



Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych

ul. Marszałka Józefa
Piłsudskiego 33
22-400 Zamość

Tel./fax: 84 639 31 97
tel. 84 639 07 06
e-mail:
oipizamość@pro.onet.pl

Strona internetowa:
www.oipip.home.pl

NIP 922-15-78-038
REGON 950013990

Nr konta bankowego:
5 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU
NR. 4/2010



*Pokój na ziemi ludziom
A w niebie cisza gwiazd,
Grają Aniołi, świat się chlebem dzieli
Świat ma dziś świętowany blask.*

*Wesołych Świąt oraz samych szczęśliwych dni w roku 2011
życzą: przewodniczące organów*

Alicja Makuch

Elżbieta Hałas

Jadwiga Sikora

Joanna Walewander

oraz pracownicy biura

Okręgowej Izby Pielęgniarek I Położnych w Zamościu

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piłsudskiego 33, 22-400 Zamość
Tel./fax (084) 639-31-97, e-mail : oipizamosc@pro.onet.pl, www.oipip.home.pl

Czynne: poniedziałek - piątek 8.00-16.00

Nr konta bankowego 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Rejestr pielęgniarek i położnych Tel. (084) 639-07-06

Dyżury :

Radca prawny: każdy wtorek godz. 10.00 -14.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: I i III wtorek miesiąca godz. 13.00 - 14.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych: I wtorek miesiąca godz. 14.00-15.00

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

25 września 2010r. podjęto uchwały w sprawie :

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- wpisu na listę członków OIPIP w Zamościu pielęgniarek przybyłych z innego terenu
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składu komisji konkursowych
- przyznania zapomóg losowych dla członków samorządu na łączną kwotę 2900 zł.
- w sprawie wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych
- wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o skreśleniu praktyki
- odpłatnego udostępnienia przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Chełmie opinii prawnej zleconej do opracowania przez Kancelarię prawną Domański - Palinka Spółka Komandytowa w Warszawie
- refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Zamościu dla 21 osób na kwotę 14230 z.ł
- dofinansowania specjalizacji z pielęgniarstwa ratunkowego na lata 2010-2012 dla 26 osób na kwotę 57 718 zł.

- sfinansowania kosztów szkolenia dla Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępców dla 4 osób na kwotę 562 zł.
- przyznania pomocy finansowej dla członków innej Izby na kwotę 200 zł.
- wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych.

22 października 2010 roku podjęto uchwały w sprawie:

- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarek i położnych po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- wymiany prawa wykonywania zawodu i wpisu na listę członków OIPIP Zamościu
- wpisu na listę członków OIPIP w Zamościu pielęgniarek przybyłych z innego terenu
- skreślenia z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
- wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składu komisji konkursowych
- dofinansowania kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki na kwotę 30840 zł. dla 28 osób
- przyznania zapomóg losowych dla 6 członków samorządu na łączną kwotę 4800 zł.
- refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Zamościu dla 19 osób na kwotę 2943 zł.
- przyznania pomocy finansowej dla członka innej Izby na kwotę 200 zł.

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu skierowane do posłów RP naszego okręgu z dnia 22 października 2010 roku w sprawie poparcia naszych zmian do rządowego projektu ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych i ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

26 listopada 2010 roku podjęto uchwały w sprawie:

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- skreślenia z rejestru OIPIP w Zamościu
- skreślenia z rejestru OIPIP w Zamościu
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wpisu do rejestru indywidualnych praktyk położnych
- dokonania zmiany wpisu do rejestru grupowych praktyk położnych o zaprzestaniu wykonywania praktyki
- wpisu do rejestru indywidualnych praktyk położnych
- dokonania zmian we wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek o zawieszeniu praktyki
- dokonania zmian we wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek o zawieszeniu praktyki
- dokonania zmian we wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek o zawieszeniu praktyki
- wytypowania przedstawicieli do składu komisji konkursowych
- wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarsstwa opieki długoterminowej
- dofinansowania do kursu specjalistycznego – szczepienia ochronne – dla 13 osób na kwotę 2340 zł.
- dofinansowania kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarsstwa chirurgicznego na kwotę dla 33 osób na kwotę 36 540 zł.
- wytypowania dwóch osób do wzięcia udziału w szkoleniu nt. Prawa pacjenta, obowiązki pielęgniarki, odpowiedzialność prawna za naruszenie tych praw - na kwotę 300 zł.
- refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia

zawodowego OIPIP w Zamościu dla 14 osób na kwotę 4020 zł.

- przyznania zapomóg losowych dla 6 członków OIPIP w Zamościu na kwotę 3000 zł.

**Stanowisko Nr 51
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 września 2010 r.**

w sprawie odrzucenia niekorzystnych dla samorządu pielęgniarek i położnych zmian w projekcie ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z treścią projektu ustawy o działalności leczniczej, zmieniającej m. in. ustawę z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej wyraża stanowczy protest przeciwko zawartym w niej uregulowaniom, godzącym w podstawy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie daje przyzwolenia na odbieranie samorządowi zawodowemu prawa do prowadzenia rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, czuwania nad jego aktualizacją i przestrzeganiem przepisów prawa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że samorzady zawodowe w obecnym kształcie były jedną ze zdobyczy wolności, a dla jego członków są gwarantem ochrony zawodu w szeroko pojętym tego słowa znaczeniu

Uzasadnienie:

Art. 104 ust. 1 projektu ustawy o działalności leczniczej przewiduje, i organem prowadzącym rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (m.in. pielęgniarek i położnych) jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W konsekwencji wykreślono zapisy art. 24a - 25b oraz art. 25d - 27, 27b - 30a obecnie obowiązującej ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 57 poz. 602 ze zm.). Tym samym okręgowe rady pielęgniarek i położnych zostały całkowicie pozbawione przysługującego im uprawnienia do prowadzenia rejestru indywidualnych, specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz do kontroli prawidłowości prowadzenia powyższych praktyk przez pielęgniarki i położne, nadzoru nad dzia-

łałnością regulowaną pielęgniarek i położnych. W uzasadnieniu powyższego projektu ustawy projektodawca wskazuje jedynie, iż celem wprowadzenia powyższych zmian jest stworzenie publicznego, jawnego jednolitego rejestru, co przyczyni się do wzmocnienia praw pacjenta, przez zapewnienie szerszego i łatwiejszego dostępu do informacji o wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą. Powyższe lakoniczne uzasadnienie nie może w opinii NRPIP stanowić wyłącznej podstawy wprowadzenia tak daleko idącej centralistycznej, systemowej zmiany zasad rejestracji i prowadzenia działalności regulowanej pielęgniarek i położnych.

Należy wyraźnie wskazać, iż powyższe uprawnienia okręgowych rad pielęgniarek i położnych są zagwarantowane nie tylko w aktualnie obowiązującej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, lecz również w skierowanym do pierwszego czytania w Sejmie RP rządowym projekcie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Powyższe działania należy więc uznać za kuriozalne z uwagi na brak elementarnych zasad logiki i konsekwencji projektodawców.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP samorządy zawodowe reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. W opinii NRPIP powyższe regulacje zawarte w projekcie ustawy o działalności leczniczej pozbawiające samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych prawa do prowadzenia rejestrów działalności regulowanej i nadzoru nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych są niezgodne z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, gdyż realnie wyłączają prawo samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu pielęgniarki i zawodu położnej.

W związku powyższym NRPIP stanowczo domaga się utrzymania dotychczas obowiązujących regulacji w powyższym zakresie i odrzucenia propozycji przedstawionych w projekcie ustawy o działalności leczniczej.

Sekretarz NRPIP Prezes NRPIP
Tomasz Niewiadomski Elżbieta Buczkowska

**Stanowisko nr 52
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 września 2010 r.**

w sprawie utworzenia Sekretariatu Stałej Konferencji Prezesów Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych akceptuje projekt koncepcji organizacyjno - prawnej Sekretariatu Stałej Konferencji Prezesów Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych widzi konieczność utworzenia stanowiska do monitorowania procesów legislacyjnych w zakresie dotyczącym samorządów zawodowych na poziomie naczelnym i centralnych organów administracji państwowej, Sejmu i Senatu w celu uzyskania realnego wpływu samorządów zawodów zaufania publicznego na tworzenie prawa i politykę państwa wobec naszych środowisk zawodowych.

Sekretarz NRPIP Prezes NRPIP
Tomasz Niewiadomski Elżbieta Buczkowska

KONSULTANT KRAJOWY

w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego –
Beata Ostrzycka

Miejsce pracy: Zakład Opieki Zdrowotnej M.S.W i A z
Warmińsko -Mazurskim Centrum Onkologii
10-228 Olsztyn, Al. Wojska Polskiego 3', Tel. 663 370200.
e-mail: bostrzycka@wp.pl
Olsztyn. (04 listopada 2010 roku KKPR-II:11 2010

OPINIA

W sprawie wykonywania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej, na pisemne zlecenie lekarza autohemoterapii.

Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej nie są uprawnione do wykonywania leczenia bodźcowo-odczulającego-autohemoterapii.

Uzasadnienie:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 roku w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniem co leczenia krwią i jej składnikami nie określa zasad leczenia krwią w pod-

stawowej opiece zdrowotnej. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi (z późniejszymi zmianami) nie określa zasad leczenia bodźcowo-odczulającego-autohemoterapii jako leczenia dopuszczonego w podstawowej opiece zdrowotnej. Leczenie krwią zarezerwowane jest dla lecznictwa szpitalnego. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej nie ma kompetencji do realizacji świadczenia jakim jest pobranie krwi żyłnej, połączenia z preparatem wapnia i podanie tak przygotowanego roztworu pacjentowi drogą wstrzyknięcia domięśniowego. Producent preparatu Calcium roztwór do wstrzykiwań zaleca podawanie preparatu **wyłącznie drogą dożylną**. Podanie preparatu Calcium drogą domięśniową zgodnie z informacją producenta leku może spowodować martwicę tkanek. Podanie leku przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej niezgodnie z zaleceniami producenta nie może mieć miejsca nawet na zlecenie lekarza. Poza tym w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 marca 2010 roku nic ma preparatu składającego się z ludzkiej krwi i Calcium podawane drogą domięśniową. Wszystkie preparaty krwi i krwiopochodne dopuszczone w Polsce do stosowania jako leczenie krwią podawane są drogą transfuzji. Proponuję aby o leku, w którego skład wchodzi ludzka krew z preparatem Calcium podawanego drogą domięśniową opinię wydała Agencja Technologii Medycznych

Konsultant Krajowy
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
Beata Ostrzycka

WSTĘPNA OCENA ZASOBÓW KADROWYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w POLSCE DO ROKU 2020

Fragmenty raportu opracowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Warszawa, czerwiec 2010 r.

Prognozowane szacunkowe całkowite zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarek i położnych do roku 2010 miało przyjąć wartość w przedziale: 328.600-34.5200 osób, przy stanie zatrudnienia pielęgniarek i położnych w roku 1998 –

240.982 osoby.

W szczegółowych celach programu zakładano nie tylko wdrożenie i upowszechnienie wyższego wykształcenia zawodowego, rozwój naukowy i intensyfikację prac badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa, ale także uruchomienie instrumentów socjalno-ekonomicznych dla studentów szkół pielęgniarstwa oraz promocję zawodu pielęgniarki i położnej.

Faktem jest, iż w ostatnich 10 latach, tj. do czerwca 2010 roku, utworzono 69 szkół wyższych prowadzących kształcenie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Jednakże według Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia w 2008 roku w placówkach ochrony zdrowia było zatrudnionych 183.049 pielęgniarek i 21.808 położnych (łącznie 204.857 osób). W stosunku do roku 1998 nastąpiła znaczna tendencja spadkowa o 36.125 pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z danymi zarejestrowanymi w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych według stanu z dnia 31 grudnia 2009 roku w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej jest zatrudnionych 244.737 pielęgniarek i położnych. Wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w Polsce wynosi 6.42 (tabela nr 1). Najniższy wskaźnik występuje w województwie małopolskim - 5,08, a najwyższy w województwie śląskim - 7,82. Wskaźnik poniżej 6.0 występuje w województwach: warmińsko-mazurskim (5,41). łódzkim (5,77), kujawsko-pomorskim (5,81). zachodniopomorskim (5,91). Wskaźnik powyżej 6.0 występuje w województwach: podlaskim (6,20), mazowieckim 6.27). wielkopolskim (6.28). lubelskim (6.29). pomorskim (6.61), lubuskim i świętokrzyskim (6,62), dolnośląskim (6.98). Wskaźnik powyżej 7.0 występuje w województwach podkarpackim (7,07). opolskim (7.35) oraz śląskim (7.82). Wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych w zoz w Polsce na 1 tys. mieszkańców jest najniższym wskaźnikiem w stosunku do występujących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. Na przykład: we Francji wynosi (7.5), w Czechach (8.1), na Węgrzech (8.6) w Niemczech (9.6). w Wielkiej Brytanii (9.2).

W okresie od 1 maja 2004 do 31 grudnia 2009 roku wydano pielęgniarkom 11.590 zaświadczeń, co stanowi 6,33% pielęgniarek zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia. W

tym samym okresie wydano położnym 1.078 zaświadczeń, co stanowi 4,94% zatrudnionych położnych w placówkach ochrony zdrowia.

Najwięcej przedmiotowych zaświadczeń dla pielęgniarek i położnych wydano w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych: w Krakowie i Katowicach. W Krakowie - 1.215 (w tym 1.138 dla pielęgniarek, 177

dla położnych), co stanowi 9,59% wszystkich wydanych zaświadczeń przez 45 OIPI. W Katowicach - 1.058 (w tym 956 dla pielęgniarek i 99 dla położnych), co stanowi 8,35% wszystkich wydanych zaświadczeń.

Na uwagę zasługuje fakt, iż Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Krakowie należy do województwa małopolskiego, które cechuje najniższy wskaźnik pielęgniarek i

Tabela nr 1: Wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na 1 tys. mieszkańców (stan na 31 grudnia 2009 roku)

Województwo	Liczba pielęgniarek zatrudnionych w ZOZ		Liczba położnych zatrudnionych w ZOZ		Ogółem zatrudnionych	Liczba mieszkańców ²	Wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców
	Publicznych	Niepublicznych	Publicznych	Niepublicznych			
Dolnośląskie	10 426	7 947	1 137	558	20 068	2 877 059	6,98
Kujawsko-pomorskie	7 932	2 802	953	334	12 021	2 067 918	5,81
Lubelskie	10 135	2 002	1 184	267	13 588	2 161 832	6,29
Lubuskie	5 153	804	626	95	6 678	1 008 962	6,62
Łódzkie	11 944	1 285	1 318	159	14 706	2 548 861	5,77
Małopolskie	11 072	3906	1 274	456	16 708	3 287 136	5,08
Mazowieckie	26 243	3212	2844	344	32 643	5 204 495	6,27
Opolskie	6 859	0	735	0	7 594	1 033 040	7,35
Podkarpackie	11 672	1 328	1 746	101	14 847	2 099 495	7,07
Podlaskie	5 570	1 019	635	169	7 393	1 191 470	6,20
Pomorskie	10 817	2329	1 197	334	14 677	2 219 512	6,61
Śląskie	30392	2523	3 167	226	36 308	4 645 665	7,82
Świętokrzyskie	6676	860	741	155	8 432	1 272 784	6,62
Warmińsko-mazurskie	5648	1294	651	124	7 717	1 427 073	5,41
Wielkopolskie	13768	4946	2054	585	21 353	3 397 617	6,28
Zachodnio - pomorskie	7263	1 652	899	190	10 004	1 692 957	5,91
ogółem:	181 570	37 909	21 161	4 097	244 737	38 135 876	6,42

² Na podstawie danych z raportu GUS: Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2009 r. - według stanu na 31.12.2008 r. w przeliczeniu na podział terytorialny obowiązujący od 01.01.2009 r.

położnych zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w całym kraju - 5,08 (tabela nr 1).

Natomiast obszar działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Katowicach, to obszar województwa śląskiego, w którym powyższy wskaźnik jest największy tj. w Polsce i wynosi. - 7,82.

WNIOSKI:

1. Rzeczywiste zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską i położniczą powinno wynikać z oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa przy uwzględnieniu wskaźników demograficznych i epidemiologicznych.
2. Należy zastanowić się nad rozwiązaniami sys-

temowymi w zakresie przestrzegania przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej przepisów dotyczących ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w tych zakładach. Prawidłowe wdrażanie i przestrzeganie norm zatrudnienia skutkowałoby zapewnieniem pacjentom właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do ich stanu zdrowia, potrzeb pielęgnacyjnych i terapeutycznych, a pielęgniarkom i położnym - bezpiecznych warunków pracy.

3. Kolejne zmiany systemów kształcenia pielęgniarek i położnych spowodowały znaczny spadek liczby pielęgniarek i położnych w latach 1998-2009 o 36.125 osób.

4. Wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w Polsce wynosi 6,42. Najniższy wskaźnik występuje w województwie małopolskim 5,08, a najwyższy w województwie śląskim - 7,82. Wskaźnik poniżej 6,0 występuje w czterech województwach: warmińsko-mazurskim (5,41), łódzkim (5,77), kujawsko-pomorskim (5,81), zachodniopomorskim (5,91).

5. Średnia wieku pielęgniarek wynosi 44,24 lat. Najwięcej pielęgniarek - 18,01%, mieści się w przedziale wiekowym 41-45 lat. Łącznie pielęgniarki w wieku 36-55 lat stanowią 69,32% wszystkich pielęgniarek objętych tą analizą. Obserwuje się lukę pokoleniową w przedziałach wiekowych 21-35 lat, obejmującą roczniki objęte zmianami systemów kształcenia pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki w tych przedziałach wiekowych stanowią 15,52% wszystkich pielęgniarek objętych badaniem, w tym pielęgniarek w przedziale wiekowym 26-30 lat jest tylko 3,37%.

6. Średnia wieku położnych wynosi 44,63 lat. Najwięcej położnych - 6.339, mieści się w przedziale wiekowym 41-45 lat, co stanowi 19,77% położnych objętych analizą. Łącznie położne w wieku 36-55 lat stanowią 67,14% wszystkich położnych objętych analizą. Położne w przedziałach wiekowych 21-35 lat stanowią 18,65% wszystkich położnych objętych badaniem, w tym położnych w przedziale wiekowym 26-30 lat jest tylko 5,41%.

7. Liczba pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu w ostatnich 10 latach (2000/-2009) oraz w prognozowanych latach 2010-2020 nie zapewnia wymiany pokoleniowej w tych zawodach, gdyż nie jest tożsama z liczbą pielęgniarek i położnych odchodzących na emeryturę lub

nabywających prawa do emerytury. Stanowi wartość ujemną.

8. Według prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych 80.814 pielęgniarek urodzonych w latach 1950-1960 osiągnie wiek emerytalny w latach 2010-2020. Stanowi to 29,96% ogólnej liczby 269.738 pielęgniarek zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. Natomiast 8.799 położnych urodzonych w latach 1950-1960 osiągnie wiek emerytalny w latach 2010-2020, co stanowi to 27,05% ogólnej liczby 32.534 położnych zarejestrowanych w CRPIP.

9. Prognozowana liczba absolwentów na kierunku pielęgniarstwo (na podstawie limitów przyjęć) jest o 60,13% większa niż liczba pielęgniarek nabywających prawo do emerytury. Także liczba absolwentów na kierunku położnictwo jest o 165,79% większa niż liczba położnych nabywających prawo do emerytury.

10. Z prognozowanej liczby absolwentów tylko nieznaczna część pielęgniarek wejdzie do systemu ochrony zdrowia. Średnia z ostatnich 10 lat wykazała, iż rocznie 1.814 pielęgniarek zgłasza się do okręgowej izby pielęgniarek i położnych po zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu i podejmuje pracę w zawodzie. W latach 2010-2020 szacuje się, iż 80.814 pielęgniarek prawdopodobnie przejdzie na emeryturę, a tylko 9954 pielęgniarek podejmie pracę w zawodzie, co wskazuje na brak w systemie w roku 2020 - 60.860 pielęgniarek. Stanowi to 33,25% pielęgniarek obecnie zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia. Od roku 2010 szacuje się systematycznie wzrastający niedobór pielęgniarek, gdyż liczba pielęgniarek wchodzących do systemu nie tylko nie jest tożsama z szacowaną liczbą odchodzących na emeryturę, ale stanowi tylko nieznaczny jej procent: od 46,26% - w roku 2010 do 18,61% w roku 2020.

11. Średnia liczba położnych wchodzących do systemu ochrony zdrowia w ostatnich 10 latach wynosi 362 położne. W latach 2010-2020 - 3.982 położne podejmą pracę w tym zawodzie, co stanowi 45,25% liczby położnych nabywających prawo do emerytury w tych latach.

Od roku 2010 szacuje się systematycznie wzrastający niedobór położnych, gdyż liczba położnych wchodzących do systemu stanowi tylko niewielki jej procent: od 77,35% w roku 2010 do 33,03% w roku 2020. Szacuje się, iż 8.799 położnych prawdopodobnie przejdzie na emerytu-

rę, a tylko 3.982 podejmie pracę w zawodzie, co wskazuje na brak w systemie w roku 2020 - 4.817 położnych. Stanowi to 22,09% położnych zatrudnionych obecnie w placówkach ochrony zdrowia.

12. Zjawisko migracji pielęgniarek i położnych monitorowane jest poprzez rejestrację wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych na potrzeby uznawania kwalifikacji w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej oraz EOG do celów zawodowych. Dane dotyczące liczby wydawanych zaświadczeń należy traktować jako wskaźnik zainteresowania pielęgniarek i położ-

nych podjęciem pracy w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej. W okresie od 1 maja 2004 do 31 grudnia 2009 roku wydano pielęgniarkom 11.590 zaświadczeń, co stanowi 6,33% pielęgniarek zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia. W tym samym okresie wydano położnym 1.078 zaświadczeń, co stanowi 4,94% zatrudnionych położnych w placówkach ochrony zdrowia. Wiek pielęgniarek i położnych, którym wydano zaświadczenia na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych mieści się w przedziale od 30 do 43 lat.

OŚRODEK KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA, LIDER' W ZAMOŚCIU UI. PRZEMYSŁOWA 4
Tel/fax 084 639 61 55; 639 16 64; 0601 073 408

OFERTA SZKOLENIOWA 2011

Lp.	Nazwa kursu/specjalizacji	Planowany termin rozpoczęcia
SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE (SPECJALIZACJE)		
1	pielęgniarstwo zachowawcze program dla pielęgniarek	zgodnie z prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia przetargiem
2	pielęgniarstwo chirurgiczne program dla pielęgniarek	zgodnie z prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia przetargiem
3	pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki - program dla pielęgniarek	zgodnie z prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia przetargiem
KURSY KWALIFIKACYJNE		
1	Pielęgniarstwo w dziedzinie opieki długoterminowej. program dla pielęgniarek	Kwiecień 2011
2	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywna opieka program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
3	Pielęgniarstwo operacyjne program dla pielęgniarek położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
4	Pielęgniarstwo rodzinne program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
5	Pielęgniarstwo rodzinne program dla położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
6	Pielęgniarstwo epidemiologiczne program dla pielęgniarek i położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
7	pielęgniarstwo psychiatryczne program, dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
8	pielęgniarstwo onkologiczne program dla pielęgniarek	I kwartał 2011
9	pielęgniarstwo zachowawcze program dla pielęgniarek	marzec - czerwiec 2011

10	pielęgniarstwo opieki paliatywnej program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
11	promocja zdrowia i edukacja zdrowotna program dla pielęgniarek i położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
12	Pielęgniarstwo chirurgiczne program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
13	Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią program dla pielęgniarek	II kwartał 2011.
14	Pielęgniarstwo neonatologiczne program dla pielęgniarek i położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
15	Pielęgniarstwo kardiologiczne program dla pielęgniarek	II półrocze 2011
16	Pielęgniarstwo pediatryczne program dla pielęgniarek	II półrocze 2011
KURSY SPECJALISTYCZNE		
1	Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego program dla pielęgniarek i położnych	luty 2011
2	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych program dla pielęgniarek i położnych	I kwartał 2011
3	Leczenie ran program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
4	Leczenie ran program dla położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
5	Profilaktyka chorób piersi program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
6	Szczepienia ochronne noworodków program dla położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
7	Szczepienia ochronne program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
8	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa program dla pielęgniarek i położnych	I kwartał 2011
9	Profilaktyka chorób narządu żucia oraz pierwsza pomoc w nagłych stanach stomatologicznych u populacji w wieku rozwojowego program dla pielęgniarek szkolnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
10	Podstawy opieki paliatywnej program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
11	Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych program dla pielęgniarek i położnych	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
12	Podstawy dializoterapii program dla pielęgniarek	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
13	Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego- program przeznaczony dla pielęgniarek systemu PRM	I półrocze 2011
14	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i porodu	II półrocze 2011

Osoby zainteresowane uczestniczeniem w kursach winny wypełnić kartę zgłoszenia na kurs i przesłać ją na adres Ośrodka. Planowane terminy kursów mogą ulec przesunięciu z przyczyn niezależnych od organizatora. Na 3 tygodnie przed rozpoczęciem kursu organizator wysyła za wiadomienie o terminie kursu

Uruchomienie kursów jest uzależnione od ilości chętnych, a w przypadku specjalizacji - od uzyskania dotacji Ministra Zdrowia.

Do w/w form kształcenia dla osób regularnie opłacających składkę członkowską Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu udziela dofinansowania w wysokości:

- kursy doksztalające - 50 % kosztów do ogólnej opłaty
- kursy specjalistyczne - 50 % kosztów do ogólnej opłaty
- kursy kwalifikacyjne - 60 % kosztów do ogólnej opłaty
- specjalizacja - 50 % - kosztów ogólnej opłaty - jeżeli jest dofinansowanie z budżetu państwa
- 70 % kosztów ogólnej opłaty- jeżeli nie ma dofinansowania z budżetu państwa W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt z biurem OIPIP w Zamościu tel. 84-639-31-97 lub 84 639-07-06

Stanowisko Zarządu Regionu Lubelskiego OZZPiP dotyczące oceny projektu ustawy o działalności leczniczej

Zarząd Regionu Lubelskiego OZZPiP i Konwent Starostów województwa lubelskiego na zorganizowanej wspólnie konferencji w dniu 5 listopada 2010r. widzą konieczność dokonania głębokich zmian w systemie opieki zdrowotnej tak, aby powstrzymać proces upadku szpitali działających na terenie woj. lubelskiego.

Głęboki niepokój uczestników konferencji budzi próba przerwania przez autorów projektu ustawy, konstytucyjnej odpowiedzialności zapewnienia równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na jednostki samorządu terytorialnego. Uczestnicy konferencji stoją na stanowisku, że to nie forma prawna świadczeniodawcy lecz poziom finansowania świadczeń decyduje o jego sytuacji finansowej. Fakt nieopłacania wszystkich zrealizowanych świadczeń, który sięga nawet 2008 roku w województwie lubelskim, przy finansowaniu wszystkich zrealizowanych usług w innych regionach, gdzie część środków pozostaje niewykorzystana, traktujemy jako sytuację patologiczną.

Nie akceptujemy drastycznych różnic w poziomie finansowania obowiązujących w poszczególnych województwach.

Uczestnicy spotkania deklarują gotowość podjęcia działań zmierzających do otrzymania zapłaty za wszystkie zrealizowane świadczenia. W tym celu wykorzystamy wszelkie instrumenty prawne, którymi dysponują związki zawodowe.

Wstępem do głębokich zmian systemowych musi być wprowadzenie w życie zasady zrównoważonego rozwoju systemu opieki zdrowotnej we wszystkich województwach. Uczestnicy konferencji stwierdzają, że proponowany obowiązek pokrycia strat SPZOZ -ów przez jednostki samorządu terytorialnego, które pełnią rolę organów założycielskich doprowadzi do drastycznego pogorszenia się sytuacji finansowej samorządów Lubelszczyzny. Jesteśmy przekonani, że efektem wejścia w życie proponowanych zapisów ustawy będzie początkowo przekształcenie wielu SPZOZ -ów w NZOZ -y, których organem założycielskim będą spółki prawa handlowego, kontrolowane przez samorządy. Spółki te prawdopodobnie bardzo szybko stracą płynność finansową z powodu niedoszacowania kontraktów, co w konsekwencji może doprowadzić do ich niekontrolowanej prywatyzacji. Sytuacja ta pozwoli na uwłaszczenie wybranej grupy ludzi na publicznym majątku wypracowanym przez pokolenia Polaków. To pracownicy kredytowali działalność ZOZ przez wiele lat (niskie płace, brak funduszu socjalnego). W razie przyjęcia proponowanych rozwiązań, prywatyzacja będzie nieunikniona.

Związki Zawodowe działające w Ochronie Zdrowia oczekują ustawowego zabezpieczenia interesów pracowników m.n.

- pakiet socjalny wypracowany przez związki zawodowe i nowego pracodawcę oraz organ założycielski,
- obecność przedstawiciela pracowników w radzie nadzorczej,
- uprawnienia pracowników SPZOZ - ów opracowane w odrębnej pragmatyce służbowej obowiązującej bez względu na formułę prawną zakładu.

Widząc konieczność dokonania zmian w systemie ochrony zdrowia nie wykluczamy przekształceń, w tym przekształceń własnościowych.

Warunkiem jednak do wprowadzenia ich w życie jest stworzenie zasad funkcjonowania świadczeniodawców jednakowych w całej Polsce.

Uczestnicy spotkania przestrzegają przed pochopnymi działaniami zmierzającymi do przekształcenia obecnie działających SPZOZ -ów. Tworzenie NZOZ, -ów dla którego organem założycielskim jest spółka prawa handlowego powinno być traktowane jako wyróżnienie, a nie kara za działalność ze stratą. Wprowadzenie w życie ustawy o działalności leczniczej w wersji zaproponowanej przez Rząd doprowadzi do destabilizacji systemu opieki zdrowotnej.

Zwracamy się z prośbą do wszystkich środowisk, którym bliskie są problemy ochrony zdrowia do rozpoczęcia debaty publicznej, której celem będzie wypracowanie nowego modelu systemu opieki zdrowotnej.

Jesteśmy zdeterminowani i gotowi do podjęcia radykalnych działań, które zapobiegą tego typu przekształceniom

Związki Zawodowe
Działające w Ochronie Zdrowia
województwa lubelskiego
ZARZĄD REGIONU LUBELSKIEGO
OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY
TECHNIKÓW MEDYCZNYCH ELEKTRODIAGNOSTYKI
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
20-718 Lublin, Al. Niebieska 300
tel. 5257511 w. 465, fax 5258030
REGON 012876183, NIP 526-21-16-284

Sekretarz
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie
[Podpis]
mgr Annette Tynda

Za Zarząd Regionu Lubelskiego
Maria Olszak-Winiarska

Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
Zarząd Regionu Lubelskiego
21-010 Łęczna, ul. Jaśminowa 4
NIP 713-23 71-041

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
ul. Montażowa 16, 20-214 Lublin
tel. 081 745-14-22, 081 746-28-23
fax 081 746-14-84
NIP 946-00-04-381, REGON 430049387

Lublin, 08.11.2010r.

Szanowny Pan Bronisław Komorowski
Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Prezydencie

W imieniu Zarządu Regionu Lubelskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Związków Zawodowych Działających w Ochronie Zdrowia i Samorządów Zawodowych Województwa Lubelskiego zwracamy się do Pana Prezydenta o nie składanie podpisu pod ustawą o działalności leczniczej po zakończeniu procesu legislacyjnego. Pozwalamy sobie wskazać na kilka argumentów, które budzą uzasadnione obawy nie tylko środowiska zawodowego związanego z ochroną zdrowia ale także lubelskich pacjentów i obywateli.

Prezydent jako reprezentant interesu wszystkich obywateli przed podpisaniem tego aktu winien wziąć pod uwagę stanowisko adresatów wskazanej regulacji, nie tylko zaś wolę rządzącej partii. Zwracając się do Pana liczymy na rzetelną bezstronną ocenę tego aktu; wnosimy o zwrócenie uwagi na poniżej przytoczone fakty.

I. Na wstępie należy wskazać, że nasze zdziwienie budził sam proces przygotowania projektu ustawy. Żadne założenia do ustawy nie zostały skonsultowane ze środowiskiem służby zdrowia; wypracowanie modelu zmian w przedmiotowym zakresie nie poprzedziła też żadna publiczna debata. Skoro dość powszechnie wskazuje się, że ustawa o działalności leczniczej stanowi swobodną konstytucję w zakresie zasad funkcjonowania placówek służby zdrowia to nie może być to autorski projekt przygotowany przez kilku urzędników Ministerstwa Zdrowia. Dziwi w tym przypadku, że tak istotna regulacja powstała w zaciszu gabinetów bez szerokiego odwołania się do doświadczenia menedżerów w zakresie ochrony zdrowia, aktualnie zarządzających dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej (publicznych jak i niepublicznych), przedstawiceli władzy samorządowej, pracowników, pacjentów i obywateli, ale także specjalistów jak ekonomiści, prawnicy. Jedyne konsultacje społeczne to zachowanie 30 dniowego terminu na zaopiniowanie projektu ustawy. Konstytucyjna zasada współpracy i dialogu partnerów społecznych została zatem ograniczona do żenującego poziomu.

Wydaje się, że projekt ustawy winien być efektem dialogu społecznego, a nie jak w przedmiotowej procedurze - niewygodnym i zbędnym dla pracowników ministerstwa etapem w dążeniu do celu. Projektu nie poprzedziły żadne badania, dane, ekspertyzy wyliczenia. Jest to dość niecodzienny sposób przeprowadzenia zmiany o charakterze wręcz ustrojowym! Skandaliczne jest lakoniczne jej uzasadnienie przedstawione przez resort zdrowia. Nie wskazano w nim żadnych skutków nowej regulacji w sferze funkcjonowania placówek służby zdrowia. Przy takiej regulacji głęboko ingerującej sferę ochrony zdrowia *mens legislatoris* - zamysł projektodawców - oraz sposób rozumienia poszczególnych przepisów winien zostać wyjaśniony.

Ponadto dziwi pośpiech w jakim toczą się prace nad przedmiotową ustawą; czytelnym tego przykładem jest zaledwie 3 miesięczny okres *vacatio legis*. Czy przy tak istotnej regulacji jest to zgodne z normami konstytucyjnymi?

Biorąc pod uwagę powyższe w pełni uzasadniona jest teza o naruszeniu zasad przyzwoitej legislacji.

II. Odnosząc się do meritum. Ustawa o działalności leczniczej w biorąc pod uwagę jej pierwotny projekt przerzuca na samorządy terytorialne koszty wynikające z aktualnego zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Niestety nie wskazuje się skąd realnie samorządy uzyskają środki na spłatę tych kwot.

Ponadto proponuje się zniesienie w zakresie formuły prawnej placówek służby zdrowia. Formuła samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ma być jedynie reliktem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, natomiast docelowa formuła to - spółka prawa handlowego. Niestety projektodawcy nie wyjaśnili jak możliwe jest, że w przypadku publicznego zakładu opieki zdrowotnej dochodziło do ich zadłużania natomiast w przypadku zmiany formy ich prowadzenia - spółki - takiego efektu nie będzie. Nie jest zrozumiałe dla adresatów tej regulacji - jak to się stanie, że przedmiotowa zmiana spowoduje, że przybędzie pieniędzy w systemie.

Nie stanowi tajemnicy, że nie forma prawna świadczeniodawcy lecz poziom finansowania świadczeń decyduje o jego sytuacji finansowej. Spółki prawdopodobnie bardzo szybko stracą płynność finansową z powodu niedoszacowania kontraktów, co w konsekwencji może doprowadzić do ich niekontrolowanej prywatyzacji.

Zasadniczy jednak problem wiąże się jednak z faktem, że placówki służby zdrowia - w myśl ustawy o działalności leczniczej będą to przedsiębiorstwa - poddane wszystkim regułom rynkowym. W związku z tym należy zapytać, czy zmiana taka jest zgodna z normą konstytucyjną - art. 68 ust. 2 zgodnie z którą obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

III. Zakładając proces przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia całkowicie pominięto kwestię uprawnień pracowniczych. Poziom świadczeń medycznych uzależniony jest od standardów jakie zostaną zagwarantowane, a to wiąże się przede wszystkim z kwestią zapewnienia odpowiedniego poziomu uprawnień pracowniczych. W tym zakresie wskazana regulacja całkowicie

milczy.

Na zakończenie chcemy podkreślić, że pracownicy służby zdrowia nie wykluczają przekształceń, w tym przekształceń własnościowych, ale warunkiem koniecznym do wprowadzenia ich w życie jest stworzenie rzetelnych podstaw opartych na pogłębionych analizach ekonomicznych i prawnych. Tak by nie można było za kilka lat stwierdzić, że spółki i ochrona zdrowia to niekoniecznie była właściwa droga. Przestrzegamy, że procesu tego nie da się odwrócić.

Wprowadzenie w życie ustawy o działalności leczniczej w wersji zaproponowanej przez rząd doprowadzi do destabilizacji systemu opieki zdrowotnej. Zwracamy się z wnioskiem do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej by nie ulegał presji Rządu. Wnosimy o zawetowanie Ustawy o działalności leczniczej.

W imieniu Zarządu Głównego
ZARZĄD REGIONU LUBLIN
OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY
TECHNIKÓW MEDYCZYNY ELEKTRODIAGNOSTYKI
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Stefana Karłowicza Wyszynskiego
20-716 Lublin, Al. Kraińska 100
tel. 5257511 w. 465, fax 5258030
REGON 012876183, NIP 526-21-16-284

W imieniu Samopomocy
Lubelskiego
Okręgowego Izba
Pielęgniarek i Położnych
ul. Montażowa 16, 20-214 Lublin
tel. 081 745-14-22, 081 746-28-23
fax 081 746-14-84
NIP 946-00-04-381, REGON 430049387

Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
Zarząd Regionu Lubelskiego
21-010 Łęczna, ul. Jaśminowa 4
NIP 713-23 21-041

Przewodniczący
Organizacji Zakładowej
NSZZ „SOLIDARNOŚĆ 90”

Jacek Ziętka
Jerzy Gładki

W imieniu Zarządu
LUBELSKA RADA WOJEWÓDZKA
FEDERACJI ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW
OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ
z siedzibą w Lublinie
20-071 Lublin, ul. Wieniawska 8/1, tel./fax 081-532-4743
NIP 712-24-63-087, REGON 001086340

Rogier Hrowca

PRZEWODNICZĄCA
Zarządu Regionu Lubelskiego OZZZP

Maria Uściągła-Wrzutarska

PRZEWODNICZĄCY
OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY
PRACOWNIKÓW ZDZIAŁU CIĘŻARNOŚCI
ANESTEZJOLOGI I INTENSYWISTY TERENOWI

Wojciech Beabe
Beata Różner

Regionalna Sekcja Służby Zdrowia
NSZZ „Solidarność”
REGION ŚRODKOWOŚRODNI
LUBLIN, ul. Królewska 3

Umowa czy kontrakt?

Odpowiedzialność pielęgniarek i położnych zatrudnionych na umowę o pracę i na kontrakcie. Pielęgniarki i położne mogą wykonywać swój zawód na podstawie umowy o pracę zawartej z pracodawcą oraz na zasadzie samozatrudnienia na podstawie umowy cywilno-prawnej zawartej ze zleceniodawcą czy świadczeniobiorcą. Umowa o pracę jest to jeszcze najczęściej stosowana forma wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne. Warunki na jakich zawierane są umowy o pracę wynikają z zapisów zawartych w Kodeksie Pracy (KP).

Umowa o pracę wynikająca z KP zostaje nawiązana na zasadzie stosunku pracy. Przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz, pracodawcy, i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie, wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca - do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem.

Cechy stosunku pracy:

- podporządkowanie pracownika pracodawcy.
- wymaganie świadczenia pracy (tzn. stałe działanie a nie wynik) - odpłatność pracy - wynagrodzenie

- pracodawca zapewnia uprawnienia urlopowe, opłaca ZUS itd.

Zalety umów o pracę:

- trwałość stosunku pracy (ograniczenia co do rozwiązania umowy o pracę) - prawo do corocznego płatnego urlopu wypoczynkowego.
- określone normy czasu pracy, zapewnienie odpoczynków dobowych, tygodniowych
- prawo do wynagrodzenia i dodatku za pracę w godzinach nadliczbowych oraz prawo do wynagrodzenia za pracę w porze nocnej,
- uprawnienia wynikające z przepisów wewnątrzakładowych (układy zbiorowe pracy, regulaminy pracy, wynagradzania, premiowania, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych) - obowiązki spoczywające na pracodawcy dotyczące BHP (szkolenia, badania lekarskie, bezpieczne warunki pracy, wyposażenie stanowiska pracy itd.)
- ochrona wynagrodzenia za pracę,
- sądowa możliwość dochodzenia roszczeń z tytułu dyskryminacji lub mobbingu,
- prawo do odprawy wynikającej z ustawy z dnia 13 marca 2003r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z

przyczyn nie dotyczących pracowników. - uprawnień związane z rodzicielstwem,
 - świadczenia przysługujące w okresie czasowej niezdolności do pracy oraz z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.
 - możliwość skorzystania z prawa do zasiłku dla bezrobotnych w przypadku utraty pracy (ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy). - możliwość dochodzenia roszczeń wynikających z umowy o pracę, poprzez zgłoszenie naruszeń przepisów prawa pracy do Państwowej Inspekcji Pracy,
 - ochrona przez związki zawodowe działające w zakładzie pracy.

Wady umów o pracę wynikających z KP - raczej nie ma.

Samozatrudnieniem jest świadczenie usług na rzecz jednego lub głównie jednego zamawiającego. przez osoby fizyczne mające status przedsiębiorcy.

Jest to praca zależna pod względem organizacyjnym i ekonomicznym (warunki organizacyjne i ekonomiczne ukształtowane są przez zamawiającego usługi).

Warunki samozatrudnienia pielęgniarek i położnych kształtowane są między kontrahentami na zasadzie swobody umów.

Wykonawca usługi (pielęgniarka, położna) ma niestety zawsze słabszą pozycję ekonomiczną! Przewaga ekonomiczna podmiotu angażującego pielęgniarkę, położną może być wykorzystana do narzucenia im niedogodnych warunków wykonywania pracy.

Samozatrudnienie pielęgniarek i położnych jest specyficzne, ponieważ obejmuje wykonywanie zawodu, którego zasady zostały określone w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

W świetle tej ustawy pielęgniarki i położne mogą prowadzić indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę oraz grupową praktykę. Prowadzenie tych praktyk jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej. Działalność regulowana to działalność gospodarcza, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków określonych w art. 64 - 74 wymienionej ustawy.

Pojęcie zawód regulowany oznacza zawód, którego podjęcie lub wykonywanie jest uzależnio-

ne od spełnienia wymagań kwalifikacyjnych i warunków określonych w odrębnych ustawach, rozporządzeniach lub przepisach administracyjnych danego państwa.

Specyfika tych zawodów polega na udzielaniu osobiście usług o wyjątkowym charakterze społecznym.

Wymaga to od osób wykonujących te zawody szczególnych cech psychofizycznych i moralnych, wysokich kwalifikacji, ustawicznego kształcenia, określonych zasad odpowiedzialności zawodowej.

Jeżeli zawód jest regulowany, państwo wskazuje właściwe władze, które podejmują decyzje w sprawie uznania uzyskanych kwalifikacji do wykonywania tych zawodów. Pielęgniarki/Położne prowadzące samodzielnie działalność gospodarczą mogą być świadczeniodawcami tzn. że mogą zawierać z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub zleceńobiorcami podpisującymi umowy cywilno - prawne ze zleceńodawcami tj. zakładami opieki zdrowotnej lub innymi podmiotami. Przystępując do konkursu ofert na świadczenie usług z NFZ pielęgniarka/położna musi zdawać sobie sprawę z zalet i wad tych kontraktów.

Zalety kontraktów z NFZ:

- brak pośredników w zawieraniu umowy
 - niezależność i duża samodzielność zawodowa
 - samodzielność organizacyjna i gospodarcza.
- Wady umów z NFZ:
- częste i niekorzystne zmiany w warunkach kontraktowania
 - zbyt niskie stawki proponowane w zawieranych umowach
 - niepewność zawarcia kolejnej umowy
 - wysokie wymagania lokalowe, sprzętowe i kwalifikacyjne
 - pełna odpowiedzialność zawodowa zarówno za nie wykonanie jak i nieprawidłowe wykonanie świadczenia
 - duża konkurencja i inne.

Umowy cywilno - prawne są to umowy których zasady regulują przepisy kodeksu cywilnego. Cechy stosunku cywilnego pracy:

- nie ma podporządkowania pracownika - pracodawcy
- nie musi być stale działanie - ważny jest jego wynik

- wynagrodzenie za wykonaną pracę
- brak przywilejów pracowniczych.

Do najczęściej zawieranych umów cywilno-prawnych należą umowy zlecenia oraz umowy o dzieło. Formą umowy cywilno-prawnej są coraz częściej zawierane z pielęgniarkami/położnymi kontrakty.

Kontrakt to indywidualna umowa zawierana pomiędzy pracownikiem a pracodawcą. Warunki kontraktu uzależnione są od propozycji pracodawcy i zdolności negocjacyjnych pracownika. Zalety pracy na kontraktach:

- praca w dowolnych godzinach, najczęściej w systemie dobowym, - łatwiejsza możliwość ingerencji w swój harmonogram pracy.
- samodzielna praca,
- ilość godzin pracy wynegocjowana przy podpisaniu kontraktu.
- możliwość wynegocjowania indywidualnej stawki (godzina, doba, zabieg itp.)
- powstanie umów kontraktowych umożliwia rozwój doskonalenia zawodowego - możliwość wliczenia w koszty działalności szkoleń, konferencji, kosztów dojazdu i zakwaterowania nie wszyscy pracodawcy wyrażają na to zgodę).

Wady pracy na kontraktach:

- brak urlopów: wypoczynkowy, macierzyński, wychowawczy
- brak zabezpieczenia socjalnego,
- brak dofinansowania szkoleń i kursów
- wydłużenie czasu pracy
- niepłatne przez pracodawcę zwolnienia lekarskie
- konieczność prowadzenia własnej działalności (księgowo, opłaty ZUS, Urząd Skarbowy) - własne ubezpieczenie
- samodzielny zakup umundurowania lub innego sprzętu zgodnego z wymogami
- brak ochrony ze strony związków zawodowych. Państwowej Inspekcji Pracy
- nie wliczanie lat pracy na kontrakcie do wystęgi lat w przypadku zmiany formy zatrudnienia na umowę o pracę
- utrudnione dochodzenie roszczeń wobec niesolidnego pracodawcy (droga sądowa - konieczność samodzielnego dokonywania opłat sądowych)
- skutki socjologiczne, biologiczne i zdrowotne z powodu „nadmiernej eksploatacji personelu pielęgniarskiego”

Przyczyny sięgania przez pracodawców po umowy kontraktowe.

- wygoda (duża i nieograniczona dostępność do pracownika)

- łatwość w obsłudze (krótkie i stałe okresy wypowiedzenia dla obu stron)

- mniejsze koszty (w przeliczeniu na etaty są one korzystniejsze od umów o pracę)

- mniejsza odpowiedzialność (za szkodę wyrządzoną pacjentowi - odpowiedzialność solidarna zleceniodawcy i zleceniobiorcy)

Szczegółowe różnice pomiędzy korzyściami wynikającymi z zatrudnienia na umowie o pracę i na kontrakcie przedstawione zostały w poprzednim numerze informatora.

Zainteresowanym polecam ich ponowne przeanalizowanie i zastanowienie się czy faktycznie kontrakty to dobre rozwiązanie dla pielęgniarek i położnych jak uważa spora część przedstawicieli naszych zawodów i czy jest to dobre rozwiązanie dla naszych pracodawców szukających oszczędności.

Odpowiedzialność pielęgniarek/położnych

Odpowiedzialność (łac.respondento respondi odpowiadać „za” kogoś przed, kimś „j - to konieczność, obowiązek moralny lub prawny odpowiadania za swoje czyny i ponoszenie za nie konsekwencji).

Pielęgniarki i położne zawsze miały świadomość istnienia odpowiedzialności niezależnie od formy zatrudnienia.

Odpowiedzialność to jednocześnie samodzielność zawodowa a samodzielność zawodowa związana jest nierozdzielnie z rozliczalnością czyli koniecznością wyjaśniania w jaki sposób przebiegało działanie za które ponosi się odpowiedzialność.

Odpowiedzialność zawodową ponoszą pielęgniarki/położne przed organami samorządu zawodowego (Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych) za:

- zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu
- naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu
- postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej.

Rodzaje i zasady odpowiedzialności ponoszonej przez pielęgniarki i położne wielokrotnie już były na łamach informatora opisywane. Wiadomym jest, że każda z nas podlega odpowiedzialności prawnej (karna, cywilna, pracownicza) na

zasadzie powszechności tak jak inni członkowie społeczeństwa a ponadto jako przedstawiciele samodzielnej, ważnej dla społeczności grupy zawodowej podlegamy odpowiedzialności zawodowej której zasady zawarte są w przepisach prawnych dotyczących funkcjonowania obu zawodów bezpośrednio i pośrednio oraz w kodeksie deontologicznym polskich pielęgniarek i położnych.

Największe różnice między umowami kontraktowymi a umowami o pracę dotyczą odpowiedzialności cywilnej.

W przypadku wyrządzenia szkody pacjentowi przez pielęgniarkę/położną zatrudnioną na umowę o pracę, odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą) ponosi pracodawca a więc zakład opieki zdrowotnej. Pracownik nie ma obowiązku ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej ponieważ ten obowiązek spoczywa na pracodawcy. Warunki tej odpowiedzialności zapisane są w KP art. 114 - 122. Odpowiedzialność pracownicza ograniczona jest maksymalnie do trzymiesięcznego wynagrodzenia (regres częściowy), chyba że szkoda została wyrządzona przez pielęgniarkę i położną z winy umyślnej (regres całkowity). W obu przypadkach aby pielęgniarka/położna poniosła konsekwencje musi zostać udowodniony przez pracodawcę związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zdarzeniem a powstałą szkodą.

Odpowiedzialność pielęgniarek/położnych na umowach cywilno- prawnych (kontraktach) kształtuje się inaczej niż na umowie o pracę. Obowiązują ogólnie obowiązujące przepisy prawa cywilnego.

Pielęgniarki/położne za szkodę wyrządzoną pacjentowi ponoszą odpowiedzialność solidarnie z pracodawcą/zakładem opieki zdrowotnej. Konieczne jest więc ubezpieczenie się od odpowiedzialności cywilnej przez każdą pielęgniarkę i położną. Przedmiotem odpowiedzialności cywilnej (OC) jest odpowiedzialność majątkowa jaka może powstać wobec pielęgniarki i położnej w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi lub osobom bliskim, pośrednio poszkodowanym na skutek jego śmierci, trwałego kalectwa czy choroby.

Wartym uświadomienia sobie przez każdą z nas jest fakt że ubezpieczyciel (firma lub zakład ubezpieczeniowy) nie w każdym przypadku pokryje koszty szkody wyrządzonej przez nas pacjentowi lub jego rodzinie.

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe wskutek:

- winy umyślnej pielęgniarki i położnej
- wykonywania czynności przez pielęgniarkę/położną do których nie miała uprawnień
- rażącego niedbalstwa przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych czy innych czynności i zadań zawodowych
- działania pielęgniarek/położnych pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających np. narkotyków, środków psychotropowych.

Zdarzyć się więc może że to wyłącznie na pielęgniarence/położnej spoczywać będzie obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej pacjentowi lub osobom pośrednio poszkodowanym, w wysokości określonej przez wyrok sądu.

Zawieranie umów kontraktowych z pielęgniarkami i położnymi spowodowało powstanie wielu nieporozumień i konfliktów między samymi przedstawicielami naszych zawodów oraz między nami a pracodawcami. Część pielęgniarek, położnych chwali sobie pracę na kontraktach ponieważ odniosły większe korzyści materialne, są samodzielne w wykonywaniu swoich obowiązków itp. Część jednak uważa, że kontrakty nie przynoszą większych korzyści a wręcz przeciwnie są niekorzystne bo powodują utratę wszystkich przywilejów pracowniczych a ponadto są przyczyną wielu stresów, frustracji spowodowanych przede wszystkim obawą o przyszłość, ponieważ nie dają poczucia stabilizacji życiowej ze względu na to, że zawierane są z reguły na rok lub maksymalnie trzy lata.

Warte zastanowienia jest również czy praca pielęgniarek kontraktowych pracujących w wydłużonym czasie pracy, często bez odpoczynku itp. jest korzystna dla pacjentów wobec których świadczą one swoje usługi. Wiadomym jest, że nadmierna eksploatacja personelu pielęgniarskiego prowadzi do przeciążenia pracą co w efekcie końcowym może doprowadzić do występowania w większej ilości niepożądanych zdarzeń i błędów medycznych takich jak: - błędy w podawaniu leków,

- zakażenia szpitalne,
 - upadki i urazy
 - nie zauważenie groźnych objawów u pacjentów objętych opieką itp.
- Koszty wystąpienia tych zdarzeń i błędów dla każdej z zainteresowanych stron są niewymierne:

- dla pacjenta i szpitala - utrata zaufania do pracowników i szpitala (poza cierpieniem i przedłużoną hospitalizacją)
- dla pracownika - narażenie na stres, obawa przed konsekwencjami zaniedbania, dodatkowe obciążenie pracą oraz brak satysfakcji zawodowej
- dla pracodawcy - koszty konsultacji specjalistów, dodatkowych badań diagnostycznych, konieczności zastosowania dodatkowej farmakoterapii, zabiegów operacyjnych, innych czynności pielęgnacyjno-leczniczo-rehabilitacyjnych, przedłużonej hospitalizacji, koszty odszkodowań itp.

Jeszcze jeden ważny aspekt pracy na kontraktach to odpowiedzialność kadry zarządzającej która mając na względzie wyłącznie aspekt ekonomiczny zakładu decyduje się na zatrudnianie personelu pielęgniarstwa na umowach cywilno-prawnych na obecnie przyjętych zasadach. Czy kadra kierownicza przyzwalająca pielęgniarkę/położną na pracę np. po 24 godzinnym dyżurze u innego pracodawcy czy dopuszczająca do pracy pielęgniarkę/położną ukrywającą swoją chorobę ze względu na możliwość utraty wynagrodzenia za korzystanie ze zwolnienia lekarskiego postępuje odpowiedzialnie? Czy pozostawienie na dyżurze 1 pielęgniarki opiekującej się 20 pacjentami hospitalizowanymi na oddziale jest odpowiedzialne?

Czy faworyzowanie osób pracujących na kontraktach zgadzających się na pracę w każdych warunkach i w każdym czasie a z drugiej strony pozbawianie możliwości pracy w godzinach nocnych i świątecznych pielęgniarek zatrudnionych na umowy o pracę jest etyczne? Czy etyczne jest podejmowanie przez koleżankę pielęgniarkę/położną pracy za niższe wynagrodzenie niż koleżanka lub podważanie autorytetu koleżanki (etyka biznesu)? Czy takie zachowania kadry kierowniczej i personelu pielęgniarstwa są etyczne i odpowiedzialne?

Te pytania pozostawiam wszystkim którzy decydować będą o wybraniu takiej formy zatrudnienia dla pielęgniarek i położnych.

Opracowała na podstawie materiałów konferencyjnych

Alicja Makuch - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPIP w Zamościu

KONFERENCJA "ZDROWIE PSYCHICZNE - NASZA WSPÓLNA SPRAWA"

Zamość 27 października 2010r.

Zamojskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego

misja: wszechstronne wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin i opiekunów

Stowarzyszenie od wielu lat działa w formule psychiatrii środowiskowej, podejmuje liczne działania zmierzające do poprawy sytuacji chorych w Powiecie Zamojskim. Prowadzi Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego w Zamościu, Dzienny Ośrodek Wsparcia dla osób chorych „Klub Bratek”, grupy wsparcia dla chorych, ich rodzin i opiekunów, grupy edukacyjne dla rodziców, Punkt Informacyjno-Konsultacyjny dla osób poszukujących pomocy i wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego.

Jedną z wielu inicjatyw organizacji było zorganizowanie i przeprowadzenie Konferencji naukowo-szkoleniowej pt. „ZDROWIE PSYCHICZNE - NASZA WSPÓLNA SPRAWA” poświęconej Narodowemu Programowi Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015. Konferencja podejmowała problemy zdrowia psychicznego a adresowana była do 120 osób: Władz Samorządów Terytorialnych wojewódzkich, powiatowych, miejskich oraz gminnych, kadry zarządzającej Jednostek Organizacyjnych Pomocy Społecznej, przedstawicieli Instytucji Oświatowych, placówek Służby Zdrowia, Domów Pomocy Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej środowisk statutowo zainteresowanych problemami ochrony i promocji zdrowia. Podczas spotkania przedstawiono uwarunkowania i zależności środowiskowe warunkujące kondycję zdrowotną populacji oraz znowelizowaną Ustawą o Ochronie Zdrowia Psychicznego z dnia 23 lipca 2008 r. 2008r (Dz. U.Nr.180, poz1108, z późniejszymi zmianami), która zakłada wprowadzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Szczegółowe wytyczne oraz cele NPOZP na lata 2011-2017

Zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych zasobów współczesnego społeczeństwa. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicz-

nego na lata 2011- 2017, nad którym prace trwały od wielu lat jest odpowiedzią na narastające problemy zdrowia psychicznego w Polsce i wdrażaniem wypracowanych standardów dla poprawy sytuacji epidemiologicznej.

Cele główne programu:

1)	Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
2)	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3)	Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

Cele szczegółowe programu:

1)	W zakresie promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym:
a)	Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
b)	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
c)	Zmniejszenie nietolerancji, dyskryminacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi,
d)	Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego
2)	W zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:
a)	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
b)	Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
c)	Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
d)	Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy;
3)	W zakresie rozwoju badań naukowych i systemów informacji:
a)	Przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych,
b)	Promocja i wspieranie badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego,
c)	Unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej,
d)	Ocena skuteczności realizacji Programu.

Podmioty realizujące program:

1)	Ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, kultury, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej;
2)	Narodowy Fundusz Zdrowia;
3)	Samorzady województw, powiatów i gmin.

4) Organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu, zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.

Konferencja została zorganizowana przez Zamojskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia i Urząd Miasta Zamość przy pomocy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu, Firmy Farmaceutycznej Sanofi-Aventis, Firmy Stolarz, Ośrodka Kształcenia i Doskonalenia „LIDER”. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu oraz Ośrodek LIDER widzą potrzebę poszerzania działań środowisk pielęgniarek o nowe obszary w tym środowiskowe świadczenia pielęgniarskie w obszarze zdrowia psychicznego, edukację zdrowotną, promocję zdrowia psychicznego, wprowadzanie nowych form pomocy świadczonej osobom z zaburzeniami psychicznymi. Wdrażany program staje się nie nowym a szerszym polem interwencji dla pielęgniarek i położnych, które w kontaktach zawodowych bezpośrednio stykają się z problemami pacjentów, problemami fizycznymi, ale równocześnie z ich problemami psychicznymi. To pielęgniarki, jako pierwsze wchodzi w kontakty z chorym, potrafią udzielić pomocy i wsparcia w trudnym i traumatycznym momencie informacji o chorobie psychicznej. W skutecznej pomocy nieodzowna jest wiedza, nowe umiejętności, ale niezbędne są informacje o rozmieszczeniu sieci oparcia społecznego. Taka sieć to nie tylko poradnia, pomoc medyczna, leczenie, ale także otoczenie rodzinne, środowiskowe, grupy pomocy i samopomocy. To system połączonych ze sobą naczyń pomocy medycznej, rehabilitacji i aktywizacji, grup wsparcia, pomocy społecznej, instrumentów rynku pracy. Znajomość interdyscyplinarnego modelu pomocy to skuteczność w podejmowanych działaniach pielęgnacyjno-opiekuńczych to profesjonalizm w kompleksowym podejściu do człowieka, jako istoty społecznej funkcjonującego w wielowymiarowym świecie doznań fizycznych, psychicznych i społecznych.

W interdyscyplinarnym świecie nie możemy dzielić swoich działań na wąskie specjalizacje musimy się uzupełniać i współpracować, ponie-

waż tylko takie podejście rokuje powodzenie i sukces interwencji.

Podsumowując refleksje o zdrowiu psychicznym pozostało mi zaprosić koleżanki i kolegów pielęgniarki i pielęgniarzy do współpracy w obszarach pomocy, wsparcia i przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym.

Teresa Tkaczyk

Společno-kulturowe uwarunkowania kondycji psychicznej współczesnego człowieka

Mirona Ogryzko-Wiewiórowska
Instytut Socjologii UMCS

Mówi się niekiedy, że współczesny człowiek ma znacznie większe możliwości życiowe od swoich poprzedników. Oznacza to, że staje wobec wyzwań, perspektyw, które mogą otwierać nowe szanse indywidualnego rozwoju, ale też mogą stanowić zagrożenie dla osobowej autonomii. Uczestnicząc w kulturze wymaga się od nas czasem sprzecznych zachowań i decyzji. Z jednej strony mamy być atrakcyjni dla coraz bardziej wymagającego rynku pracy - mamy przerastać konkurentów własnymi umiejętnościami, kwalifikacjami, dyspozycyjnością, mamy promienić uśmiechem, radością, tryskać optymizmem, a z drugiej - mamy ograniczać własne potrzeby, osobiste pragnienia, upodobania. Szkieletowato szczupła modelka kusząca do konsumpcji słodyczy czy innych przysmaków, sama jednak musi ograniczać swoją dietę. Jak pomagać bliźniemu, który jest konkurentem w konkursie o jedno miejsce. Bliskie relacje z innymi powinny stanowić źródło osobistej przyjemności, satysfakcji, radości z własnego istnienia i bliskości innych ludzi, a staje się nierzadko źródłem tzw. mieszanych uczuć, a także poczucia zagrożenia i lęku. Nie sprzyjają poprawie samopoczucia i własnego bezpieczeństwa wszechobecne środki masowego przekazu, które w coraz większym stopniu rezygnują z tradycyjnej roli komunikowania na rzecz PR-owskiego czy biznesowego kształtowania nastrojów. Rodzina, która zawsze odgrywała najważniejszą rolę w kształtowaniu zainteresowań, pragnień, upodobań

młodego pokolenia coraz wyraźniej przegrywa z bohaterami kreskówek, filmów, idoli medialnej sieczki.

Według współczesnych definicji, zdrowie, to nie tylko brak choroby, ale - przede wszystkim - stan wewnętrznej i zewnętrznej integralności. Z natury rzeczy jest zjawiskiem podmiotowym, dotyczącym głównie jednostki. Odzwierciedla jej indywidualne samopoczucie, optymalne funkcjonowanie organizmu i jego relacji ze środowiskiem. Nie ma zatem jednego wzoru zdrowia, można natomiast mówić o wielu modelach dla różnych środowisk, zbiorowości i kultur. Istotne znaczenie ma pytanie: jakie zdrowie i dla kogo? Janusz Świtaj, sparaliżowany i od 15 lat przykuty do łóżka wskutek wypadku drogowego przypomniał światu o swym istnieniu, gdy wystąpił do Prezydenta Lecha Kaczyńskiego z prośbą o eutanazję. Gdy jednak otrzymał pomoc od Fundacji A. Dymnej „Mimo wszystko”, dzięki której ma pracę, wzrosło jego poczucie wartości, pozyskał przyjaciół, a nawet okazję do zakochania. Jego samopoczucie uległo tak radykalnej zmianie, że w jednym z wywiadów stwierdził nawet, że Gdyby zstąpił anioł i powiedział - albo trzy dni życia, albo biorę cię prosto do nieba, wybrałbym trzy dni życia.

Wymiar psychiczny zdrowia jest niekiedy ważniejszy od fizycznego. Wg klasycznej już definicji zdrowia sformułowanej przez K. Dąbrowskiego, mówi że „zdrowie psychiczne jest to zdolność do wielopłaszczyznowego i wielopoziomowego rozwoju”. Podkreśla ona wszystkie istotne funkcje człowieka - procesy poznawcze, emocjonalne, motywacyjne świadomościowe, a także moralne i społeczne. Wynika z tego, że człowiek zdrowy, o dobrej kondycji psychicznej, to „człowiek aktywnie przystosowujący się do otoczenia, usiłujący spełniać jego wymagania bez utraty indywidualności oraz charakteryzujący się spójną, zintegrowaną osobowością i postrzegający siebie i świat adekwatnie do sytuacji i własnych możliwości czasami niezależnie od własnych potrzeb” (M. Jahoda).

Uznanie fundamentalnej współzależności ciała, psychiki i otoczenia społecznego występujących w każdym stadium zdrowia i nie-zdrowia wymaga/zakłada wsparcie środowiskowe, społeczne. Koncepcja wsparcia ma swoje źródło w obserwacjach klinicznych, a także w działalności grup pomocy i samopomocy. Wielu autorów i badaczy wiąże je z psychologią społeczności. W tym

nurcie psychologii zwraca się uwagę na pewne cechy grupy, które decydują o ich pomocowych możliwościach. Wsparcie społeczne porównywane jest zatem do społecznej integracji i zbiorowej więzi. Nawiązuje do podstawowych potrzeb człowieka jakimi są: bezpieczeństwo, przynależność i akceptacja grupy. W tym ujęciu wsparcie społeczne definiowane jest jako: „stałe dostępna właściwość relacji, służąca przystosowaniu i zdrowiu. Dostępność relacji, dzięki którym zaspokajane są, podstawowe, interpersonalne potrzeby człowieka.”

Analizując wsparcie w aspekcie powiązań bierze się pod uwagę jakość relacji jednostki z otoczeniem, a więc ich intensywność oraz częstotliwość. Komunikacje i interakcje charakteryzują się intymnością, zaangażowaniem i zaufaniem. Nie są powierzchowne, ale głębokie i osobiste. Powiązania takie, charakteryzujące się emocjonalną wzajemnością dają poczucie bezpieczeństwa przez swą przewidywalność i stałość. Na tej bazie można wyróżnić trzy funkcje wsparcia: „emocjonalną, samooceny i powiązania społecznego”. Funkcja emocjonalna polega na kształtowaniu wiedzy jednostki na temat siebie w kategoriach „ja”. Dzięki drugiej funkcji człowiekowi dostarczane są informacje o otoczeniu. Jego wiedza kształtuje się w kategoriach „oni”. W ramach trzeciej funkcji kształtowane jest poczucie wspólnoty.

Tym, co decyduje o udzieleniu wsparcia są społeczne potrzeby danej jednostki. Wyływają one z jej pozycji społecznej lub własnej osobowości. Nasilenie tych potrzeb jest mniejsze u osób niezależnych, potrzebujących autonomii, przeświadczonych o własnej samowystarczalności (występuje najczęściej u mężczyzn). Z drugiej strony, pragnienie wsparcia jest naturalną potrzebą człowieka. Niekiedy aktywne poszukiwanie wsparcia jest metodą radzenia sobie ze stresem. Procesy te łączą się z pewną umiejętnością „mobilizacji wsparcia społecznego”, a więc tworzenia i podtrzymywania sieci kontaktów społecznych.. Rozbudowane sieci wzajemnych powiązań stanowią element stymulacji rozwoju osobowego, a także ochronę przed osobowościową dezintegracją.

Wydaje się niekiedy, że procesy współczesnej kultury zmierzają w zupełnie odwrotnym kierunku. Zamiast sprzyjać naturalnej wspólnotowości rozbudzają niezdrowy indywidualizm, zamiast budować międzyludzkie więzi, kreują po-

czucie zagrożenia i dystans, (jeśli nie lęk) wobec drugiego człowieka. Prorokiem współczesnego indywidualizmu staje się, niestety, T. Hobbes ze swą maksymą: homo homini lupus est. Stanowi to zagrożenie nie tylko dla psychiki współczesnego człowieka, ale stawia pod znakiem zapytania dalszy rozwój współczesnych społeczeństw.

W dniach 17 listopada 2010 roku pielęgniarki i położne uczestniczyły w szkoleniu w zakresie diagnozy przemocy w rodzinie. Szkolenie zostało zorganizowane przez Miejskie Centrum Pomocy Społecznej w Zamościu.

„LEKARZ I PIELEŃNIARKA WOBEC ZJAWISKA PRZEMOCY W RODZINIE”

(opracował mgr Mariusz Moderski)

Istnieją pewne wskazówki, którymi można się kierować w trakcie zbierania wywiadów oraz badania przedmiotowego, które mogą ułatwić rozpoznanie przemocy domowej.

Dane z wywiadu:

- Opis zdarzenia nie odpowiada rodzajom obrażeń
- Uplłynął pewien czas od momentu zranienia do zgłoszenia się na wizytę
- Pacjentka ma „skłonność” do częstego ulegania różnym „wypadkom”
- Próby samobójcze i depresja
- Powtarzające się skargi na dolegliwości o charakterze psychosomatycznym
- Pacjentka może zgłaszać różnego rodzaju zaburzenia emocjonalne, między innymi niepokój, napady lęku, zaburzenia snu, nerwowość, depresję, problemy rodzicielskie lub bliżej nieokreślone problemy małżeńskie, mówiąc np. „w domu nie układa się najlepiej” lub „ostatnio w domu mam wiele stresów”.
- Ofiary przemocy domowej, aby poradzić sobie z codziennym stresem, mogą sięgać po alkohol lub inne środki uzależniające, między innymi środki uspokajające lub anksjolityki dostępne tylko na receptę.
- Należy zwrócić uwagę na wszelkie rodzaje obrażeń w czasie ciąży. Przemoc zadawana w czasie ciąży zagraża nie tylko zdrowiu kobiety, ale ma także wpływ na płód. W przypadku kobiet bitych może dojść do „samolistnych” poronień, przedwczesnych porodów, urodzenia dzieci z niską urodzeniową masą

ciała oraz do uszkodzenia płodu.

- Inne problemy związane z ciążą, takie jak nadużywanie różnych środków psychoaktywnych, złe odżywianie, depresja oraz późne lub sporadyczne zgłaszanie się na wizyty kontrolne, powinny także skłonić lekarza do podejrzeń o przemoc domową. Taka pacjentka mogła już wielokrotnie poddawać się aborcji, zmuszana do tego przez swojego partnera.
- Wyraźnym sygnałem przemocy domowej są także objawy zespołu stresu pourazowego. Może to być nadmierne pobudzenie, zaburzenia snu, rozdrażnienie, problemy z koncentracją oraz nadmierna czujność. Pacjentka może odczuwać opóźnienie reakcji, unikać bodźców związanych z urazem, a także stale na nowo przeżywać przeżyty uraz, na przykład we śnie lub we wspomnieniach.

Zachowanie się pacjentki

Pacjentka może zachowywać się nieadekwatnie do sytuacji, np. umniejszać rozmiary przemocy, której jest ofiarą lub w nienaturalny sposób bagatelizować przyczynę oraz rozległość doznanych obrażeń. Może zbyt emocjonalnie podchodzić do lżejszych zranień. Może sprawiać wrażenie osoby przestraszonej, zawstydzonej, nieobecnej myślami lub zmieszanej. Podczas zbierania wywiadów może przez większość czasu zamykać oczy lub starannie unikać kontaktu wzrokowego. Może nerwowo się podrywać za każdym razem, gdy ktoś otwiera drzwi lub wchodzi do pokoju.

Sposób zachowania się partnera

Jeśli sprawca przemocy towarzyszy kobiecie w czasie wizyty lekarskiej, może sprawiać wrażenie osoby bardzo zatroskanej o zdrowie swojej partnerki. Często prosi o możliwość pozostania przy niej w czasie całej wizyty, trzymają za rękę lub stoi przy jej boku. Wyręcza pacjentkę w odpowiedziach na zadawane jej pytania. Kobieta często nawet nie próbuje mówić sama za siebie. Może ona sprawiać wrażenie osoby przestraszonej i nieskorej do przedstawienia własnej wersji wydarzeń, odmiennej od tej, jaką podaje jej partner.

Czasami sprawca przemocy przejawia wrogość lub złość wobec partnerki lub badającego lekarza. Przeważnie jednak sprawia on wrażenie kochającego męża, zatroskanego o to, by jego żona otrzymała właściwą pomoc, niezbędną do wyzdrowienia.

Pytanie wprost o przemoc w rodzinie

Z uwagi na to, że oznaki przemocy domowej bywają bardzo różne, łatwo możemy je przeoczyć, jeśli będziemy się opierać tylko na poszlakach. Skoro każda kobieta może być potencjalną ofiarą przemocy, chcąc poprawić naszą skuteczność w rozpoznawaniu tego zjawiska, musimy umieć zadawać bezpośrednio pytania o interesujące nas problemy. Aby tak się stało powinniśmy:

- Zadawać tego rodzaju pytania na osobności. Oznacza to, że musimy odizolować pacjentkę od wszelkich osób towarzyszących. Trzeba to uczynić w sposób nie wzbudzający podejrzeń, tak by móc ją jednocześnie ochraniać. W zależności od usytuowania miejsca, w którym odbywa się badanie, mamy do wyboru wiele możliwości - możemy na przykład wyprosić osoby trzecie w czasie badania przedmiotowego lub skierować pacjentkę do innego pomieszczenia.
- Starać się pozyskać zaufanie pacjentki nawiązując z nią dobry kontakt wzrokowy, uważnie słuchając i przejawiając empatię.
- Pamiętać, że nie ma jednego ustalonego wzorca zadawania pytań. Starajmy się różnicować nasze zachowanie w zależności od napotkanych warunków.

Pomocne pytania:

„Proszę panią, wiele kobiet doświadcza w swoim życiu różnego typu przemocy fizycznej. Czy kiedykolwiek miało to miejsce w Pani przypadku?”

Pani Agnieszko, zawsze gdy spotykałam się z obrażeniami tego typu powstały one na skutek uderzenia pięścią. Czy w Twoim przypadku też tak było?”

„Ma Pani mnóstwo siniaków. Jak do tego doszło?”

„Stosowanie przemocy w domu jest bardzo częste i może być bardzo niebezpieczne. Pani Nowak, rutynowo pytam wszystkie moje pacjentki o to, czy doświadczają przemocy w rodzinie, ponieważ nikt nie powinien żyć w ciągłym strachu i dlatego, że możliwa jest pomoc w takich sytuacjach.”

„W relacjach międzyludzkich czasami dochodzi do użycia siły. A jak wyglądają kłótnie w Pani domu?”

„Pani Nowak, zdaje mi się, że Pani boi się swojego partnera - czy on kiedykolwiek Panią uderzył?”

„Co się dzieje gdy Pani mąż się złości?”

„Czy Pani mąż nadużywa alkoholu lub bierze narkotyki? (Jeśli tak) Jak on się wobec Pani zachowuje kiedy pije lub jest pod wpływem narkotyków?”

- Jeśli pacjentka podaje w wywiadzie samostne poronienie należy zadać pytanie: „Czy istniała jakaś fizyczna przyczyna poronienia?”
- Jeśli dotychczasowy sposób przeprowadzania wywiadu i stosowane metody sprawdzały się w praktyce - należy nadal z nich korzystać. Jeśli się nie sprawdzały, należy podjąć próbę zmiany podejścia do problemu.
- Jeśli za pomocą bezpośrednich pytań nie udaje się potwierdzić podejrzeń o przemoc w rodzinie, należy spróbować jeszcze jednej możliwości zadając pytania pośrednie.

Gdyby kiedykolwiek stosowano wobec pani w domu przemoc, czy wiedziałaby pani gdzie można szukać pomocy?”

Rutynowe badania przesiewowe

Ponieważ przemoc domowa jest zjawiskiem rozpowszechnionym stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i stanu psychicznego jej ofiar, wielu ekspertów zaleca rutynowe badania przesiewowe wszystkich kobiet pod kątem przemocy w ich życiu. Pytania dotyczące przemocy fizycznej oraz innych form przemocy stosowanej przez partnera powinny być włączane nie tylko do wywiadów związanych z aktualną chorobą, ale także do wywiadów dotyczących statusu społecznego, oraz przebytych chorób.

Pytania dotyczące przemocy domowej powinny być zawarte w kwestionariuszu zdrowotnym wypełnianym przez wszystkie nowe pacjentki oraz przez pacjentki zgłaszające się na coroczną wizytę kontrolną.

Pomocne pytania do badania przesiewowego

1. Czy zostałaś kiedykolwiek zraniona fizycznie przez osobę bliską?
2. Czy byłaś kiedykolwiek zraniona fizycznie przez swego partnera?
3. Czy jesteś (lub kiedykolwiek byłaś), twoim zdaniem, źle traktowana przez osobę bliską? W jaki sposób?
4. Czy twój partner kiedykolwiek wyrządził krzywdę komuś kogo kochasz lub zniszczył rzeczy, które lubisz? Czy groził kiedyś, że to uczyni?
5. Czy byłaś kiedykolwiek zmuszana do uprawiania seksu wbrew swojej woli? Czy byłaś kiedykolwiek zmuszana do brania udziału w prak-

tykach seksualnych, na które nie miałaś ochoty? Ważne, aby wypracować taki schemat zadawania pytań, by pacjentki regularnie, co jakiś czas były pytane o przemoc domową. W ten sposób kobiety, które podczas jednej wizyty nie przyznają się do przemocy w ich domu, mają sposobność to uczynić, gdy zapytamy je o to podczas kolejnego badania.

Badanie przedmiotowe

Ofiary przemocy domowej mogą starać się ukryć ślady obrażeń nosząc ubrania z długimi rękawami lub golfy. Będą się starały ukryć podbite oko za ciemnymi okularami lub pod mocnym makijażem. Zawsze gdy to możliwe, należy prosić pacjentki o rozebranie się do badania.

- Zawsze należy obejrzeć całe ciało pacjentki, zwracając uwagę na miejsca o wzmożonej tkliwości oraz widoczne gołym okiem obrażenia.
- Obrażenia będące skutkiem przemocy często ograniczają się do twarzy, szyi, gardła, klatki piersiowej, piersi, brzucha i narządów płciowych.
- Należy wziąć pod uwagę fakt, że niektóre typy obrażeń nie powstają przypadkowo. Przypadkowe uderzenia w głowę na ogół zdarzają się w okolicy czoła i górnej okolicy potylicznej, a nie po bokach i na samym czubku głowy.
- Siniaki na kończynach powstałe na skutek niezamierzonych uderzeń zlokalizowane są na ogół na zewnętrznych powierzchniach kończyn; zasinienia na wewnętrznych częściach ramion lub ud w znacznym stopniu sugerują obrażenia celowe.
- Wielce sugerujące są obrażenia typowe dla postawy obronnej, na przykład siniaki na łokciowej powierzchni przedramion.
- Podobnie jest w przypadku dzieci: liczne obrażenia w różnym stadium gojenia się sugerują stosowanie przemocy fizycznej przez dłuższy czas, przeważnie równoległe ze stosowaniem przemocy wobec jego matki.
- W przypadku obrażeń w czasie ciąży należy zawsze dążyć do wyjaśnienia czy nie powstały one na skutek przemocy domowej.

Jeżeli stwierdzimy ostrą, bieżącą przemoc i zagrożenie życia, trzeba pomóc stworzyć osobie doznającej przemoc plan bezpieczeństwa.

Spytać o ostatnie incydenty przemocy: najgorsze, typowe, ostatni przed rozmową.

Spytać gdzie rozpoczyna się bicie - w którym miejscu mieszkania.

Przeanalizować z nią wspólnie, rysując plan mieszkania, jak może uciekać.

Ustalić co chce zabrać z domu (co będzie jej po-

trzebne, co jest dla niej ważne).

Zbadać dokąd może uciekać (rodzina, przyjaciele, sąsiadka, znajomi, schronisko, ośrodek interwencji kryzysowej)?

Zaplanować jak może zabrać dzieci z domu.

Wyciąg z materiałów szkoleniowych prowadzonych przez

mgr psychologii Mariusza Moderskiego

„NIE ZABIERAJ MNIE OD MAMY”

W dniach 9-10 listopada odbyła się XVI konferencja szkoleniowa Fundacji „Rodzić po ludzku” Pt. „Nie zabieraj mnie od Mamy” – pierwszy kontakt, więź, laktacja i ich znaczenie w życiu matki i dziecka.

Tematami poruszonymi na w/w konferencji były m.in. :

- realizacja pierwszego kontaktu matki z dzieckiem w różnych polskich placówkach
- pierwsza doba w szpitalu – wspierająca rada położnej
- znaczenie bliskości w pierwszych chwilach po porodzie
- świadome karmienie piersią
- ograniczenie interwencji medycznych w trakcie porodu w Polsce
- „być razem od pierwszych chwil – doświadczenia Szpitala Wojewódzkiego w Zamościu w zapewnieniu pierwszego kontaktu matki z dzieckiem – dr Hame Organik neurolog – szpital J.P.II.

Podczas tego ostatniego wykładu lek. Med. H. Orjanik przedstawiła w chwytający za serce sposób, pracę naszych wspaniałych położnych oraz całego zespołu w zapewnieniu pierwszego kontaktu matki z dzieckiem.

Uważam, że materiał ten – prezentacja multimedialna oraz bardzo ciekawy wykład pani doktor powinny obejrzeć wszystkie położne z naszego terenu.

Jest to materiał niezwykle budujący oraz dający wielką nadzieję na poprawę jakości naszej pracy, lepszą kondycję rodzających oraz położnic, a co najważniejsze wspaniałe samopoczucie nowo narodzonych dzieci.

Po niezapomnianym wykładzie, nie tylko my, położne z Zamościa miałyśmy łzę w oku. Na sali panowało wielkie wzruszenie.

Oprócz tematów dotyczących polepszenia jakości pierwszego kontaktu matki z dzieckiem, omawiane były skutki nadmiernej medykalizacji porodu.

Prof. Denis Wolski z Wielkiej Brytanii podawał ciekawe przykłady oraz trafne spostrzeżenia, wywołujące głęboką refleksję wśród położnych.

Nawoływał on do ograniczenia interwencji medycznych w trakcie porodu.

Proponował powrót do porodu fizjologicznego, niewspomagane.

Szkoda tylko, że na konferencji nie pojawił się żaden położnik.

Uczetniczki konferencji

Barbara Musiej-Erdmann położna specjalistka
Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny IBCLC

Agnieszka Godzińska starsza położna

Katarzyna Świerszcz położna rodzinna



Lek. Med. H Orjanik oraz położne
S.P.W. Szpitala im. P. J.P.II. W Zamościu

60 lecie SP Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Radecznicy

Od pierwszych chwil istnienia szpitala pielęgniarki były trzonem funkcjonowania szpitala w dużej mierze na nich właśnie spoczywała całościowa opieka nad chorym psychicznie. Zawsze kierowały się i kierują dobrem pacjenta a cechuje je wielka kompetencja i empatia. W obecnej dobie rozwoju medycyny sam lekarz psychiatra nie jest w stanie ogarnąć wszystkich aspektów choroby

psychicznej, musi więc korzystać z pomocy i współpracy innych specjalistów. Praktyka społeczności leczniczej doprowadziła do wyrównania piramidy hierarchicznej w opiece psychiatrycznej, a "psychiatria społeczna" wskazała, iż w zjawisku choroby psychicznej istnieje mnóstwo czynników pozalekarskich, które wymagają uwzględnienia w terapii. Stąd bierze swój początek koncepcja zespołu terapeutycznego, wprowadzana obecnie w życie szpitalne w szpitalach psychiatrycznych. Zespół terapeutyczny składa się z lekarza, pielęgniarki, psychologa, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego i salowego. Skład zespołu leczącego może ulec zmianom w zależności od fazy leczenia. Lekarz sam nie jest



w stanie obserwować chorego w każdej możliwej sytuacji np.: na wieczorku tanecznym, na psychoterapii grupowej, w pracowni terapii zajęciowej, na wycieczce, w kontakcie chorego z rodziną itp. W celu całościowego widzenia chorego pielęgniarki odgrywają wiodącą rolę.

Za wzorową i długoletnią pracę z okazji 60-lecia Szpitala, Minister Zdrowia odznaczyła Nagrodą Resortową „Za zasługi dla ochrony zdrowia” pielęgniarki pracujące w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Radecznicy

Odznaczenia otrzymały: Basiak Małgorzata, Jachymek Teresa, Zakrzewska- Bul Anna, Koziół Grażyna, Masaniec Zofia oraz Szczerba Danuta.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu odznaczonym pielęgniarkom składa serdeczne gratulacje.

“Informator” wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków naszego samorządu. W “Informatorze są wiadomości dotyczące działalności OIPiP w Zamościu oraz informacje NRPiP, a także informacje szkoleniowe. OIPiP zwraca się z prośbą do naszych odbiorców o nadsyłanie informacji.