sali porodowej w I okresie porodu.
3. Wspieranie fizjologii porodu.
4. Pozycje porodowe I i II okresu porodu – zajęcia praktyczne
5. Jak unikać patologizowania porodu i jak sobie z nią radzić.
6. Techniki wspierające spontaniczne parcie – niebezpieczeństwa parcia kontrolowanego.
7. Znaczenie pierwszego kontaktu „skóra do skóry”- noworodek na Sali porodowej.
8. Inne niezmedykalizowane spojrzenie na poród.

Szczegóły:

Termin warsztatów: 25-26 maja 2013 r., godz. 9.00-17.00, Warszawa, dokładny adres zostanie podany uczestnikom szkolenia.

Zgłoszenia prosimy przesłać na adres Sztuki Pielęgowania: info@sztukapielegowania.pl do 15 maja 2013 r. Potwierdzeniem uczestnictwa jest dokonanie wpłaty również do 15 maja.

Koszt 350 zł zawiera: materiały konferencyjne, certyfikat, przerwa na kawę i lunch. W czasie warsztatów będzie możliwość kupienia filmu „Urodzić i być urodzonym” w cenie 20zł.

Nr konta 60 2340 0009 0040 2400 0000 0590

<http://sztukapielegowania.pl/>



**FUNDACJA ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO
oraz
Katedra Pielęgniarstwa WYŻSZEJ SZKOŁY
ZARZĄDZANIA w Częstochowie**

serdecznie zapraszają na

**XXIII Ogólnopolską Konferencję
Szkoleniową
na temat:
Pielęgniarstwo
– mój zawód, moja odpowiedzialność**

Konferencja odbędzie się **26 kwietnia 2013 r.**
w sali konferencyjnej Wyższej Szkoły Zarządzania
w Częstochowie, ul.1- go Maja 40

Rozpoczęcie Konferencji o godz. 9.30, a zakończenie o godz.
15.30.

Sesje panelowe:

- Organizacja pracy pielęgniarki – polska rzeczywistość a standardy zachodnie
- Ryzyko błędu zawodowego – granice odpowiedzialności
- Terapia dożylna a praktyka pielęgniarstwa
- Wizerunek medialny pielęgniarstwa
- Możliwości rozwoju zawodowego

Celem Konferencji jest integracja zawodowa, promocja osiągnięć specjalistów i naukowców w dziedzinie pielęgniarstwa, dyskusja nad możliwościami praktycznego wdrożenia wyników badań i projektów oraz porównanie doświadczeń polskich i zagranicznych pielęgniarek. ■

Podziękowanie

Szpital w Blachowni przechodzi różne koleje losu, losu który niezbyt jest łaskawy dla osób tam pracujących. Każdego wchodzącego wita nieciekawa, nieremontowana, stara architektura. Wygląd budynków zewnątrz jak i wewnątrz nie nastroja optymistycznie przyszłych pacjentów. Tak samo wyposażenie - łóżka, szafki, wczesne lata 70-te. Wygląd podłóg i ścian też pozostawia wiele do życzenia, ale wszędzie panująca czystość, zastanawiające jak oni to robią?

W takich warunkach wita nas personel- dosłownie. To budzi zdziwienie. Bo począwszy od izby przyjęć, przez blok operacyjny i cały oddział chirurgii ogólnej, której byłam pa-

cientką - wszędzie widoczna empatia. Ale od tego momentu nie zaczynamy dostrzegać otoczenia, widzimy personel, który jest uśmiechnięty!, cierpliwy!, pomocny!. Dobre słowo, przyjazne gesty niwelują lęki z jakimi trafiają tu pacjenci. Personel nastawiony na człowieka, który oddaje swoje zdrowie i życie w ICH ręce. Wszędzie panujący spokój, profesjonalizm. Począwszy od lekarzy- fachowość, działania nastawione na pacjenta, poprzez fantastyczne Panie Pielęgniarki, proponujące pomoc o każdej porze, do Pani salowej, która wyszła z inicjatywą ułatwienia mi oddania moczu w łóżku po operacji /ciężka sprawa!/, za co Jej jestem bardzo wdzięczna. Można pomyśleć ze jako osoba z tego środowiska mam priorytet w traktowaniu. Nic bardziej mylnego - ten priorytet mają tam wszyscy.

Jestem bardzo wdzięczna całemu personelowi za ten szacunek dla drugiego człowieka. Bądźcie dalej wzorem dla innych. W tym szpitalu nie trzeba chodzić z zapaloną świecą. ■

Wdzięczna pacjentka
Maria Szymanek

KALENDARIUM marzec 2013 rok

28.03.2013r.

W Urzędzie Miasta Częstochowy odbył się III Okręgowy Zjazd Delegatów VI kadencji OIPIP w Częstochowie.

04.04. 03.04.2013r.

W siedzibie OIPIP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego w dziedzinie „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.

04.04.2013r.

W Urzędzie Miasta Częstochowy odbyło się spotkanie komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

09.04.2013r.

Przewodnicząca ORPiP spotka się z Dyrektorem Filharmonii Częstochowskiej w celu omówienia organizacji imprezy z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.

11-12.04.2013r.

W Akademii Polonijnej odbyła się druga regionalna Konferencja Naukowa pt. „Współczesna Anestezjologia i Intensywna Terapia. Diagnostyka w intensywnej terapii. Moderatorem sesji pielęgniarskiej była Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie.

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

**NOWOŚĆ!!!
PAPIER DO DRUKAREK
W FORMACIE RECEPT LEKARSKICH
- CZYSTY**

**OFERUJEMY REKUSY* DO DRUKAREK LASEROWYCH
(CZyste i z nadrukiem) i DO DRUKAREK IGŁOWYCH**

*(WZÓR OBOWIĄZUJĄCY OD STYCZNIA 2013)

**23.04.2013r.**

W Filharmonii Częstochowskiej odbyło się spotkanie komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPIP.

23.04.2013r.

W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

23.04.2013r.

W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych, pozytywnie rozpatrzono jeden złożony wniosek.

24.04.2013r.

W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

26.04.2013r.

W Katedrze Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie odbyła się XXIII Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowa „Pielęgniarstwo – mój zawód, moja odpowiedzialność.” ■

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia**w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.****Zadanie 1.**

Do podstawowych objawów odwodnienia należą :

- A. suchość jamy ustanej i języka, zapadnięte gałki oczne i wolne rozprostowywanie się fałdu skórno ,
- B. czerwone śluzówki jamy ustnej, rozszerzenie źrenic i wiotka skóra ,
- C. obłożony język , zwężenie źrenic i świąd skóry ,
- D. szary cień wokół ust, prawidłowo napięte gałki oczne i zaczerwienienie skóry .

Zadanie 2.

Wskaż nieprawidłowe twierdzenie dotyczące osłuchiwania płuc :

- A. pacjent oddycha przez otwarte usta,
- B. w jednym położeniu słuchawki osłuchujemy wdech i wydech ,
- C. osłuchujemy najpierw lewą potem prawą stronę klatki piersiowej ,
- D. pacjent wykonuje pogłębione oddechy.

Zadanie 3.

Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu żył głębokich polega na :

- A. jak najdłuższym leżeniu po operacji ,
- B. unieruchomieniu kończyn po operacji,
- C. pooperacyjnym podawaniu leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi ,
- D. jak najwcześniejszym uruchamianiu chorych po operacji.

Zadanie 4.

Obserwując u chorego nagły spadek skurczowego ciśnienia tętniczego poniżej 90 mmHg , szybkie nitkowane tętno, zaczerwienienie lub pokrzywkę skórą, biegunkę, cechy obturacji dróg oddechowych , zaburzenia świadomości oraz wcześniej zgłoszone bóle brzucha, podejrzewamy w pierwszej kolejności :

- A. zatrucie pokarmowe z odwodnieniem,
- B. zatrucie alkoholem etylowym,
- C. wstrząs anafilaktyczny,
- D. wstrząs septyczny.

Zadanie 5.

Który z wzorów pielęgnowania nie należy do pielęgnowania tradycyjnego:

- A. pielęgnowanie podporządkowane decyzji lekarza,
- B. pielęgnowanie podporządkowane specjalizacji czynnościowej pielęgniarki,
- C. pielęgnowanie wynikające ze zleceń lekarza i przydzielonych zadań,
- D. pielęgnowanie zindywidualizowane.

Zadanie 6.

W jakim czasie po badaniu gastrokopii pacjent może otrzymać posiłek ? :

- A. 3 godziny po badaniu,
- B. gdy powróci odruch połknięcia,
- C. bezpośrednio po badaniu,
- D. 15 minut po zabiegu.

Zadanie 7.

Sepsa jest to:

- A. wniknięcie i namnożenie się określonych drobnoustrojów chorobotwórczych znajdujących się w pożywieniu i wodzie,
- B. powstanie najczęściej po przebyciu choroby objawowej, szczepów bakteryjnych zdolnych do przetrwania,
- C. zespół określonych objawów chorobowych, spowodowanych określoną reakcją organizmu na infekcję lub uraz prowadzący do postępującej niewydolności wielu narządów, a nawet śmierci,
- D. sposób przenoszenia się patogennych drobnoustrojów ze źródła zakażenia na organizmy wrażliwe, drogi te są zależne między innymi od umiejscowienia patogenów i sposobów ich wydalania z zakażonego ustroju, a także od wrażliwości .

Zadanie 8.

Domy Pomocy Społecznej w Polsce podlegają :

- A. Ministerstwu Zdrowia,
- B. Ministerstwu Finansów,
- C. Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej,
- D. Ministerstwu Spraw Wewnętrznych.

Zadanie 9.

Inicjatorką opieki hospicyjnej w skali świata jest :

- A. Elizabeth Hill ,
- B. Florencja Nightingale,
- C. Zofia Szlenkierówna,
- D. Celcie Saunders.

Zadanie 10.

Jak zmienia się tętno u osoby starszej pod wpływem gorączki :

- A. wraz ze wzrostem temperatury ciała wzrasta częstość tętna,
- B. wraz ze wzrostem temperatury ciała zmniejsza się częstość tętna,
- C. wraz ze wzrostem temperatury ciała częstość tętna ulega wahaniom,
- D. wzrost temperatury ciała nie ma żadnego wpływu na częstość tętna. ■



*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Męża

Pani Elżbiety Łobodzińskiej - Bajda

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



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

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Męża

Pani Elżbiety Łobodzińskiej - Bajda

składają

Pielęgniarki i Położne
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Częstochowie.

*„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią się im płaci”*

Wyrazy głębokiego współczucia dla
Pielęgniarki Małgorzaty Nalewajka
z powodu śmierci

Córki Agaty

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



*„Bliscy naszemu sercu,
zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”*

Naszej drogiej koleżance
Małgorzacie Nalewajka i jej rodzinie
wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci

Córki Agaty

składają koleżanki z Przychodni i Oddziałów
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego
im. dr Wł. Biegańskiego w Częstochowie.

GODZINY PRACY BIURA OIPI

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

III Okręgowy Zjazd Delegatów VI kadencji OIPiP w Częstochowie 28 marca 2013 roku



III Okręgowy Zjazd Delegatów VI kadencji OIPiP w Częstochowie

28 marca 2013 roku

