DWUMIESIĘCZNIK SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

WIADOMOŚCI W CZEPKU

NR 3 (125)
czerwiec - wrzesień 2017
ISSN 1426-9558

Na łąkach srebrzyste babie lato się snuje,
mgła co ranka leniwie z trawy się podnosi...
Lato słońcem opalenizny już nie maluje,
a jesień nieśmiało chce się do nas wprosić...

Fot. U. Trojanowska

Witam,

Władze Uczelni, Kadrę Dydaktyczną, Gości oraz szczególnie serdecznie bohaterów dzisiejszego wydarzenia, Absolwentów kończących studia I stopnia Wydziału pielęgniarstwa i Wydziału położnictwa.

Jestem dumna, że samorząd zawodowy tradycyjnie już bierze udział w czepkowaniu kolejnych pokoleń pielęgniarek i położnych.

I choć od 1991r. czepek jest noszony tylko w dniach uroczystych, pozostaje symbolem naszych zawodów zobowiązującym do pielęgnowania tradycji pięknych i jakże trudnych zawodów pielęgniarki i położnej. Noście go z dumą, bo tylko pielęgniarki i położne mają do tego prawo.

Akt czepkowania dla naszych grup zawodowych ma wyjątkowy, uroczysty, podniosły charakter, kreuje bowiem naszą tożsamość zawodową. Od tego momentu symbolicznie jesteście przyjęci do grona pielęgniarek i położnych.

W tym miejscu chciałabym wyrazić podziw za trud, jaki podjęliście wybierając zawody pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego.

Nauczyciele akademiccy dołożyli wszelkich starań, aby jak najlepiej przygotować Was do przyszłej pracy.

Jednak opuszczenie murów tej uczelni jest pierwszym stopniem rozwoju zawodowego. Nasze zawodu wymagają nieustannego, ustawicznego kształcenia.

Nigdy nie zapominajcie o ważności i wadze swoich wyborów i rozważnie podejmujcie kolejne decyzje dotyczące waszej kariery.

Pamiętajcie, że Wasza praca, kariera zawodowa i naukowa oraz zadowolenie życiowe zależą tylko od Was.

W imieniu Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych pragnę wyrazić radość, że na rynek pracy, tak potrzebujący wykwalifikowanej kadry medycznej, wchodzą absolwenci pielęgniarstwa i położnictwa, gruntownie przygotowani, z kompetencjami i kwalifikacjami, które niewątpliwie są na wysokim poziomie.

Pozostaje Wam tylko odebranie Prawa Wykonywania Zawodu.

Jesteście młodzi, piękni, bardzo dobrze wykształceni. Odważnie więc ruszajcie w świat!

(Wystąpienie Przewodniczącej Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych na uroczystości Dyplomatorium w dniu 10 lipca 2017r.)

Spis treści:

W numerze 1
Kalendarium 2
Aktualności 3
WAŻNE! 7
Szpital Rehabilitacyjny w Szczecinie - historia i dzień dzisiejszy... 9
Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 10 lipca 2017r. 10
Okrągły jubileusz XX lecia Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych 10
Apel sygnatariuszy 11
Notatka ze spotkania w dniu 13 lipca 2017r. 14
Spotkanie z Prezesem NFZ o bieżących problemach pielęgniarek i położnych 15
Przeczytaj, może się przydać... 15
Spotkanie w dniu 26 lipca 2017 r. 17
Konferencja „Wyzwania pielęgniarstwa rodzinnego XXI wieku” . 18
Spotkanie w Ministerstwie Sprawiedliwości 18
Wyrwane z kontekstu …KODEKSU… część 2 20
Konflikt w pracy a jakość opieki 22
Podziękowania 24
SKARBNIK PRZYPOMINA!... 25
Ważne - przeczytaj! 26
Kondolencje 27

Biuro
Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
70-237 Szczecin, ul. Kusocińskiego 16 LU1
czynne
od poniedziałku do czwartku
w godz. 8.00 - 16.00

Sekretariat
tel. 91 432 98 61
tel./fax: 91 432 98 68
e-mail:sipip@sipip.szczecin.pl

Specjalista ds. administracyjno-biurowych
tel. 91 432 98 69

Dyżury Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
w drugą środę miesiąca w godz. 14.00 - 16.00

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
pierwszy wtorek miesiąca o godz. 14.00

Prezydium
spotyka się co trzy tygodnie w środę o godz. 13.00

Prawnik Izby
I, III i V poniedziałek miesiąca w godz. 11.00 - 13.00
II, IV poniedziałek miesiąca w godz. 14.00 - 16.00
Wizyty proszę umawiać w sekretariacie Izby

Sekretarz Rady
tel. 91 432 98 62

Główna Księgowa
tel. 91 432 98 66
pn., wt., czw. 9.00 - 15.00

Skarbnik
tel. 91 432 98 67

Dział prawa wykonywania zawodu
tel. 91 432 98 65
poniedziałek, środa, czwartek - 8.00 - 16.00
wtorek - 10.00 - 18.00

Dział Szkoleń
tel. / fax: 91 432 98 64

UWAGA
Wszelkie płatności w formie przelewów bankowych.

Piątek jest dniem bez interesanta

PKO BP
Nr konta:
49 1440 1332 0000 0000 0340 7567

Opłata za szkolenie - nr konta
Alior Bank
Nr konta:
26 2490 0005 0000 4530 9159 0991

Wysokość składki członkowskiej w roku 2017!!!

Składka członkowska dla osób prowadzących działalność wynosi **33,03 zł**.
Pozostałe osoby płacą składki zgodnie z tekstem jednolitym Uchwał nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w spr. wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Wydawca: Rada Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych
70-237 Szczecin, ul. Kusocińskiego 16 LU1, tel. 91 432 98 61, tel./fax: 91 432 98 68, REGON 810026946
Redaguje zespół: Helena Gąsior, Katarzyna Mandes, Dorota Kalek, Magdalena Zyblewska, Edyta Osiecka, Jarosław Zinkiewicz.
Zdjęcia: ze zbiorów redakcji.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów nie zamówionych i nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń. Redakcja przyjmuje i zamieszcza odpłatnie wszelkie ogłoszenia i reklamy.
Nakład: 1600 szt. Druk: Drukarnia Drucker, Ustowo 40d, www.drucker.pl. Druk ukończono: 8.09.2017 r. Do użytku wewnętrznego.
Egzemplarze bezpłatne dla członków SIPiP.

13.05.2017
Spotkanie edukacyjne w zakresie udzielania pierwszej pomocy zorganizowane przez Komisję ds. kształcenia przy SIPIP

18.05.2017
Udział w posiedzeniu komisji konkursowej na stanowisko z-cy dyrektora SPWZOZ w Stargardzie – Gabriela Hofman

18.05.2017
Gala plebiscytu „Hipokrates" Głosu Szczecińskiego – udział Sekretarza Marzanny Stanisławskiej

19.05.2017
MDPiP w SPS ZOZ Zdroje – udział Gabrieli Hofman

19-21.05.2017
Konferencja zorganizowana przez Komisję ds. położnych pt. „Zdrowie kobiety i dziecka jako problem interdyscyplinarny" - Łukęcin

20.05.2017
MDPiP w OIPiP Koszalinie – udział Marii Matusiak - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie piel. rodzinnego

22.05.2017
Posiedzenie Komisji ds. nadzoru nad IPPP

23-24.05.2017
Posiedzenie Komisji ds. POZ i ds. opieki długoterminowej przy NRPiP – udział Marii Matusiak

24.05.2017
Posiedzenie Komisji ds. pielęgniarstwa chirurgicznego

26.05.2017
Rada Społeczna SPWSZ – udział Gabrieli Hofman

30.05.2017
Rada ZOW NFZ

30.05.2014
Posiedzenie Komisji socjalnej

31.05.2017
Posiedzenie Prezydium Rady SIPiP

01.06.2017
Konwent Przewodniczących – udział Gabrieli Hofman

01-02.06.2017
Szkolenie z zakresu tworzenia prawa samorządowego, procedura kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego, zmiany w kodeksie pracy, uznawanie kwalifikacji, system IMI – Warszawa – udział Gabrieli Hofman, Marii Matusiak i Marzanny Stanisławskiej

06.06.2017
Posiedzenie Komisji kształcenia

07.06.2017
Posiedzenie Komisji ds. etyki

09.06.2017
Konferencja – „Leczenie, pielęgnacja i opieka – najnowsze standardy" – patronat SIPiP

10.06.2017
Spotkanie z Ministrem Zdrowia w ZUW na Zamku – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – udział Gabrieli Hofman

12.06.2017
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia przy NRPiP – udział Gabrieli Hofman

13.06.2017
Spotkanie pielęgniarek epidemiologicznych

14.06.2017
Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej

19.06.2017
Otwarcie Szpitala Rehabilitacyjnego przy ul. Wyzwolenia – udział Gabrieli Hofman

20-22.06.2017
Posiedzenie NRPiP w Toruniu – udział Gabrieli Hofman

21.06.2017
Konferencja pt. „Wyzwania pielęgniarstwa rodzinnego XXI wieku – III edycja" organizowana przez Komisję ds. nadzoru nad IPPP

23.06.2017
Rada ZOW NFZ – udział Gabrieli Hofman

26.06.2017
XX-lecie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie - udział Gabrieli Hofman

26.06.2017
Rada Społeczna SPWSZ – udział Heleny Gąsior

27.06.2017
Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej

28.06.2017
Posiedzenie Komisji socjalnej

29.06.2017
Posiedzenie Rady SIPiP

04.07.2017
Posiedzenie Komisji kształcenia

09.07.2017
35-lecie Okręgowej Izby Radców Prawnych w Szczecinie – udział Gabrieli Hofman

10.07.2017
Dyplomatorium PUM – udział Gabrieli Hofman i Pocztu Sztandarowego SIPiP

12.07.2017
Konkurs na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii

17.07.2017
Konkurs na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPWSZ

19.07.2017
Posiedzenie Prezydium SIPIP

01.08.2017
Konkurs na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPSK 1

01.08.2017
Posiedzenie Komisji kształcenia

09.08.2017
Posiedzenie Prezydium SIPiP

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP.DM.0025.188.2017 Warszawa, dnia 10 lipca 2017r.

Pan
Adam Podgórski
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo nr GMS-WP-173-147/17 z dnia 13 czerwca 2017 roku dotyczące zaopiniowania obywatelskiego projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia (druk nr 1648) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, co następuje.

Projektowana ustawa ma określać sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz kwalifikacje wymagane przy jej wykonywaniu oraz tryb przyznawania wynagrodzenia.

Zgodnie zaś z uzasadnieniem do projektu „celem ustawy jest określenie najmniejszej kwoty wynagrodzenia zasadniczego, jaka będzie przysługiwać pracownikom wykonującym zawody medyczne zatrudnionym w podmiotach leczniczych. Potrzeba stworzenia takiej ustawy wynika z faktu, że istniejące dotychczas uwarunkowania prawne i faktyczne uniemożliwiają pracownikom wykonującym zawody medyczne, zatrudnionym w podmiotach leczniczych uzyskiwanie sprawiedliwych wynagrodzeń, adekwatnych do rangi wykonywanych zawodów, ich znaczenia społecznego, szczególnej odpowiedzialności pracowników medycznych, ich wykształcenia i kwalifikacji. Stanowi to – de facto – dyskryminację tych pracowników w stosunku do pracowników innych branż i zawodów".

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

Podkreślić zatem w pierwszej kolejności należy, że w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przedłożony do zaopiniowania projekt ustawy nie spełnia określonych wyżej celów. Przede wszystkim nie gwarantuje uzyskanie przez pracowników wykonujących zawody medyczne sprawiedliwych wynagrodzeń, adekwatnych do rangi wykonywanych zawodów, ich znaczenia społecznego, szczególnej odpowiedzialności pracowników medycznych, ich wykształcenia i kwalifikacji. Przykładowo, wskazać można, że zgodnie z załącznikiem do projektu:

1) dla pielęgniarki i położnej, ze specjalizacją, współczynnik pracy określono w wysokości 1,75, podczas gdy dla specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – 2,0 czy dla diagnosty laboratoryjnego ze specjalizacją – 2,0;
2) dla pielęgniarki i położnej, bez specjalizacji, współczynnik pracy określono w wysokości 1,50 – taki sam, jak dla technika analityki medycznej (5 lat stażu) – podczas gdy dla diagnosty laboratoryjnego bez specjalizacji – 1,75;
3) dla pielęgniarki i położnej, z tytułem magistra i ze specjalizacją, współczynnik pracy określono w wysokości 2,0, podczas gdy dla lekarza i lekarza dentysty ze specjalizacją – 3,0.

Projekt przy tym w taki sam sposób traktuje pielęgniarkę i położną z tytułem magistra pielęgniarstwa albo magistra położnictwa, ale bez specjalizacji, co pielęgniarkę i położną posiadającymi średnie wykształcenie albo licencjat (współczynnik pracy 1,5). Takie ukształtowanie wysokości współczynnika pracy w żaden sposób nie promuje podnoszenia kwalifikacji zawodowych i zdobywania kolejnych uprawnień. Jednocześnie jest krzywdzące dla pielęgniarek i położnych z tego powodu, że dla przedstawicieli innych zawodów medycznych, posiadających tytuł zawodowy magistra i nieposiadających specjalizacji, projektodawca przewidział wyższy współczynnik – 1,75 (np. magister farmacji bez specjalizacji, magister fizjoterapii, diagnosta laboratoryjny bez specjalizacji).

Ponadto, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sposób nieuzasadniony w odniesieniu do przedstawicieli określonych (wybranych) zawodów medycznych przy ustalaniu wysokości współczynnika pracy projektodawcy biorą pod uwagę tytuł „starszy [ratownik medyczny / technik elektroradiologii]" oraz staż pracy (technicy analityki medycznej, ratownicy medyczni, dietetycy). Wybiórcze zastosowanie wskazanych kryteriów w odniesieniu do przedstawicieli określonych zawodów medycznych i pominięcie ich

w odniesieniu do przedstawicieli innych zawodów medycznych stawia tych ostatnich, w tym pielęgniarki i położne, w gorszej sytuacji już na wstępie.

Powyższe jest nieuzasadnione i nie odpowiada zarówno zakresowi odpowiedzialności, jak i zakresowi oraz poziomowi wykształcenia i kwalifikacji wymaganych do wykonywania samodzielnych zawodów medycznych pielęgniarki i położnej. Propozycje te w sposób jednoznaczny wskazują, że znaczenie tych zawodów jest niedoceniane i pomniejszane. W świetle przedmiotowych propozycji zawody te, pod względem proponowanych stawek płac, postawione zostały w dalszej kolejności podczas, gdy pielęgniarki i położne *de facto*, zaraz po lekarzach, wykonują w systemie ochrony zdrowia najistotniejsze, specjalistyczne i wszechstronne czynności i zadania związane z zapewnieniem prawidłowej opieki nad pacjentem, rozumianym zarówno jako pacjent chory, wymagający udzielania świadczeń zdrowotnych ratujących lub usprawniających życie, jak i osoba zdrowa, wymagająca wyłącznie udzielania świadczeń o charakterze profilaktycznym.

Powyższe, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w przypadku wdrożenia w życie, spowoduje dalsze obniżenie etosu zawodów pielęgniarki i położnej, a tym samym – dalsze zmniejszanie się liczby osób wykonujących te zawody w Rzeczypospolitej Polskiej. Etos zawodu buduje się bowiem nie tylko poprzez nakładanie kolejnych obowiązków świadczących o samodzielności zawodowej osoby wykonującej tej zawód, ale również poprzez zapewnianie takich warunków (w tym warunków płacowych) wykonywania tego zawodu, aby był on atrakcyjny dla osób go wykonujących, a przede wszystkim pozwalał skupić się na jego wykonywaniu, a nie na walce o przeżycie.

Biorąc pod uwagę powyższe i mając na uwadze stanowisko samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych prezentowane w trakcie prac parlamentarnych nad ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych współczynniki pracy w odniesieniu do pielęgniarek i położnych powinny zostać określone w sposób następujący:

Pielęgniarki i położne	Pielęgniarka i położna, bez specjalizacji	1,50
	Pielęgniarka i położna, ze specjalizacją albo pielęgniarka i położna, z tytułem magistra pielęgniarstwa albo magistra położnictwa,	1,75
	Pielęgniarka i położna, z tytułem magistra pielęgniarstwa albo magistra położnictwa, ze specjalizacją	2,0

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa jednocześnie, że proponowane powyżej wysokości współczynnika pracy dla poszczególnych grup pielęgniarek i położnych powinny być traktowane jako konieczne minimum, a nie jak wysokości docelowe. Projektowana ustawa powinna tym samym przewidywać mechanizm wzrostu tych współczynników. W innym bowiem razie, po upływie kilku lat, będą one jeszcze mniej odpowiadały rzeczywistości (kosztom utrzymania), niż obecnie.

Na marginesie Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa, że z uwagi na uchwalenie przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych niezbędne jest dodanie w opiniowanym projekcie przepisu końcowego w brzmieniu: „Art. 6a. Traci moc ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. ...)".

Niezależnie od powyższego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa również, że tytuł projektowanej ustawy powinien zostać skorygowany z uwagi na fakt, że pojęcie „warunki zatrudnienia" odnosi się do szerszego spectrum zagadnień (np. czasu pracy, form zatrudnienia, bezpieczeństwa i higieny pracy), niż tylko do kwestii określania minimalnego wynagrodzenia (zasadniczego) za pracę i jest niezgodny z brzmieniem art. 1 projektu.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Zofia Małas

WAŻNE!

Prezydent podpisał ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

USTAWA

z dnia 8 czerwca 2017 r.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Art 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Art 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze – najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;
2) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);
3) pracownik wykonujący zawód medyczny:
   a) osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym,
   b) osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Art. 3.1. Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski", do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem";
2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;
3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;
4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem":
   a) kierownik podmiotu leczniczego,
   b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:
   a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
   b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.[1])).

4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.

Art 4. Kontrolę wykonywania przepisów art. 3 przeprowadza:

1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie;

2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 786 i 962).

Art 5. W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonującej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Przepisy art. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 6.1. W latach 2017–2027 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy z tytułu wzrostu kosztów związanych ze specjalizacją oraz realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów wynosi 5 028 159 tys. zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie w:

1) 2017 r. – 0 zł;
2) 2018 r. – 64 086 tys. zł;
3) 2019 r. – 102 457 tys. zł;
4) 2020 r. – 195 666 tys. zł;
5) 2021 r. – 302 924 tys. zł;
6) 2022 r. – 727 171 tys. zł;
7) 2023 r. – 727 171 tys. zł;
8) 2024 r. – 727 171 tys. zł;
9) 2025 r. – 727 171 tys. zł;
10) 026 r. – 727 171 tys. zł;
11) 2027 r. – 727 171 tys. zł.

2. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych dziedzinach medycyny w trybie rezydentury ustala się na dany rok, uwzględniając limit wydatków określony w ust. 1 pomniejszony o wysokość środków budżetowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów związanych z realizacją obowiązkowych staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów.

2. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art 7. Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Art 8. W 2017 r. porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy.

Art 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MARSZAŁEK SEJMU
/ – / Marek Kuchciński

Załącznik do ustawy

z dnia 8 czerwca 2017 r.

Współczynniki pracy

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3.	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4.	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją	1,05
8.	Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją	0,73
9.	Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji	0,64
10.	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9, wymagający średniego wykształcenia	0,64

Szpital Rehabilitacyjny w Szczecinie - historia i dzień dzisiejszy...

Rehabilitacja jest dziedziną medycyny potrzebną i oczekiwaną przez chorych i ich rodziny. Leczenie z zakresu ortopedii, neurologii, kardiologii i innych wymaga w większości przypadków wdrożenia rehabilitacji. Zapotrzebowanie na rehabilitację jest ogromne. Natomiast możliwości zaspokojenia potrzeb pacjentów w zakresie przywracania utraconych funkcji w przebiegu różnych chorób są znikome. Wychodząc naprzeciw potrzebom wszystkich potrzebujących, 19 czerwca w Szczecinie miało miejsce ważne wydarzenie, a mianowicie otwarcie Szpitala Rehabilitacyjnego Świętego Karola Boromeusza. Historia tego miejsca sięga dziewiętnastego wieku, kiedy to Siostry z Kongregacji Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza z Trzebnicy przybyły do Szczecina i z własnych środków nabyły grunty w Szczecinie przy ul. Politzerstrasse 31 (obecnie al. Wyzwolenia). W 1913 roku rozpoczął oficjalnie swoją działalność nowocześnie wyposażony szpital (z salą operacyjną i niezbędnym zapleczem), przez co można było hospitalizować 182 osoby. Szpital posiadał oddziały: okulistyczny, wewnętrzny, chirurgiczny, laryngologiczny, ginekologiczny i dermatologiczny.

Działania wojenne (zwłaszcza bombardowania miasta) w 1944 spowodowały, że siostry wiedzione troską o bezpieczeństwo osób hospitalizowanych i osieroconych dzieci, zdecydowały się na ewakuację. Po wojnie w 1946 r. Okręgowy Urząd Likwidacyjny w Szczecinie odebrał siostrom budynki wraz z terenem i przekazał w zarząd Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Szczecinie. Szpital Kolejowy przekształcono w Szpital Miejski Świętego Karola Boromeusza.

W październiku 2000 roku Rada Miejska zatwierdziła jego statut. Dziewięć lat później szpital przy al. Wyzwolenia 52 został zamknięty, a jego oddziały przeniesiono do budynków w Szczecinie Zdrojach. Decyzją Rady Miasta Szczecin budynki poszpitalne zostały przekazanego do Zakładu Budynków i Lokali Komunalnych. Miasto zamierzało sprzedać opuszczoną nieruchomość.

Siostry Boromeuszki w 2009 roku wznowiły starania o swoja własność. Długotrwałe pertraktacje z Urzędem Miasta Szczecin zwieńczone zostały sprzedażą nieruchomości Archidiecezji Szczecińsko-Kamieńskiej, która powołała Instytut Medyczny im. Jana Pawła II w celu prowadzenia m in. Szpitala Rehabilitacyjnego.

W Szpitalu, w Zakładzie Rehabilitacji będą usprawniane osoby w zakresie neurologii, kardiologii, ortopedii i traumatologii w pełnym zakresie z wykorzystaniem fizjoterapii - w tym kinezyterapii, fizykoterapii, elektroterapii, krioterapii, masażu i terapii manualnej. Przygotowanych jest 160 łóżek w dobrze wyposażonych salach chorych. Proces rehabilitacji wymaga pracy całego zespołu terapeutycznego. W Szpitalu znajdą zatrudnienie fizjoterapeuci, pielęgniarki i pielęgniarze, lekarze, terapeuci zajęciowi, psycholodzy i dietetycy. Dzieło Kongregacji Sióstr Miłosierdzia Świętego Karola Boromeusza po raz kolejny wznawia swoją działalność opiekuńczą, leczniczą i rehabilitacyjną oczekiwaną przez mieszkańców miasta i regionu.

W uroczystości związanej z uroczystym otwarciem Szpitala Rehabilitacyjnego wzięła udział Przewodnicząca Rady SIPiP Pani Gabriela Hofman.

W dniu 26 czerwca 2017r. w Teatrze 6 piętro świętowano jubileusz XX lecia Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Przewodnicząca OZZPiP Lucyna Dargiewicz w wystąpieniu przytaczającym historię Związku, przypomniała najważniejsze wydarzenia z okresu 20 lat. Podczas uroczystości zostały wręczone odznaczenia prezydenckie, ministerialne i związkowe. Oznaczenia otrzymały również Panie: Małgorzata Szymankiewicz oraz Ewa Hnat - członkowie SIPiP - serdecznie gratulujemy!

Ponadto Związek uhonorował również swoich partnerów medalem „Zasłużony dla Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych", który na otrzymała Zofia Małas Prezes NRPiP jako zasłużona w działalności na rzecz Związku.

W dowód współpracy z NRPiP oraz zasług dla społeczeństwa - statuetkę „Cierpiącym przywrócić nadzieję" otrzymała od NRPiP Przewodnicząca OZZPIP Lucyna Dargiewicz, a wręczała Prezes NRPiP Zofia Małas.

W uroczystości wzięła udział Przewodnicząca Rady SIPiP Gabriela Hofman. Jubileusz uświetnił występ Grzegorza Turnau.

(zdjęcia na kolorowej wkładce).

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 10 lipca 2017r.

W dniu 10 lipca 2017r. odbyło się spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (Prezes Zofia Małas, Wiceprezes Mariola Łodzińska, Wiceprezes Sebastian Irzykowski, członek Prezydium Andrzej Tytuła) z Panią Wiceminister Józefą Szczurek – Żelazko.

Spotkanie zostało zorganizowane na prośbę samorządu i dotyczyło siedmiu zagadnień:

- projekty ustawy o POZ,
- prac nad projektem ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym,.
- zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek położnych,
- Systemu Monitorowania Kształcenia Podyplomowego,
- Karty Specjalisty Medycznego,
- kontynuacji wynagrodzeń wynikającej z OWU z dnia 14 września 2015 r.,
- dotacji dla samorządu na rok 2017.

Podniesiona została kwestia obaw środowiska pielęgniarek i położnych związanych z projektem Ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Jako niepokojący wskazano zapis dotyczący daty granicznej 31 grudnia 2024r., po której świadczeniobiorca nie będzie mógł dokonać wyboru pielęgniarki i położnej spoza Zespołu POZ. Poinformowano o zagrożeniach wynikających z zapisów projektu Ustawy o POZ, co w konsekwencji będzie miało wpływ na ograniczenie samodzielności i funkcjonowania praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych w Polsce.

Trwające prace nad założeniami do projektu Ustawy o Zdrowiu Dzieci i Młodzieży były powodem do zwrócenia uwagi na braku udziału przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych w pracach legislacyjnych. Taki tryb procedowania umożliwia udział ekspertów merytorycznie i praktycznie przygotowanych do tworzenia prawa, które na etapie opiniowania mogą powodować liczne rozbieżności. Pani Wiceminister zaproponowała formułę spotkań roboczych.

W ocenie Pani Wiceminister założenia do projektu wzmacniają rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Ma stać się ona koordynatorem w tym obszarze i zajmować centralną pozycję w stosunku do innych specjalistów działających w medycynie szkolnej. Zmiany demograficzne mają zostać wykorzystane dla wzmocnienia opieki nad uczniem poprzez odpowiednią wycenę świadczeń, które mimo zmniejszenia liczby szkół oraz uczęszczających do nich dzieci i młodzieży nie spowoduje ograniczenia środków na realizację zadań. Źródło: NIPiP

Poruszone zostały kwestie zmiany w systemie kształcenia podyplomowego i stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w tym obszarze. Wskazano na potrzebę zdefiniowania katalogu organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Pani Wiceminister dostrzega potrzebę zmiany funkcjonowania systemu zarówno w zakresie organizacji kształcenia, jak i jego merytorycznego funkcjonowania. Prace będą kontynuowane w ramach pracy Zespołu ds. strategii.

Spotkanie było okazją do przedstawienia szerokiej listy problemów związanych z bieżącym funkcjonowaniem System Monitorowania Kształcenia zarówno z perspektywy okręgowej izby pielęgniarek i położnych, organizatora kształcenia podyplomowego, jak i pielęgniarki/położnej korzystającej z aplikacji SMK. Najczęstsze problemy dotyczyły sposobów weryfikacji danych pielęgniarki/położnej, niedopracowania systemu w zakresie rejestracji uczestników na szkolenia. W związku deficytami Systemu Monitorowania Kształcenia w wielu obszarach zaproponowano, aby Minister Zdrowia korzystając ze swoich uprawnień zawiesił do końca roku lub do czasu usunięcia wszystkich usterek System Monitorowania Kształcenia. Pani Wiceminister zapewniła, iż podejmie stosowne działania i wzmocni nacisk na Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia do przyspieszenia prac oraz szybsze usuwanie usterek i błędów.

W związku z rozpoczęciem przez samorząd lekarski prac nad kartą specjalisty medycznego zwrócono się z pytaniem, czy w chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia podjęło działania nad tożsamymi rozwiązaniami dla pielęgniarek i położnych. W chwili obecnej brak aktywności Ministerstwa Zdrowia w tym obszarze.

Kolejnym poruszonym obszarem była ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych oraz jej wpływ na realizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedstawiciele samorządu zwrócili na deficyty przyjętej przez Sejm ustawy w zakresie braku umocowania magistra pielęgniarstwa i położnictwa w odrębnym przedziale oraz braku akceptacji środowiska dla współczynnika pracy określonego dla pielęgniarek i położnych bez specjalizacji na poziomie 0,64. Pani Wiceminister wyjaśniała, iż zgodnie z uchwaloną przez Sejm ustawą najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej i wysokości przeciętnego wynagrodzenia w roku poprzedzającym (do końca 2019 r. zamiast przeciętnego wynagrodzenia przyjmowana będzie kwota 3,9 tys. zł brutto). Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie osiągnięta dopiero po upływie okresu przejściowego – do końca 2021 r. Najniższe miesięczne wynagrodzenie określone w ustawie dotyczy zasadniczego wynagrodzenia brutto, nie obejmuje więc dodatków za pracę zmianową oraz wysługę. Do nowych przepisów będą musiały dostosować się wszystkie placówki medyczne – zarówno publiczne, jak i niepubliczne. Zwrócono uwagę na fakt, iż dotychczas nie przedstawiono źródeł dodatkowych środków finansowych, które przeznaczone zostałyby na wykonanie zadań nakładanych na podmioty lecznicze omawianą ustawą. Samorząd obawia się, iż środki zostaną na ten cel przekazane w ryczałcie, który będzie nowym sposobem finansowania zostaną przeznaczone na sfinansowanie podwyżek dla innych pracowników medycznych. W stosunku do pielęgniarek i położnych pracodawcy wykorzystają środki płynące z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż ustawa wprost nie reguluje tego zagadnienia i wskazała na rolę zakładowych organizacji związków zawodowych oraz porozumień, jakie mogą i powinny zawierać z pracodawcą.

Zwrócono się z pytaniem o realizację kolejnej transzy dodatku dla pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Stacji Sanitarno – Epidemiologicznych. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż dotacja zostanie niebawem przekazana wojewodom, co spowoduje wypłatę środków z wyrównaniem od stycznia 2017r.

W sprawie dotacji dla samorządu na rok 2017 Pani Wiceminister poinformowała, że dotacje są w trakcie realizacji.

Źródło: NIPiP

Apel sygnatariuszy

Apel w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce został podpisany przez ponad sto organizacji: pacjentów, naukowych towarzystw i samorządów medycznych.

20 lipca 2017r.

Szanowny Pan
Andrzej Duda
Prezydent RP

Szanowny Panie Prezydencie,

w imieniu ponad 100 organizacji pacjentów, naukowych towarzystw lekarskich i samorządów zawodów medycznych przekazujemy Panu nasz wspólny apel o podjęcie właściwych decyzji i zdecydowanych działań w celu zwiększenia finansowania ze środków publicznych ochrony zdrowia w Polsce do przynajmniej 6% PKB. Z naszego codziennego doświadczenia wiemy, że jest to poziom, który powinniśmy osiągnąć w ciągu najbliższych paru lat, ponieważ już za kilka lat oczekiwania i żądania skutecznego leczenia oraz starzenie się społeczeństwa będą wymagały jeszcze większych nakładów. Dobitnie wskazują na to porównania wydatków na leczenie w Polsce z krajami, w których ochrona zdrowia jest w ocenie pacjentów na poziomie, którego oczekują także Polacy.

W odpowiednio finansowanych dziedzinach medycyny już jesteśmy w stanie uzyskiwać w Polsce wyniki na poziomie najlepszych w Europie. To nie brak umiejętności czy chęci, lecz niedostatek środków powoduje, że leczenia na oczekiwanym poziomie w większości dziedzin nie możemy jeszcze zapewnić.

Kiedy zdrowie się psuje, staje się rzeczywiście najważniejszą w życiu sprawą. Pacjenci, ich bliscy i pracownicy ochrony zdrowia wiedzą o tym doskonale. W polityce zdrowie jest od dawna zaniedbywane. Podejmowane są tylko doraźne działania organizacyjne, które bez odpowiednich środków nie dają szans na poprawę systemu ani dla pacjentów, ani dla pracowników. Zwiększenie finansowania jest jednym z wielu potrzebnych działań, ale jest najbardziej podstawowym, absolutnie niezbędnym i najpilniejszym warunkiem zadbania o potrzeby zdrowotne Polaków.

Ta fundamentalna decyzja wymaga zgody wszystkich głównych sił politycznych Polski, w poczuciu odpowiedzialności za rozwój kraju i tworzenie fundamentów poprawy jakości życia naszego społeczeństwa. Pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia oczekują więc od Pana pozytywnej odpowiedzi na ten apel.

Wszystkie zmiany w ochronie zdrowia powinny być wprowadzane na podstawie propozycji wypracowanych wspólnie przez pacjentów i pracowników medycznych ze wsparciem głównych sił politycznych. Powinny być sprawdzane w niewielkiej skali i dostosowywane do rzeczywistych potrzeb i możliwości, zanim zaczną obowiązywać wszystkich. Wspólny apel środowisk pacjentów i pracowników medycznych jest także deklaracją zaangażowania, woli porozumienia oraz współpracy.

Sygnatariusze Apelu

APEL

organizacji pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W trosce o zabezpieczenie prawa pacjentów do korzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a także zważając na interes społeczeństwa w zapewnieniu sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, sygnatariusze niniejszego apelu reprezentujący środowisko pacjentów oraz osób wykonujących zawody medyczne zwracają się do Rządu, polityków i wszystkich osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i kształtowanie polityki zdrowotnej o pilne zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB oraz dokonanie koniecznych zmian służących poprawie działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Zwracając uwagę na:

- trwające od wielu lat poważne niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, które sprawia, że pomimo dokładania starań przez pracowników zaangażowanych w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak i osoby zarządzające systemem ochrony zdrowia nie da się w obecnych realiach zapewnić funkcjonowania tego systemu na poziomie odpowiadającym oczekiwaniom pacjentów,
- wynikające z niedoboru środków finansowych ograniczenie dostępności do leczenia, jak również ciągłe zadłużanie się placówek ochrony zdrowia,
- nieprzejrzyste zasady wyceny świadczeń zdrowotnych i duże, często nieuzasadnione obiektywnymi względami, różnice w poziomie finansowania pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń,
- niewłaściwe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych powodujące, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych co roku wykonują znaczną liczbę tzw. ponadlimitowych świadczeń nie mając pewności, że koszt tych świadczeń zostanie im zwrócony,
- szybko rosnące i w pełni uzasadnione oczekiwania pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia związane ze stale zwiększającymi się możliwościami współczesnej medycyny,
- istotne zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, określane mianem starzenia się społeczeństwa, bardzo szybko zwiększające zapotrzebowanie na usługi w zakresie ochrony zdrowia,
- brak sprzyjających warunków organizacyjnych i finansowych dla kształcenia w zawodach medycznych, co już obecnie przekłada się na zbyt małą liczbę personelu medycznego, a w nieodległej perspektywie może praktycznie pozbawić pacjentów opieki w niektórych dziedzinach medycyny,
- słuszne oczekiwania środowisk medycznych w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę,

podpisane pod niniejszym apelem organizacje pacjentów wspólnie z Konferencją Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządami zawodów medycznych apelują do Rządu, polityków, administratorów ochrony zdrowia i wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej o szybkie zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB. Zwiększenie poziomu finansowania powinno nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach, ponieważ już w kilkuletniej perspektywie nakłady na poziomie 6% PKB będą niewystarczające.

W ślad za zwiększeniem nakładów na opiekę zdrowotną postulujemy również wprowadzenie zasad finansowania świadczeń, które umożliwią diagnostykę i leczenie dobrej jakości bez zadłużania podmiotów leczniczych. Zmiany powinny polegać przede wszystkim na poprawie finansowania niedostatecznie wycenionych świadczeń.

Za niezmiernie ważne uznajemy także odbudowanie w społeczeństwie zaufania do systemu ochrony zdrowia m.in. poprzez realistyczne określanie oczekiwań i celów oraz wyłączenie wpływu nieustannych zmian i obietnic politycznych na funkcjonowanie ochrony zdrowia. W ocenie sygnatariuszy tworzenie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ich zmiany powinny zawsze rozpoczynać się od wolnego od wpływów politycznych dialogu pomiędzy pacjentami i fachowymi pracownikami ochrony zdrowia. Zalecamy także daleko idącą ostrożność we wprowadzaniu zmian systemowych w ochronie zdrowia. Powinny one uwzględniać realne możliwości wynikające z poziomu finansowania oraz być poprzedzone działaniami pilotażowymi zanim zostaną wprowadzone w życie w skali całego kraju.

Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej. Obecny system opieki zdrowotnej nie jest zdolny do funkcjonowania na oczekiwanym przez Polaków poziomie. Przy niedostatecznym poziomie finansowania nawet najlepsze rozwiązania w zakresie zarządzania ochroną zdrowia i dobra organizacja pracy nie są w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu świadczeń i ich dobrej dostępności dla pacjentów. Należy więc jak najszybszej poprawić finansowanie, co jest niezbędnym warunkiem poprawy sytuacji pacjentów i zapewnienia fachowym pracownikom medycznym możliwości wykonywania zawodu w Polsce, w odpowiednich, godnych warunkach.

Warszawa, 26 czerwca 2017

Lista sygnatariuszy
Apelu organizacji pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych, z dnia 26.06.2017 r., w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce

1. Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju Warszawa
2. Federacja Pacjentów Polskich
3. Fundacja 3-4 Start
4. Fundacja Carita Żyć Ze Szpiczakiem
5. Fundacja Insulinooporność – zdrowa dieta i zdrowe życie
6. Fundacja MyPacjenci
7. Fundacja Na Rzecz Osób Niewidomych i Słabowidzących
8. Fundacja NeuroPozytywni
9. Fundacja Onkologiczna Nadzieja
10. Fundacja Światło dla Życia
11. Grupa Wsparcia Chorych na Nowotwory Mieloproliferacyjne
12. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
13. Krajowa Izba Fizjoterapeutów
14. Krajowe Forum na rzecz terapii chorób rzadkich – ORPHAN
15. Mazowieckie Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona
16. Naczelna Izba Aptekarska
17. Naczelna Izba Lekarska
18. **Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych**
19. Obywatelski Parlament Seniorów
20. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej
21. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem"
22. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych
23. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym Na Przewlekłą Białaczkę Szpikową
24. Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant
25. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
26. Polska Unia Onkologii
27. Polska Unia Organizacji Pacjentów
28. Polski Związek Niewidomych
29. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne
30. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków
31. Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Chorych Na Padaczkę
32. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera
33. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego
34. Polskie Towarzystwo Alergologiczne
35. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii
36. Polskie Towarzystwo Badania Bólu
37. Polskie Towarzystwo Bioetyczne
38. Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej
39. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej
40. Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej
41. Polskie Towarzystwo Chirurgii Podstawy Czaszki
42. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
43. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
44. Polskie Towarzystwo Dietetyki
45. Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
46. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
47. Polskie Towarzystwo Epileptologii
48. Polskie Towarzystwo Farmakologiczne
49. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii
50. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
51. Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów
52. Polskie Towarzystwo Hepatologiczne
53. Polskie Towarzystwo Higieniczne
54. Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej
55. Polskie Towarzystwo Internistów Polskich
56. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
57. Polskie Towarzystwo Kardio-Torakochirurgów
58. Polskie Towarzystwo Krioterapii
59. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran
60. Polskie Towarzystwo Lekarskie
61. Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej
62. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
63. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy
64. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej
65. Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii

66. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej
67. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego
68. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
69. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne
70. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne
71. Polskie Towarzystwo Neurochirurgów
72. Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej
73. Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych
74. Polskie Towarzystwo Okulistyczne
75. Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej
76. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
77. Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne
78. Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi
79. Polskie Towarzystwo Patologów
80. Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne
81. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji
82. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne
83. Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO
84. Polskie Towarzystwo Transplantacyjne
85. Polskie Towarzystwo Wrodzonych Wad Metabolizmu
86. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych
87. Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego
88. Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi
89. Porozumienie Rezydentów OZZL
90. Retina AMD Polska
91. Stowarzyszenie Centrum Inicjatyw Obywatelskich
92. Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę
93. Stowarzyszenie Chorych na Choroby Reumatyczne
94. Stowarzyszenie Chorych Na Choroby Reumatyczne – Leszno Wlkp.
95. Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka
96. Stowarzyszenie Kobiet z Problemami Onkologiczno-Ginekologicznymi “Magnolia”
97. Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych
98. Stowarzyszenie Mężczyzn Z Chorobami Prostaty „GLADIATOR” im. Prof. T. Koszarowskiego
99. Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Układu Pokarmowego „Apetyt Na Życie”
100. Stowarzyszenie Pomocy Chorym Dzieciom LIVER
101. Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Nowotwory Krwi
102. Towarzystwo Chirurgów Polskich
103. Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych
104. Warszawskie Stowarzyszenie Amazonek
105. Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków “WAMO”
106. Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków im. Hanki Żechowskiej – Koło Podkarpackie “PODAJ DALEJ”
107. Zgierskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

Notatka ze spotkania w dniu 13 lipca 2017r.

NFZ zabezpieczył środki na wzrost wynagrodzeń wynikających z rozporządzenia OWU

Tematyką posiedzenia było m.in.

1. Zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 rok.
2. Zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 rok.

W spotkaniu z ramienia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyła **Pani Zofia Małas – Prezes NRPiP.**

Podczas omawiania punktu trzeciego dotyczącego projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 rok, Prezes NFZ Andrzej Jacyna odpowiedział na pytania posłów w kwestii zabezpieczenia środków finansowych na realizację Porozumienia zawartego w dniu 23 września 2015 roku pomiędzy OZZPiP i NRPiP a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia i wynikającego z niego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes poinformował, iż w planie finansowym zostały zabezpieczone środki finansowe na trzy transze na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych wynikający z ww. Porozumienia.

W czasie posiedzenia Komisji Zbigniew J. Król Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, w odpowiedzi na pytania posłów, poinformował, iż w planie budżetowym są zagwarantowane środki finansowe na wynagrodzenia wynikające z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Prezes NRPiP
Zofia Małas

XX-lecie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych – Warszawa

Z ogromną przyjemnością informujemy, że podczas uroczystości związanej z XX-leciem Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wśród osób odznaczonych za działalność w strukturach związku znalazły się nasze Koleżanki – Panie Małgorzata Szymankiewicz i Ewa Hnat. Pani Małgorzata Szymankiewicz została uhonorowana dwukrotnie: Brązowym Krzyżem Zasługi przyznanym przez Prezydenta RP oraz Złotą Odznaką „Za zasługi dla Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych", Pani Ewa Hnat (członek Rady SIPiP) - Złotą Odznaką „Za zasługi dla Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych".

Obu Koleżankom składamy serdeczne gratulacje!

Oprócz uroczystości odbyły się też wybory nowych władz Związku. Nową Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych została Pani **Krystyna Ptok.**

Pozostałe osoby, które weszły w skład Zarządu Krajowego OZZPiP to:
I Wiceprzewodnicząca – **Longina Kaczmarska**
II Wiceprzewodniczący – **Zdzisław Bujas**
Sekretarz Zarządu Krajowego – **Zofia Czyż**
Sekretarz Zarządu Krajowego – **Dorota Ronek**
Skarbnik Zarządu Krajowego – **Halina Peplińska**
Wszystkim osobom wybranym serdecznie gratulujemy i życzymy sukcesów w pracy związkowej!

Pierwsza z prawej – Małgorzata Szymankiewicz

Gratulacje dla osób odznaczonych

Druga od prawej – Pani Ewa Hnat

Złota Odznaka „Za zasługi dla OZZPiP"

Podziękowania dla przedstawicieli OIPiP

Od lewej: Lucyna Dargiewicz i Zofia Małas

Występ Chóru Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych na konkursie „Nowe Talenty 2017", który odbył się 18.06.2017r. w Operze na Zamku Książąt Pomorskich

Konferencja „Wyzwania pielęgniarstwa rodzinnego XXI wieku – III edycja" – 21 06.2017 r.

Widok sali

Losowanie nagród

Ekspozycja Firmy Schulke

Ciekawy wykład Pani Janiny Sztamy

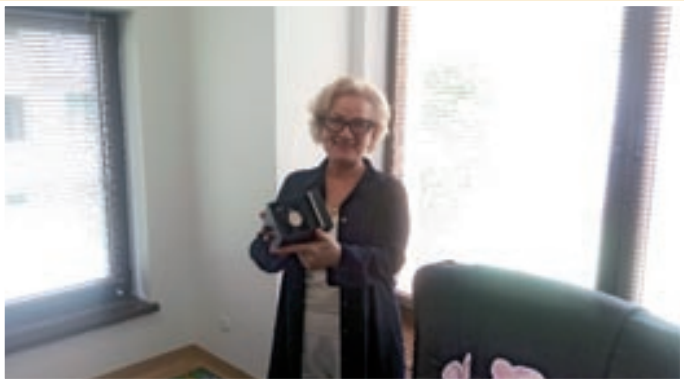
Z wizytą u Prezydenta Piotra Krzystka – 28.06.2017 r.

Posiedzenie Rady SIPiP – 29.06.2017 r.

Pożegnanie Pani Urszuli Karpowicz

Piękne kwiaty i… przepyszne ciasto!

Życzenia od koleżanek



Niech pamiątkowy zegarek przypomina same dobre chwile…

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG” – kurs realizowany z SP ZZOZ MEDICAM w Gryficach

Spotkanie z Prezesem NFZ o bieżących problemach pielęgniarek i położnych

W związku z licznymi problemami członków samorządu związanymi z kontraktowaniem świadczeń w opiece długoterminowej domowej na wniosek Prezes NRPiP Zofii Małas w dniu 14 czerwca 2017 r. zorganizowane zostało spotkanie w centrali NFZ. Przedstawiciele NRPiP w osobach Zofia Małas Prezes, Mariola Łodzińska Wiceprezes, Joanna Walewander Sekretarz, Teresa Kuziara Członek Prezydium, poruszyły kwestie problemów i skarg, jakie wpływały do NIPiP na oddziały wojewódzkie NFZ w związku z różnorodnymi wymogami i interpretacją kryteriów oceny ofert. W związku z niezakończoną procedurą kontraktowania w całej Polsce, Prezes NFZ A. Jacyna nie mógł wybiórczo odnieść się do zarzutów, jakie wpłynęły od środowiska, jednak zobowiązał się do poddania analizie całego procesu kontraktowania po jego zakończeniu i podjęcia ewentualnych działań. Ponadto tak, jak obiecał, od przyszłego roku planuje ujednolicić stawkę w opiece długoterminowej domowej na poziomie wyceny AOTMiT. Pod dyskusję poddane zostały zawartość nesesera pielęgniarskiego, jaki wymagany jest w opiece długoterminowej, a także zestaw przeciwwstrząsowy (HES) oraz sugerowano, aby w załączniku wpisać identyczną zawartość nesesera, jaki obowiązuje w POZ. Przekazana została informacja od położnych, które przystąpiły do kontraktowania świadczeń w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej, z jakimi problemami spotykają się w swojej pracy i jakie należałoby podjąć kroki, aby wyeliminować czynniki uniemożliwiające realizację świadczeń. Zwrócono uwagę na problemy związane z jednoznacznym zdefiniowaniem etatu przeliczeniowego w POZ. Wszystkie problemy, jakie trafiają bezpośrednio i pośrednio do NIPiP zostały przekazane Prezesowi do weryfikacji i ewentualnych zmian.

Źródło: NIPiP

Przeczytaj, może się przydać...

Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

Wstęp

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 ww. ustawy.

CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

OKREŚLENIE POJĘĆ

Agresja [łac. aggressio 'napaść','natarcie'], *psychol.* działanie (fizyczne, słowne,) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. **Agresja fizyczna** – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.
2. **Agresja słowna (werbalna)** – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

Pobudzenie – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

Osoba agresywna – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

Naruszenie nietykalności cielesnej – to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

Czynna napaść – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonanym w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

Znieważenie – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.

OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY

Warunki:

- Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w 4 ust. 1

pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić podczas i w związku z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.

- Zaistnienie zdarzenia „podczas i w związku" z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.
- Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo – przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.
- W świetle art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

Przesłanki:

1. **Ochrona prawna przysługująca pielęgniarce objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:**
   - rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
   - rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
   - planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
   - samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
   - realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
2. **Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:**
   - rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej
   - kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
   - prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
   - przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
   - podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
   - sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
   - badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
   - realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
   - samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ

1. **W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:**
   1) wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
   2) zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
   3) informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,
2. **W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należy:**
   1) w przypadku zaistnienia przesłanek przestępstwa zawiadomić organa ścigania składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając:
      - okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
      - wskazać w trakcie, jakich czynności (udzielanego świadczenia) doszło do zdarzenia,
   2) dnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
   3) wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
   4) poinformować niezwłocznie kierownika oddziału / placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
   5) w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowego.

OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU

Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawo-

dach pielęgniarki i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych. O naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawnokarnej.

1. Przestępstwa popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora,
2. Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej, i zagrożony jest karami: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności,
3. Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej)
4. Odpowiedzialność za napaść na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

PODSTAWA PRAWNA

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

Spotkanie w dniu 26 lipca 2017 r.

W dniu 26 lipca 2017 r. w siedzibie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia odbyło się spotkanie inaugurujące współpracę administracji publicznej z organizacjami branżowymi nad kodeksem postępowania dla podmiotów sektora ochrony zdrowia dotyczącym ochrony danych osobowych.

W spotkaniu z ramienia NRPiP udział wzięli Sebastian Irzykowski Wiceprezes NRPiP oraz Joanna Walewander Sekretarz NRPiP. 26 lipca 2017 r. w siedzibie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia odbyło się spotkanie inaugurujące współpracę administracji publicznej z organizacjami branżowymi nad kodeksem postępowania dla podmiotów sektora ochrony zdrowia dotyczącym ochrony danych osobowych.

Pierwsze spotkanie grup interesariuszy projektu poświęcone było przedstawieniu podstawowych założeń oraz metodologii prac na kodeksem. Wskazany został również kontekst prawny, na podstawie którego podjęto inicjatywę utworzenia kodeksu.

Podkreślone zostało, że artykuł 40 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, wprost zachęca do opracowywania przez organizacje branżowe kodeksów postępowania, które służyć będą doprecyzowaniu zakresu zastosowania przepisów RODO.

W spotkaniu udział wzięli przedstawiciele podmiotów, które zadeklarowały chęć współpracy przy opracowywaniu kodeksu m.in.:

strona publiczna: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;

- podmioty tworzące: Polska Federacja Szpitali, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Pracodawcy Medycyny Prywatnej, Konfederacja Lewiatan, Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- podmioty wspierające: Województwo Wielkopolskie, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Fundacja My Pacjenci, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Naczelna Izba Aptekarska, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Gdański Uniwersytet Medyczny, Kancelaria DZP.

Zwiększenie ochrony danych osobowych pacjentów, czy otwarcie rynku ochrony zdrowia na nowe technologie, to tylko niektóre z wielu korzyści jakie płyną z opracowania kodeksu. Ponadto bardzo ważnym aspektem jest dostosowanie wytycznych i standardów bezpieczeństwa danych do postępu technologicznego.

Zgodnie z zaprezentowanym podczas spotkania wstępnym harmonogramem, zakończenie prac nad kodeksem i przedstawienie projektu Głównemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych powinno nastąpić pod koniec tego roku.

Na zakończenie, uczestnicy podpisali list intencyjny, który stanowi deklarację współpracy sygnatariuszy. Zgodnie z treścią listu, organizacje pracodawców z branży ochrony zdrowia, organizacje pacjentów oraz strona publiczna dostrzegają konieczność zapewnienia szczególnej ochrony przetwarzania danych medycznych pacjentów, oraz dostępu do tych danych w zakresie niezbędnym do efektywnej realizacji procesu terapeutycznego oraz rozwoju badań naukowych. Źródło: NIPiP

W dniu 28 czerwca 2017 r. odbyło się spotkanie w Ministerstwie Sprawiedliwości z udziałem Wiceministra Łukasza Piebiaka w towarzystwie czwórki sędziów, natomiast NRPiP reprezentowali Prezes Zofia Małas, Wiceprezes Mariola Łodzińska, Sekretarz Joanna Walewander, Radca Prawny Paweł Dudkiewicz. Celem spotkania było poruszenie problemu postępowań i spraw karnych, jakie toczą się w sądach powszechnych wobec pielęgniarek i położnych. Z uwagi na przepisy prawne, które obligują do rejestrowania w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych ukaranych za przewinienia zawodowe, podnoszono kwestię wypracowania sposobu powiadamiania o tego typu orzeczeniach wydawanych w sądach powszechnych. Wiceminister Ł. Piebiak z zainteresowaniem wysłuchał argumentów i obiecał podjąć działania prawne w zakresie dokonania zmian legislacyjnych i wypracowania mechanizmu, który pozwoli na pozyskiwanie takich danych.

Konferencja „Wyzwania pielęgniarstwa rodzinnego XXI wieku"

Jak ćma – depresje w wieku podeszłym

Można bez zbytniej przesady porównywać depresję do ćmy niewidocznej w mroku, w którym żyje. W ciągu lat ćma zmienia się z gąsienicy w poczwarkę, następnie jest szarym motylem. Okres dzieciństwa i wczesnej młodości porównujemy do larwy. Okres dorosłości to poczwarka, podstawowa forma, pod jaką znamy depresję.

Być może najtrudniej pisać o depresji wieku podeszłego. Ćma jest w pełni ukształtowanym motylem, ale ukrywa się w ciemności i trudno obserwować jej bezszelestny lot. Tak samo jest z depresją w wieku podeszłym, często jest bardzo trudna do zauważenia i do zdiagnozowania.

Depresje są najczęstszymi zaburzeniami w wieku podeszłym. Zespoły depresyjne to heterogenna grupa, w której znajdują się:

- zaburzenia afektywne dwubiegunowe, co najmniej dwa epizody choroby (mania i depresja)
- zaburzenia depresyjne nawracające (czyli choroba afektywna jednobiegunowa) nazywane również depresjami endogennymi
- organiczne zaburzenia afektywne (nazywane depresjami organicznymi), czyli zaburzenia nastroju ze zmianami aktywności związane z chorobą mózgu
- depresje występujące w chorobach somatycznych (depresje somatogenne)

W ogólnych kryteriach diagnostycznych należy uwzględnić osiowe objawy depresji: obniżenie nastroju, aktywności, energii, łatwą męczliwość, lęk, występowanie zaburzeń rytmów biologicznych (zaburzenia snu, łaknienia, libido) i objawy somatyczne (bóle głowy, ucisk w okolicy przedsercowej, kołatanie serca, zaparcia, osłabienie fizyczne).

Zmiany fizjologiczne, które zachodzą w starzejącym organizmie mają wyraźny wpływ na przebieg i obraz kliniczny depresji. Skargi osób starszych na poczucie smutku, przygnębienia, przewlekłe zmęczenie, osłabienie, przeprowadzenie bilansu życia są lekceważone i traktowane jako wynikające z procesu starzenia.

Trudności w rozpoznawaniu depresji u starszych pacjentów mogą wystąpić z podobieństwa niektórych jej objawów do zaburzeń somatycznych, typowych dla wieku podeszłego. Objawy depresji są wtedy traktowane jako objawy choroby somatycznej,

zwłaszcza, gdy opisane dolegliwości występują bez szczególnie obniżonego nastroju. Pacjent koncentruje się na dolegliwościach somatycznych, które mogą być nasilone przez współistniejące choroby typowe dla tej dekady życia (reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporoza, cukrzyca, niedociśnienie i nadciśnienie tętnicze). Występujące objawy są w rzeczywistości objawami nierozpoznanej depresji (tzw. maski somatyczne depresji) ze wszystkimi konsekwencjami (zwiększone ryzyko samobójstwa, pogorszenie stanu somatycznego).

Starsi pacjenci często nie zgadzają się z rozpoznaną depresją, obawiając się stygmatyzacji związanej z rozpoznaniem choroby psychicznej. Dla wytłumaczenia swojego stanu poszukują wyjaśnień racjonalnych – zmęczenie życiem, obecność chorób somatycznych, zły stan finansowy, samotność. Rozpoznanie depresji utrudnia także język, jakim posługują się osoby starsze – albo nie pamiętają, od kiedy występują objawy, albo uważają, że ich zły stan psychiczny i dolegliwości trwają od „zawsze".

Wśród czynników, które mają największe znaczenie w występowaniu depresji znajdują się: czynniki psychospołeczne, choroby ośrodkowego układu nerwowego, choroby somatyczne i czynniki patogenne (polifarmakoterapia).

Ocenia się, że psychospołeczne czynniki ryzyka depresji są czasem nawet bardziej istotne niż somatyczne.

Do grupy tych czynników należą przede wszystkim: wdowieństwo, samotność, zły stan finansowy, zmiana miejsca pobytu, wypis ze szpitala po przebytej chorobie somatycznej i wiek powyżej 80 roku życia.

Izolacja społeczna i postępująca niewydolność fizyczna mogą być przyczyną depresji lub nasilać jej przebieg, powodując przewlekłość jej przebiegu i oporność na leczenie. Izolacja społeczna potęgowana jest utratą partnera życiowego. Przewlekły przebieg depresji powoduje pogorszenie jakości życia, a śmiertelność ulega zwiększeniu (mniejsza dbałość o stan zdrowia, nieuregulowane przyjmowanie leków, złe nawyki żywieniowe).

Depresja często występuje w chorobach i uszkodzeniach OUN, takich jak choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, udar, padaczka.

Charakterystycznymi postaciami depresji występującej w wieku podeszłym są:

- zespoły asteniczno – depresyjne (astenia – wyczerpanie, osłabienie), charakteryzują się apatią , utratą zainteresowań, zmniejszoną sprawnością fizyczną i intelektualną, zobojętnieniem, występują skargi na ból głowy, kołatanie serca (w 30% niezdiagnozowane)
- depresje atypowe (nietypowy obraz depresji o przewlekłym przebiegu), liczne skargi na dolegliwości somatyczne, niepokój psychoruchowy, duża liczba skarg z lękiem, skargi na zaburzenia równowagi lub zaburzenia pamięci
- depresja psychotyczna (z licznymi urojeniami depresyjnymi, winy, katastrofy, urojenia nihilistyczne czyli negacja funkcjonalna ciała i możliwości życia; urojenia hipohondryczne - niedające się korygować przekazy o obecności śmiertelnej choroby, poczucia niewydolności narządów).

Przykładem depresji o najgłębszym nasileniu objawów psychotycznych jest zespół Cotarda. Chorzy wypowiadają urojenia nihistyczne i hipochondryczne w sposób bezdyskusyjny np. „ja nie żyję", „moje ciało nie funkcjonuje", „nie mam jelit".

Leczenie farmakologiczne w depresji przynosi poprawę stanu psychicznego u około 50-60% chorych. Leki powinny uwzględnić profil objawów niepożądanych i możliwości interakcji z innymi stosowanymi lekami. Bardzo ostrożnie powinno się stosować trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (np. amitryptylina, imipramina, doksepina) ze względu na objawy niepożądane (zaburzenia świadomości, tachykardia, arytmia, nadmierna sedacja, upadki, zawroty głowy, hipotonia artostatyczna).

Zalecane jest stosowanie leków nowszej generacji (np. citalopram, sertralina, wenlafaksyna, mirtazapina). W depresjach o znacznym nasileniu, z towarzyszącym zagrożeniem życia (np. myśli samobójcze, odmowa przyjmowanych posiłków i płynów, niemożność podania leków) stosuje się leczenie elektrowstrząsowe, które jest bardzo efektywne (ok. 70% poprawy) i skraca czas cierpienia chorego.

Ryzyko samobójstwa w wieku podeszłym rośnie wraz z liczbą chorób, na które cierpi pacjent!

Samobójstwo dokonane z powodu depresji w wieku podeszłym jest trzy krotnie częstsze niż u ludzi młodych (Geriatria 2014).

Sygnały słowne wskazujące na ryzyko samobójstwa:

- „chcę umrzeć" – zwiększa ryzyko samobójstwa 8 krotnie,
- „nic mi nie pomoże i nic na mnie już nie czeka" 7 krotnie wzrasta ryzyko samobójstwa,
- „jestem smutny, bo nie potrafię nawet umrzeć" – nawet 10 krotnie po przebytej próbie samobójczej.

Rola pielęgniarki/opiekuna w opiece nad pacjentem z depresją polega na:

- dbałości o regularność przyjmowania posiłków i płynów,
- aktywizacji chorych – spacery, prosta gimnastyka, zadania logiczne i inne formy terapii zajęciowej,
- w kontakcie z chorym należy podkreślać pozytywne elementy życia i jego stan zdrowia,
- wsparciu psychologicznym chorego powinno koncentrować się na ukazywaniu dodatnich stron, a nie na negowaniu przeżyć i próbach całkowitej zmiany myślenia np. w odpowiedzi na stwierdzenie „po co to wszystko i tak umrę" powinno zwrócić się uwagę na miejsce chorego w rodzinie i wagę jego obecności dla młodszych pokoleń, w stosunku do osób, które cierpią na depresję z powodu śmierci partnera życiowego opieka polega głównie na towarzyszeniu w codziennych czynnościach i wypełnianiu czasu

„Chory depresyjny szuka poczucia bezpieczeństwa. Jego źródłem może być osoba zachowująca spokój, ale aktywna i zdecydowana. Taka osoba komunikuje pośrednio, że wie jak rozwiązać jego problemy, przez co budzi zaufanie i przywraca poczucie bezpieczeństwa" (E. Wilczek - Rużyczka).

Podsumowanie:

Cierpienie osoby starszej będącej w depresji jest nie tylko walką z samotnością, ale często osamotnieniem w tej walce.

Nie wolno zostawić starszego człowieka samego z podejrzeniem depresji!

„Radość jest ważnym elementem „woli życia" istotnej i u osób starych zdrowych i cierpiących na liczne choroby i dolegliwości, co zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji" (T. Parnowski)

mgr Janina Sztama - członek Komisji do kontroli nad IPPP

Wyrwane z kontekstu ...KODEKSU... część 2

Danuta Kunecka
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
przy Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych

Rozważając podjęcie napisania pierwszej części tekstu opatrzonego ww. tytułem, dylematy Autorki, związane z wyborem tematyki oraz samą ich treścią, wynikały między innymi z faktu, iż od dłuższego już czasu w codziennych, osobistych „podsumowaniach dnia" pojawiały się wątpliwości, związane z rolą i znaczeniem jakie współcześnie odgrywa w naszym życiu „SZACUNEK". A że z pozycją „Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej" Autorka praktycznie się nie rozstaje, to po kilkukrotnym jej przeczytaniu dostrzegła, iż słowo „SZACUNEK" w stosunkowo krótkim opracowaniu, jakim jest wzmiankowany Kodeks, pojawia się nader często. W różnych jego formach zastosowano je w całym Kodeksie aż dziewięć razy. Ponadto trudno jest ocenić czy właściwie odczytano, dostrzeżoną w nim pewną systematykę stosowania słowa „SZACUNEK", o czym nieco szerzej będzie w dalszej części tego opracowania.

Zarówno w przypadku części 1 opracowania „Wyrwane z kontekstu … KODEKSU…", jak i obecnej, wybór tematyki powodowany był swoistym impulsem z zewnątrz. Można by nawet powiedzieć, że powodowany był chwilą. W tym przypadku były to przejmujące słowa, wypowiedziane przez generała Ściborа-Rylskiego w czasie obchodów 73 rocznicy wybuchu Powstania Warszawskiego „Polacy muszą SZACUNEK *mieć do wszystkich"*. Pierwszą myślą jaka przyszła Autorce do głowy, jako humanistce z „krwi i kości", była chęć zamiany słowa „Polacy" na „Ludzie". W kolejnej zaś „Polacy" na „Pielęgniarki" i skojarzenie z konkretnym już zapisem ujętym w Kodeksie Etyki, w punkcie 2 treści „Przyrzeczenia" – *„Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice".* Zdaniem Autorki, to swoista kwintesencja znaczeniowa dla wyrazu „SZACUNEK" w odniesieniu do ról i funkcji zawodowych Pielęgniarek i Położnych, jakże współcześnie aktualna. Ma ona u swoich podstaw słownikowe definicje terminu SZACUNEK.

SZACUNEK – rzeczownik, rodzaju męsko rzeczowego, odmienny. Wyraz dwu znaczeniowy, homonimiczny, występujący w bardzo wielu formach synonimicznych. W języku polskim zapożyczony z języka niemieckiego. Pierwotnie miał on w polszczyźnie postać *szacunk* (niem. *Schatzung*) i był związany z czasownikiem *szacować* (niem. *schatzen*). SZACUNEK to pierwotnie (na wzór języka niemieckiego) 'oszacowanie, cenę, wynikającą z oszacowania czegoś'. Na przełomie XVII – XIX wieku doszło do rozwoju semantycznego *szacunk* jako hasła synonimicznego do szacunek, występującego w co najmniej trzech znaczeniach, z których pierwsze, to znane nam 'szacowanie, cenienie, taksa', drugie, prawne 'naznaczenie poboru' i trzecie 'szacownie, cenienie, cześć, dostojeństwo'. W wieku XX doszło do dalszego, znacznego rozszerzenia semantycznego wyrazu SZACUNEK. To, co pierwotnie znaczyło ocenianie w sensie materialnym, zaczęto się odnosić do oceniania w sensie moralnym: oszacować to tyle co 'wycenić', czyli określić cenę i wartość przedmiotu oraz wartość człowieka. Mimo, że rozwój semantyczny wyrazu postępował dość wolno, to bardzo konsekwentnie. W wieku XX nastąpiło dalsze jego przesunięcie semantyczne, skutkujące obecnie dominacją wtórnego znaczenia SZACUNKU nad pierwotnym.

Jedna z definicji uznaje SZACUNEK za **„grzeczność połączoną z troską o uczucia i dobro drugiej osoby"**. W ujęciu filozoficznym SZACUNEK, to **„pokrewna życzliwości postawa akceptacji dokonań, dążeń i poglądów drugiego człowieka oraz czci dla tego, co w nim wielkie".** Według definicji Słownika Języka Polskiego, to przede wszystkim **„stosunek do osób lub rzeczy uważanych za wartościowe i godne uznania"**. Nie oznacza to jednak, że jeśli uznam drugą osobę za niewystarczająco wartościową i niegodną uznania, to mogę przestać ją szanować. To oczywiste. Niemniej termin charakteryzowany w opisach swoich synonimów znaczeniowych, jako: atencja, cześć, estyma, poszanowanie, poważanie, uznanie, respekt, uszanowanie, autorytet, już nie zawsze należny jest każdemu. Wynika to z dwoistości charakteru pojęcia GODNOŚĆ, charakteryzującego SZACUNEK dla samego siebie, zdefiniowanego już w czasach starożytności, przez Arystotelesa. Dwoistość ta przejawia się w charakterze: osobowym – należnym każdemu z faktu bycia człowiekiem oraz osobowościowym – zależnym od podjętego trudu (tego co dana osoba dokonała). Opisując termin SZACUNEK, nie można nie wspomnieć, o GODNOŚCI, jako jednej z podstawowych wartości w etyce rozwoju. **„GODNOŚĆ, to cnota ujmowana jako złoty środek między wadami zarozumialstwa i służalczości"**. Jest ona elementem silnie warunkującym znaczenie terminu SZACUNEK.

Indywidualne poczucie SZACUNKU dla innych, siebie samego, czy żywych istot generalnie, ze względu na ich wrażliwość, jest czymś zgoła odmiennym, aniżeli konwencjonalne jego formy, okazywane w rytualnych, kulturowo swoistych sposobach zachowania. Nie można zapominać, iż w jednych kulturach SZACUNEK wyraża się na przykład w odpowiednim dystansie, w innych znów – w gestach i dotyku wyrażających uznanie, poufałość, czy zażyłość. Formy, rytuały i etykiety służą przede wszystkim ekspresji poczucia SZACUNKU. Niemniej również lekceważenie i pogarda doczekały się licznych form wyrazu: od charakterystycznego grymasu ust, pełnych odrazy spojrzeń, po jednoznacznie obraźliwe gesty, za przykład których może posłużyć „gest Kozakiewicza". W porównaniu z powyższymi, katalog form wyrażania SZACUNKU okazuje się wątpliwym bogactwem. Niekiedy jest on u ludzi nader skromny, czy wręcz ubogi. Ponadto odczuwanie poczucia SZACUNKU jest czymś niezwykle delikatnym. Rodzi się ono we wczesnym dzieciństwie, w okresie przed werbalnych, zmysłowo – emocjonalnych relacji z osobami

najbliższymi. W okresie w którym niemowlę postrzega i identyfikuje innych, jako „ludzkich bliźnich". Małe dzieci uczą się okazywania go innym, obserwując pilnie rodziców i najbliższe otoczenie. Niemniej potrzeba i poczucie SZACUNKU u różnych osób, może być w swym nasileniu bardzo zróżnicowane. Jednak z uwagi na fakt, iż mają one kluczowe znaczenie etyczne, SZACUNEK należy okazywać i odwzajemniać wobec każdego człowieka wówczas, gdy jest on autentyczny i niewymuszony. Mając na uwadze, że bez wzbudzenia u innych poczucia SZACUNKU wobec naszej osoby, nie uzyskamy w zamian wiele więcej, aniżeli ślepe posłuszeństwo, będące wynikiem jedynie obawy przed jakąś sankcją.

Powyższe charakterystyki i opisy definicyjne pojęcia „SZACUNEK", pozwalają na pełniejsze jego zrozumienie w odniesieniu do przywołanych w tym opracowaniu fragmentów Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, który odnosi się zdaniem Autorki, do jego wymiaru osobowego, należnego każdemu człowiekowi. Ponadto w jakimś stopniu, uzasadniają one „zdiagnozowaną" przez Autorkę systematykę, stosowania w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, różnych form wyrazu SZACUNEK.

W treści odnoszącej się do „istoty zawodu pielęgniarki i położnej", czyli słów „Przyrzeczenia" słowo SZACUNEK zastosowano aż trzykrotnie. Kolejno w odniesieniu do samego tytułu/zawodu pielęgniarki/położnej **„Z głębokim SZACUNKIEM i czcią przyjmuję nadany mi tytuł…"**, w odniesieniu do pacjentów – punkt 3 **„Okazywać pacjentom należny SZACUNEK…"** oraz w odniesieniu do współpracowników – punkt 4 **„Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z SZACUNKIEM…"**. W części ogólnej Kodeksu nie pojawia się ono w ogóle, co autorki nie zaskakuje, ponieważ ta część jest swoistym odniesieniem się do aspektów ujętych już wcześniej, w „Przyrzeczeniu". Natomiast w części szczegółowej termin SZACUNEK pojawia się w odniesieniu do kwestii nie opisywanych w samym „Przyrzeczeniu", tj.: art. 11, części II – Pielęgniarka/Położna a praktyka zawodowa i nauka **„…powinna cenić i SZANOWAĆ swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, by budzić SZACUNEK i zaufanie"**, art. 13, części II – Pielęgniarka/Położna a praktyka zawodowa i nauka **„…powinna otaczać SZACUNKIEM historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu"** oraz art. 3 części III – Pielęgniarka/Położna a samorząd pielęgniarek i położnych **„Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym SZACUNKU…"**. Ponadto opisywany termin pojawia się również w punktach, niejako doprecyzowujących te zawarte w „Przyrzeczeniu", tj.: art. 7, części I – Pielęgniarka/Położna, a pacjent **„… zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z POSZANOWANIEM uznawanych przez niego wartości"** oraz art. 1, części IV – Pielęgniarka/Położna a współpracownicy **„… powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kulturowe i POSZANOWANIA człowieka…"**.

Czy powyższe zapisy ujęte w Kodeksie Etyki Zawodowej stosowane są w praktyce? Tu zdania są podzielone. Tak popularne dzisiaj różnego rodzaju fora internetowe dostarczają bardzo „bogatego" opisu współczesnych jego form. Niestety w zdecydowanej większości są to opisy raczej przejawów braku elementarnego SZACUNKU, zarówno wobec przedstawicieli środowiska pielęgniarsko – położniczego, jak i tychże wobec swoich pacjentów, czy też współpracowników. Autorka za okoliczność w jakimś stopniu łagodzącą oceny takiego postępowania, niekiedy tak jednoznacznie nagannych zachowań, doszukuje się między innymi w aktualnie, powszechnie diagnozowanej „trudnej" sytuacji organizacyjnej wielu placówek sektora zdrowia. Tłumacząc je przede wszystkim brakami w obsadach personelu, skutkujących chronicznym przeciążeniem pracowników, czy też wręcz wypaleniem zawodowym, występującym u niektórych pielęgniarek/pielęgniarzy/położnych.

Zapisy Kodeksu Etyki Zawodowej wbrew dość licznym już głosom uznającym je za archaiczne, w odniesieniu do opisywanej kwestii SZACUNKU, zdaniem Autorki takie nie są. Korespondują one w istotnym wymiarze z opisywanym w literaturze przedmiotu, modelem organizacyjnym, opartym na kulturze SZACUNKU, w której bez zaangażowania pracowników nie można sobie wyobrazić ciągłego udoskonalania organizacji, polegającego na wprowadzaniu wielu, nawet drobnych, oddolnych usprawnień. Jednak warunkiem jej zaistnienia w praktyce organizacyjnej jest konieczność stosowania wymogu przejrzystej komunikacji oraz klarownego, dostępnego dla wszystkich jej uczestników, zdefiniowania celów. W kulturze SZACUNKU pojęcie „SZACUNEK" rozumiane jest jako **„zaufanie do ludzi, a także przekonanie, że chcą oraz potrafią rozwijać się i uczyć"**. Takie ujęcie, w polskich realiach w znacznym stopniu zmienia jednocześnie rozumienie roli menadżera, który w tym przypadku powinien przede wszystkim pozytywnie motywować, a nie jedynie nadzorować i oceniać swoich pracowników. Ponadto nie można w odniesieniu do polskich realiów zapominać o znaczeniu jaki w kulturze SZACUNKU odgrywa dbanie o odpowiednią równowagę między pracą, a życiem prywatnym pracowników. Zdaniem autorki obecnie w zespołach pielęgniarsko – położniczych zdecydowanie nazbyt powszechnym stała się postawa oparta nie na elementarnym SZACUNKU względem np. przełożonego, współpracownika, czy pacjentów, a jedynie wynikająca z ryzyka jej negatywnych konsekwencji, np. wymuszona przez zwierzchnika swoista „zawodowa grzeczność" pod ryzykiem słownego upominania. Zdaniem Autorki zapomniano zupełnie, iż wzajemny SZACUNEK każdorazowo oparty musi być na partnerstwie. W wyniku tego, nazbyt często można dziś „usłyszeć" wypowiadane przez różne osoby swoiste „zapewnienia o SZACUNKU" względem innych, które z prawdziwym SZACUNKIEM mają niewiele wspólnego, ponieważ nie znajdują one zazwyczaj poparcia w podejmowanych przez zapewniającego, bliższych i dalszych jego działaniach. Te zapewnienia są, co najwyżej przemyślanym elementem swoistej gry, prowadzonej przez osoby nastawione na zyskanie w swoim środowisku, nie tylko zawodowym, korzystnej dla nich opinii. Nie mniej to powierzchowne, odbierane jako pozytywne wrażenie, wywierane przez taką osobę wśród osób zabieganych, przepracowanych, czy wręcz przemęczonych, jest już na tyle silne, że mało kto z osób „odbierających je", chce zauważać kryjący się za nimi cynizm, fałsz i obłudę ich „nadawcy"

Przeszukując zasoby internetowe Autorka trafiła na wpisy, które dają się sformułować w swoistą puentę dla rozważań opisywanych w tym opracowaniu. Otóż trudno współcześnie akceptować stwierdzenie, iż obecnie bez względu na okoliczności, a jedynie z jakiegoś sztywno określonego powodu, np. wieku, czy zajmowanego stanowiska, można oczekiwać od innych okazywania względem danej osoby SZACUNKU, innego jak ten w powszechnym uznaniu, należny każdej żywej istocie. Właściwe jest uznanie iż, każdorazowo na takowe ponadprzeciętne „oczekiwanie" SZACUNKU należy sobie zapracować, koniecznie pamiętając, że SZACUNEK należy się przede wszystkim temu, kto szanuje innych. *„Kto niczego nie daje i nie bierze niczego, ten utraci wnet miłość przyjaciela każdego"* – słowa XVI wiecznego przysłowia jednoznacznie wskazują, że jedynie SZACUNEK odwzajemniany, oparty na zasadzie równorzędności kooperacji oraz symetrycznej zwrotności i wymienności w relacjach, pozwala na odczuwanie SZACUNKU w sposób pełny i dojrzały. Niemniej odpowiedź na pytanie: czy obecnie mamy do czynienia z opisywanym przez Sennetta deficytem SZACUNKU? Autorka pozostawia już indywidualnie każdemu czytelnikowi.

Bibliografia u autorki.

Konflikt w pracy a jakość opieki

Dokonując wyboru zawodu pielęgniarki, czy zawodu położnej należy, a nawet trzeba uświadomić sobie, że jest to wybór o ogromnym znaczeniu społecznym. Specjalność pielęgniarska jest w swoim zakresie bardzo szeroka i złożona. Istotą tego zawodu jest troszczenie się, dbanie i wspomaganie człowieka w różnych sytuacjach zdrowotnych.

W dzisiejszych czasach bezpieczeństwo pacjenta jest podstawowym wymiarem jakości opieki i stanowi integralny element systemu poprawy tej opieki.

Pielęgniarki i położne żyją nie tylko w społeczeństwie, ale mają własne życie osobiste.

Zadania wynikające z tych dwóch wspomnianych obszarów nie zawsze są ze sobą zgodne.

W pracy zawodowej pielęgniarek i położnych występują konflikty i nieporozumienia oraz problemy o różnym stopniu nasilenia. Są małe i duże, dotyczą najczęściej stanu zachowania wobec drugiej osoby, pacjenta jego rodziny, naszej koleżanki/kolegi.

Współczesne pielęgniarki i położne musi cechować otwartość na zmiany, elastyczność w podejmowaniu decyzji i zadań oraz zaradność. Wszystko to odbywać się musi w oparciu o aktualne przepisy prawne: ustawy o zawodzie, o samorządzie pielęgniarek i położnych, Kodeks etyki oraz poszerzenie wiedzy w kierunku medycyny, psychologii, socjologii i ekonomii.

Co zrobić jeśli występują u pielęgniarki jakieś braki dotyczące wiedzy, czy możliwości postępowania w danej sytuacji, problem z radzeniem sobie w momencie, gdy „dopada" nas stres?...

Możliwości i sposoby radzenia sobie ze stresem są ważnymi czynnikami jakości życia. Ma to duże znaczenie w pracy zawodowej pielęgniarek.

Praca z drugim człowiekiem: zdrowym i chorym, sposób komunikowania się z nim, przekazywanie różnych informacji, poleceń, prowadzenie rozmowy z pacjentem i jego rodziną wykonywane właściwie, będą świadczyły o jakości opieki.

Conflictus z j. łacińskiego – zderzenie, może mieć różne podłoże, najczęściej jest wynikiem złej komunikacji w zespole pracowniczym. Praca zmianowa, w niedzielę, święta, kontrakty, minimalne normy zatrudnienia, zmiana miejsca pracy: dzisiaj na jednym oddziale, jutro na innym - to najczęstsze powody nieporozumień.

Zdarzają się uroczystości rodzinne, dla których brakuje nam czasu z powodu obowiązków w pracy i nie ma możliwości zamiany dyżuru, ani wzięcia urlopu wypoczynkowego. Występują napięcia emocjonalne w pracy: pacjent konfliktowy, pod wpływem alkoholu, środków odurzających, agresywny, sytuacja, z którą pielęgniarka spotyka się po raz pierwszy (jest noc, pękła rura i zalało gabinet zabiegowy, a tu przywożą nam pacjenta w ciężkim stanie, nie działają komputery) i cóż się dzieje?...

Po powrocie do domu przenosimy złość na rodzinę i winimy za niepowodzenia w pracy. Jesteśmy zmęczeni, a tu dzieci mają ochotę na zabawę, wyjście z domu – przecież „obiecaliśmy". Nasze zmęczenie, problemy zdrowotne stają się w tym przypadku mało ważne, ale są dla nas istotne.

Liczy się też, jakie my pielęgniarki i położne mamy predyspozycje psychiczne i czy podołamy wymaganiom w pracy (liczba godzin pracy, praca na dwóch etatach, w dwóch miejscach – potrzebna ze względów ekonomicznych, dojazdy do niej, wspomniany wyżej system zmianowy). Są to konflikty pomiędzy naszą pracą a naszą rodziną, czy też gdy rodzina wymaga zaangażowania w swoje sprawy, występuje konflikt rodzina i nasza praca.

Konflikty, nieporozumienia, a może według mojej oceny są to też dylematy natury praktycznej, etycznej i zawodowej, istniały i istnieć będą. Przykłady różnych nieporozumień czy też „potknięć" można mnożyć, nasze wzorce wyniesione z domu, kultura, religia mają wpływ na nasze postawy zawodowe.

Nasza mowa, postawa zawodowa połączone z profesjonalizmem oraz roztropne, nieustanne czuwanie to elementy, które są ważne, by nie powiedzieć najważniejsze w pełnieniu roli zawodowej pielęgniarki i położnej.

Systematycznie staramy się podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, opracowujemy procedury, standardy, uzyskujemy akredytację, certyfikaty jakości. Pragniemy i bardzo chcemy, aby nas pielęgniarki/położne zauważano, szanowano, słyszano i doceniano.

Wykonując swoje zadania zawodowe jesteśmy etyczne lub wydaje się nam, że jesteśmy etyczne. Zdarza się nam, że obok preferowanej jakości opieki pojawia się bylejakość. Jest to coś, czego w pracy wykonywanej dla drugiego człowieka nie powinno być!. Jeśli sytuacje takie zdarzają się, mówmy o nich „głośno" w swoim gronie. Nie udawajmy, że ich nie ma. To od nas samych zależy, jaką drogę, jaki sposób wybierzemy.

W momencie, kiedy usłyszymy o konflikcie/nieporozumieniu w swoim zespole reagujmy w sposób pozytywny. Niech reakcją na problem nie będzie w konsekwencji plotka, czy intryga w pracy, czy też udawanie, że nie ma problemu.

Bardzo ważna jest kultura pracy, czyli reakcje między pracownikami:

- fizyczne warunki pracy,
- stosunek pracowników do zakładu pracy czy to państwowego, czy też prywatnego,
- kompetencje i wzory zachowań.

Agresja, przemoc w stosunku do personelu medycznego, mobbing - jak sobie radzić w takich sytuacjach? To wyzwanie dla kadry kierowniczej danej jednostki, aby personel był szkolony w tym zakresie.

Mamy obowiązek uczestniczyć w raportach pielęgniarskich, szkoleniach wewnętrznych, możemy wówczas poruszać kwestię powstania konfliktu. Reakcja na nieporozumienie, powstały konflikt, powinna być „natychmiastowa", nie powinniśmy odkładać tego na później, aby sytuacja nie wymknęła się spod kontroli.

Ważną rolę w rozwiązywaniu konfliktów powinien odgrywać, kierownik, naczelna pielęgniarka, pielęgniarka oddziałowa, menager. Możemy to zrobić dyskutując. Dyskusja powinna być prowadzona tylko w swoim gronie, bez obecności osób trzecich. Najważniejsze jest znalezienie źródła konfliktu.

Pielęgniarki pracują zespołowo: zespół wie więcej, praca zespołowa wycisza, neutralizuje emocje pracowników, dzięki temu ich działania i różne decyzje są podejmowane w sposób bardziej obiektywny.

Zarządzanie różnorodnością jest trudne, ale i pomocne. W zespole pracowniczym czujesz się dobrze, bo jego członek bierze odpowiedzialność za realizację zadań i celów, ma większą szansę i możliwość do uczestniczenia w dyskusji i wzajemnego wspierania się, jak również pozbywania się niepokoju o to, że się skompromituje przed koleżankami/kolegami.

Cel powinien być jednakowy dla każdego członka zespołu, gdy występuje brak zgodności w działaniach, mogą powstać konflikty, które spowodują obniżenie skuteczności działań, a co za tym idzie, jakości pracy.

Wszystkie konflikty, zderzenia, nieporozumienia, niedomówienia wpływają na jakość opieki nad pacjentem. Tylko prawidłowe relacje międzyludzkie wpływają na poprawę jakości podejmowanych działań.

Prawidłowa komunikacja interpersonalna umożliwia wykorzystanie doświadczeń i wiedzy członków zespołu. Jest również instrumentem, za pomocą którego analizuje się i rozwiązuje konkretne problemy, podejmuje decyzje i koordynuje pracę. Umożliwia także rozpoznawanie i rozwiązywanie pozbywania się strachu o to, że się ośmieszy przed koleżankami/kolegami.

Cel powinien być jednakowy dla każdego członka zespołu, gdy występuje brak zgodności w działaniach, mogą powstać konflikty, które spowodują obniżenia skuteczności działań, a co za tym idzie jakości pracy.

Członkowie zespołu pielęgniarskiego muszą się wzajemnie szanować, akceptować i wspierać. Nie dochodzi wtedy do nieporozumień, praca jest bardziej bezpieczna.

Wszystkie konflikty, nieporozumienia zagrażają wystąpieniem zdarzeń niepożądanych, wpływają na sposób i jakość opieki nad pacjentem. Tylko prawidłowe relacje międzyludzkie w zespole terapeutycznym wpływają na poprawę jakości opieki.

Komunikacja umożliwia wykorzystanie doświadczeń i wiedzy członków zespołu. Jest również narzędziem, za pomocą którego analizuje się i rozwiązuje konkretne problemy, podejmuje decyzję i koordynuje pracę. Umożliwia także rozpoznawanie i rozwiązywanie nieporozumień, czy konfliktów.

Wzajemna ocena naszego postępowania powinna być sprawiedliwa, krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej.

Moim zdaniem w momencie zaistnienia konfliktu w zespole pracowniczym, który utrudnia pracę całego zespołu, możemy prosić o wsparcie kadrę kierowniczą w celu zorganizowania szkolenia w tematyce, z którą ciężko sobie poradzić w pracy zawodowej. Możemy zaprosić np. psychologa, prosić o zorganizowanie prewencji przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej w miejscu powstania konfliktu. Dobra współpraca z przewodniczącą okręgowej izby pielęgniarek i położnych i komisją kształcenia może skutkować zorganizowaniem dużej konferencji z tematyki nas nurtującej, a mającą wpływ na jakość opieki w ochronie zdrowia. Konkretnej recepty na rozwiązywanie konfliktów wśród personelu medycznego nie ma. Formy rozwiązań należy dostosowywać do zaistniałej sytuacji.

Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Przewodnicząca Komisji ds. etyki
mgr Bożena Rasińska

Piśmiennictwo u autora

Poniższe podziękowania dotyczą Pani Dyrektor Urszuli Karpowicz, która z dniem 01 lipca odeszła na zasłużoną emeryturę.

Pani Dyrektor!

Zawsze najtrudniejsze są pożegnania, szczególnie wtedy, gdy wspólnie pracowało się tyle lat...

Dziękujemy Pani za te wszystkie lata pracy, za ogromne zaangażowanie w sprawy naszej placówki, za Pani serdeczność, cierpliwość, dobre serce, pomocną i wspierającą dłoń.

Dziękujemy także za stworzenie bardzo miłej atmosfery współpracy, rozładowywanie napięć i bycie z nami w dobrych i złych chwilach. Przeżywałyśmy je wspólnie i na długo pozostaną one w naszej pamięci...

Za wszystko to, co powyżej i to, czego nie wypowiedziano – dziękujemy!

Pracownicy Żłobka Nr 8

Droga Uleczko!

Pozwolę sobie na tą wyjątkową poufałość, bo przecież znamy się chyba z milion lat. W trakcie Twojej pracy zawodowej przez Żłobek „Wróbelki" przewinęły się najpierw nasze dzieci, potem nasze wnuki... Zawsze byłaś dla nich Ciocią Ulą, a później Panią Derektor (jak to śmiesznie dzieci przekręcały). Wiele serca włożyłaś w ten swój drugi dom, jakim niewątpliwie była Twoja praca. Zawsze miałaś czas dla wszystkich – dla dzieci, dla ich rodziców i.... babć i dziadków, którzy przychodzili do placówki nie tylko z okazji swojego święta. Potrafiłaś z każdym się dogadać, na wszystkim się znałaś począwszy od wychowania dzieci, poprzez sprawy zarządzania placówką, funkcjonowania kuchni, na remontach i budowie skończywszy.

Oprócz pracy zawodowej miałaś i masz nadal wyjątkową pasję. Jest nią Chór Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, którego jesteś jakże mocnym głosowo członkiem (Ula śpiewa w altach). Nie sposób pominąć Twojego udziału w chórze parafialnym, ale zawsze starasz się wywiązać z obowiązków związanych z udziałem w obu, zwłaszcza w trakcie przeglądu chórów w okresie Bożonarodzeniowym.

W jakże ciepłych słowach żegnali Cię rodzice maluszków, które uczęszczają do Twojego żłobka! Celowo użyłam sformułowania TWOJEGO, bo pomimo że przekazałaś w godne ręce swoje stanowisko, zawsze będzie tam cząstka Ciebie, Twojego trudu, pracy i wspomnień...

Koleżanka z Chóru SIPiP – red. naczelny Helena Gąsior

(zdjęcia z uroczystości pożegnania – na kolorowej wkładce numeru)

„Dobroć serca jest tym, czym ciepło słońca: ona daje życie"

Henryk Sienkiewicz

Składamy serdeczne podziękowanie dla całego Personelu Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego SPSZOZ „Zdroje" w Szczecinie za opiekę nad naszą Mamą Gienią Beka.

Dziękujemy za troskę, życzliwość, cierpliwość, serce i uśmiech, których Państwo nie szczędzili każdego dnia. Wasze zaangażowanie, takt i profesjonalizm pozwala chorym, pomimo ich choroby, zachować godność i pogodę ducha. To dzięki Waszym codziennym trudnym i żmudnym staraniom nasza Mama, pomimo ciężkiej choroby, mogła być z nami przez wiele, wiele dni, za co serdecznie dziękują córki

Bogumiła Markow i Elżbieta Zborowska

Zatrudnię pielęgniarkę do pracy w Domu Opieki "Nasz Dom", prowadzonym przez firmę Salus Komarowo sp. z o.o.

Tel. **501 367 197**
mail: salus.dom@gmail.com

Dom znajduje się w miejscowości Komarowo koło Goleniowa. Ok 30 km od Szczecina, ok 4 km od Autostrady.
Dom jest nowy, komfortowo wyposażony - bardzo bogate wyposażenie medyczne (ssaki, monitory, pompy infuzyjne, pompy żywieniowe itp).
Ośrodek jest wpisany na listę Wojewody Zachodniopomorskiego (pozycja 13).
Praca długoterminowa. Dyżury 12 lub 24-godzinne (godz. 7-19 / 19-7).
Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Początkowa stawka godzinowa 25 pln/godz. brutto lub kontrakt - stawki zależne od doświadczenia, wykształcenia, posiadanych specjalizacji i czasu współpracy. Do stawki godzinowej proponujemy premie oraz pełne wyżywienie w trakcie dyżuru.
Zapewniamy bezpłatny, ogrodzony parking. **ZAPRASZAMY DO KONTAKTU !**

SKARBNIK PRZYPOMINA!...

Podstawą prawną pobierania składek członkowskich jest ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 01.07.2011r. (Dz.U.2011.174.1038 z późn. zmianami), wg. której pielęgniarki i położne obowiązane są regularnie opłacać miesięczną składkę na rzecz samorządu zawodowego (art. 11.2 ppkt 4) oraz tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK (na podstawie powyżej wskazanych uregulowań prawnych)

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

WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ WYNOSI :

1. 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
2. przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
3. 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.
4. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, w którym jej wysokość jest najwyższa.

Wysokość składki wynosi w styczniu 2016r. 41,39 zł, od lutego 2016r. 32,10 zł.

ZWOLNIENIA Z OPŁAT SKŁADEK!!!

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

1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);
2. które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie, której są członkiem.*

**dotyczy osób niewykonujących zawodu , które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. , poz. 1435, ze zm.) informują OIPiP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.*

3. wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
4. przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
5. pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.
6. będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,
7. pobierających zasiłek chorobowy z ZUS – bez stosunku pracy.
8. niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

ZA SPÓŹNIONE PŁATNOŚCI BĘDĄ NALICZANE ODSETKI USTAWOWE !!!

§6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgowa izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

SKŁADKI MOŻNA ODPROWADZAĆ:

- Poprzez dział księgowo-finansowy swojego pracodawcy – na konto Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie.Przelewy i wpłaty składek członkowskich powinny zawierać:
- nazwę i adres pracodawcy, zakładu;
- imiona i nazwiska pielęgniarek / położnych, za które płacona jest składka;
- miesiąc, za który opłacana jest składka.
- na konto Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych poprzez blankiety przelewów bankowych, przekazów pocztowych

Przelewy i wpłaty indywidualnych składek członkowskich powinny zawierać:

- imię i nazwisko pielęgniarki / położnej
- data urodzenia lub numer prawa wykonywania zawodu
- adres zamieszkania
- miesiąc, za który opłacana jest składka

Brak powyższych danych w tytule przelewu utrudnia zapisanie składek na osobistym koncie każdej pielęgniarki/położnej, co może skutkować niewłaściwą interpretacją w identyfikowaniu osoby wpłacającej i problemami w ich księgowaniu!

PKO BP numer konta 49144013320000000003407567

WAŻNE!!!

Nieopłacone składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (zgodnie z treścią art. 118 Kodeksu Cywilnego) na mocy art. 92 Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych. Dlatego apelujemy o systematyczność w tej kwestii oraz pilne uregulowanie nie uiszczonych należności, co pozwoli uniknąć postępowania egzekucyjnego.

Skarbnik Rady - Helena Gąsior

Ważne - przeczytaj!...

1. Która pielęgniarka, położna jest uprawniona do samodzielnego ordynowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i wypisywania na nie recepty lub zlecenia?

Zgodnie z art. 15a ust. 1 „ustawy o zawodach", w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych **pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie:**

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty

– jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające **dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa** mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, **jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie** (art. 15a ust. 2 „ustawy o zawodach").

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym powyżej, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 „ustawy o zawodach").

2. Jaki kurs specjalistyczny uprawnia pielęgniarkę i położną do ordynowania leków i wypisywania recept?

Kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych składa się z dwóch części.

Część I dotycząca ordynowania leków i wypisywania recept przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 1 „ustawy o zawodach" dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Po ukończeniu części I kursu pielęgniarka, położna jest uprawniona do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1) Samodzielnej ordynacji leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, w tym wystawianie na nie recept.
2) Samodzielnej ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia, w tym wystawianie na nie recept.
3) Samodzielnej ordynacji wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie recept lub zleceń. 4). Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, niezbędne do kontynuacji leczenia.
4) Wystawiania recept lub zleceń w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na wyroby medyczne.
5) Samodzielnej ordynacji leków z kategorii OTC.

Część II dotycząca wypisywania recept w ramach kontynuacji leczenia przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 2 „ustawy o zawodach" dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Po ukończeniu części II kursu pielęgniarka, położna jest uprawniona do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1) Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, niezbędne do kontynuacji leczenia
2) Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia.
3) Samodzielnej ordynacji leków z kategorii OTC.

Organizator kształcenia, kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych powinien realizować odrębnie dla części I i odrębnie dla części II programu. Po ukończeniu kursu i złożeniu egzaminu z wynikiem pomyślnym, organizator kształcenia, odpowiednio dla części I i II, wydaje pielęgniarce, położnej zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego, zgodnie ze wzorem określonym w przepisach prawa (źródło: www.ckppip.edu.pl).

Organizatorem kursu mogą być:

1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;
2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe; organem prowadzącym rejestr jest okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca prowadzenia kształcenia, a w przypadku okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz utworzonych przez nie spółek prawa handlowego, w których posiadają one udziały lub akcje, lub innych utworzonych przez nie podmiotów – Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (art. 75 i 77 „ustawy o zawodach").

3. W jaki sposób pielęgniarka, położna może ubiegać się o nadanie numerów identyfikujących recepty?

Na stronach internetowych 16 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrali NFZ znajdują się informacje w formie komunikatu bądź instrukcji dla osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych.

Dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w podmiocie leczniczym (u pracodawcy) zabezpieczenie puli numerów recept refundowanych należy do tego podmiotu (pracodawcy).

Pielęgniarki i położne zamierzające wystawiać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne **w trybie indywidualnym (w ramach praktyk zawodowych/ pro familia/ pro auctore)** powinny zgłosić się do właściwego terytorialnie oddziału wojewódzkiego NFZ w celu uzyskania uprawnienia do pobierania numerów recept z wykorzystaniem Portalu NFZ.

W celu zachowania bezpieczeństwa danych osobowych osób ubiegających się o uprawnienia do pobierania numerów recept, konieczne jest jednorazowe osobiste stawiennictwo i potwierdzenie tożsamości w siedzibie oddziału wojewódzkiego NFZ lub delegaturze.

Ważne: Pielęgniarki i położne zamierzające wystawiać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne w trybie indywidualnym w ramach praktyk zawodowych, powinny być wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych. Wymóg ten nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które zamierzają wypisywać recepty tylko pro familia/ pro auctore.

Opracowały: Teresa Kuziara i Jolanta Kubajka- Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze NIPiP

Kondolencje

„Odeszłaś cicho i bez pożegnania,
jak ten, co nie chce swym odejściem smucić,
jak ten, co wierzy w chwili rozstania,
że ma niebawem z dobrą wieścią wrócić."

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy,
że odeszła na swój ostatni dyżur nasza
Koleżanka Pielęgniarka **Elżbieta Szydlarska**.

Elu, będzie nam Ciebie brakowało – Twojej obecności, uśmiechu, dobrego słowa dla nas i dla pacjentów, ale widać tam, na górze też byłaś potrzebna…

Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach i pamięci…

Naczelna Pielęgniarka, koleżanki z Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz pielęgniarki
i położne z SP ZZOZ w Gryficach

„Śmierć nie jest nocą, ale światłem,
nie jest końcem, ale początkiem,
nie jest nicością, ale wiecznością."
W. Hugo

Z głębokim smutkiem i żalem informujemy,
że odeszła z naszego grona Koleżanka
Położna **Renata Jabłońska - Ciosek**.

Obecnie przebywała na emeryturze, przez wiele lat pracowała jako Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Położniczo – Ginekologicznego.
Zawsze obowiązkowa i pracowita, oddana pacjentkom i współpracownikom.
Na zawsze pozostanie w naszych sercach i pamięci…

Naczelna Pielęgniarka wraz z pielęgniarkami
i położnymi ze Szpitala w Gryficach

„Każdy człowiek, nawet najskromniejszy, zostawia ślad po sobie, jego życie zahacza o przeszłość i sięga w przyszłość."

Drogiej Koleżance **Tereni Jewchuta** najgłębsze i z serca płynące wyrazy współczucia z powodu śmierci **Córki**
składają koleżanki pielęgniarki i położne ze Szpitala w Barlinku

„Czas przeznaczony każdemu…
Przemierzamy nasze życie, minuty,
godziny, dni, miesiące, lata,
aż wydamy ostatnie tchnienie.
Zatopieni we łzach”.
W. Wharton

Drogiej Koleżance **Ewie Zamojskiej - Kościów** szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Małżonka**
składają Przewodnicząca Rady Gabriela Hofman wraz z członkami Rady, Przewodniczący i członkowie organów oraz pracownicy Biura SIPiP

„Śmierć nie jest nocą, ale światłem,
nie jest końcem, ale początkiem,
nie jest nicością, ale wiecznością.”
W. Hugo

Koleżance **Małgorzacie Skorodyńskiej** szczere kondolencje z powodu śmierci **Taty** składają
pielęgniarki z Oddziału Reumatologii, Oddział Rehabilitacji, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej SP WSZ przy ul. Arkońskiej

„„Odeszłaś cicho i bez pożegnania,
jak ta, co nie chce swym odejściem smucić,
jak ta, co wierzy w chwili rozstania,
że ma niebawem z dobrą wieścią wrócić.”

Drogiej Koleżance **Tereni Jewchuta** najgłębsze i z serca płynące wyrazy współczucia z powodu tragicznej śmierci **Córki**
składają koleżanki z Komisji ds. położnych.
Tereniu, w tych trudnych chwilach myślami i sercem jesteśmy z Tobą

„A gdy serce Twe przytłoczy myśl, że żyć nie warto,
z łez ocieraj cudze oczy, chociaż Twoich nie otarto.”

Koleżance **Teresie Jewchuta** najgłębsze wyrazy współczucia z powodu tragicznej śmierci **Córki**
składają Przewodnicząca Rady Gabriela Hofman wraz z członkami Rady, Przewodniczący i członkowie organów oraz pracownicy Biura SIPiP

„Każdy człowiek, nawet najskromniejszy, zostawia ślad po sobie,
jego życie zahacza o przeszłość i sięga w przyszłość.”

Koleżance **Bożenie Dziemiańczuk** – Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Rehabilitacji szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Ojca** składają
Naczelna Pielęgniarka, koleżanki z Oddziału Rehabilitacji oraz pielęgniarki i położne z SP ZZOZ w Gryficach

„Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności, która nas obezwładnia i zabiera w nieznane. A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę, przeszywa serce bólem i odznacza w nim swoje piętno, które przypomina nam stale, jacy jesteśmy wobec niej bezsilni”.

Koleżance **Zofii Strzeleckiej** głębokie wyrazy współczucia z powodu śmierci **Ojca** składają:
Pielęgniarka Naczelna mgr Katarzyna Grabowiecka wraz z zespołem pielęgniarek i położnych 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

„Za wcześnie, nie w porę, nie po naszej myśli,
to życie pisze scenariusz, jakiego nie chcemy.
I choć to, co za nami może się przyśnić,
to pewnych zdarzeń , nic już nie zmieni...”
H.G.

Koleżance **Ewie Zamojskiej - Kościów** szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Męża**
składają koleżanki z Komisji ds. pielęgniarstwa operacyjnego

„Człowiek nigdy nie umiera,
w inny wymiar czasu przechodzi
i choć rozpacz serce rozdziera,
musisz się z tym pogodzić...”
H.G.

Drogim Koleżankom **Annie Kaczmarek i Małgorzacie Moskwa - Sakowskiej** szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Ojca** składają
współpracownicy z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej SPSK1 w Szczecinie

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

Koleżance **Wiolecie Pełczyńskiej** szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Ojczyma** składają koleżanki i koledzy z ZBO SP WSzZ w Szczecinie

,,Matka nie odchodzi nigdy bez względu na to, co się stało stoi blisko, tuż za Twoimi plecami...
Tylko nie możesz się do niej przytulić....”

Drogiej koleżance **Joannie Kaczmarek** szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Mamy**
składają pracownicy Oddziału Klinicznego Onkologii Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów SPSK 1

POLSKA PIELĘGNIARKA Z MEDALEM FLORENCE NIGHTINGALE

Anna Kaczmarczyk, pielęgniarka, została uhonorowana przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (International Committee of the Red Cross) – Medalem Florence Nightingale, najwyższym odznaczeniem na świecie przyznawanym za wybitne zasługi w niesieniu pomocy pielęgniarskiej. W dniu 22.06.2017 roku zwyciężczyni odebrała medal wraz z pamiątkowym dyplomem z rąk Prezesa Polskiego Czerwonego Krzyża Stanisława Kracika oraz Dyrektora Małopolskiego Oddziału Okręgowego Polskiego Czerwonego Krzyża Małgorzaty Pyki.

Medal Florence Nightingale ustanowiony został w 1912 roku i jest przyznawany osobom, które wyróżniły się czynami wymagającymi poświęcenia i wyjątkowej odwagi w niesieniu pomocy ludności zarówno w czasie wojen jak i pokoju, ofiarom konfliktów, kataklizmów i katastrof. Otrzymują go także osoby jako wyraz uznania za wyjątkowe zasługi dla pielęgniarstwa, nowatorską i twórczą działalność na rzecz zdrowia publicznego i edukacji pielęgniarskiej.

Anna Kaczmarczyk w 2000 r. rozpoczęła służbę wojskową jako pierwsza kobieta w kompanii szturmowej 6. Brygady Desantowo-Szturmowej w Krakowie. Tam też wykonując zawód pielęgniarki zdobyła doświadczenie wojskowe, uczestnicząc we wszystkich ćwiczeniach, szkoleniach poligonowych i desantowych. Wraz ze swoją jednostką w 2001 roku służyła na Bałkanach w składzie Polskiego Kontyngentu Wojskowego SFOR w Bośni i Hercegowinie, a w 2009 r. wyjechała z misją do Afganistanu. W kwietniu 2009 r. wylądowała na lotnisku w Bagram, a następnie została przetransportowana wraz z innymi do Ghazni, gdzie udzielała pomocy nie tylko polskim żołnierzom, ale również żołnierzom wojsk koalicyjnych. Zaopatrywała także żołnierzy afgańskiej armii i funkcjonariuszy afgańskiej policji. Na co dzień zajmowała się ewakuacją drogą powietrzną rannych żołnierzy z rejonów misji. Najczęściej ewakuacje odbywały się na pokładzie samolotu Casa C-295, gdzie były zamontowane nosze LSTAT i dwa zestawy do intensywnej terapii. Najwięcej ewakuacji i najcięższe przypadki stanowili ranni żołnierze i pracownicy cywilni z Afganistanu. Po powrocie z misji pracowała przez 3 lata w Zespole Ewakuacji Medycznej jako pielęgniarka anestezjologiczna.

Aktualnie Anna Kaczmarczyk współpracuje z Zespołem ds. Upowszechniania Międzynarodowego Prawa Humanitarnego, działającym przy Małopolskim Oddziale Okręgowym Polskiego Czerwonego Krzyża, prowadząc zajęcia skierowane do młodych ludzi, w których uczy przestrzegania prawa humanitarnego i przekazuje swoje doświadczenia nabyte w czasie konfliktów zbrojnych.

Źródło: NIPiP

DYPLOMATORIUM

Dnia **10 lipca 2017 r.** już po raz ósmy odbyła się na Wydziale Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego uroczystość DYPLOMATORIUM, będąca uhonorowaniem kształcenia zawodowego na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo WNoZ studiów I stopnia. Swoją obecnością uroczystość uświetnili przedstawiciele władz uczelni i wydziału, przedstawiciele samorządu zawodowego: Pani Gabriela Hofman i Maria Matusiak, Przewodnicząca i Wice-przewodniczaca OIPiP w Szczecinie, mentorzy zawodu oraz licznie zgromadzone rodziny absolwentek i absolwentów. Wyróżnione zostały dwie najlepsze absolwentki kierunku pielęgniarstwo – **Sylwia Antczak** oraz kierunku położnictwo – **Malgorzata Kandyda**. Otrzymały one również nagrodę finansową, ufundowaną przez Szczecińską Izbę Pielęgniarek i Położnych. W obecności tylu szacownych Gości absolwenci otrzymali czepki - symbole przynależności do grupy zawodowej, a także złożyli uroczystą przysięgę.