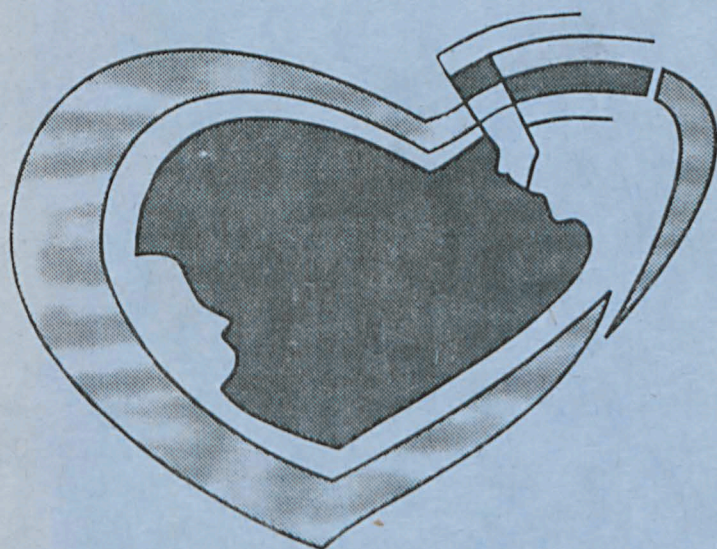


**BIULETYN
INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**



Biała Podlaska, nr 4(9) 1993 r.

BIULETYN
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Biała Podlaska

WYDAWCA:

Biuletyn jest wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych
(Uchwała Rady Okręgowej w sprawie Biuletynu OIPiP)

Biuletyn jest oficjalnym organem samorządu pielęgniarek i położnych
na terenie województwa białkopodlaskiego

ADRES REDAKCJI:

21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 15, tel. (080) 43 60 83

KOMITET REDAKCYJNY:

Przewodnicząca OIPiP mgr Jadwiga Żwiruk
Członkowie Prezydium OIPiP

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

Redaktor naczelny: - piel.dypl. Danuta Dryżałowska
Członkowie: - piel.dypl. Joanna Głowacka
-piel. dypl. Elżbieta Macech
-piel.dypl. Grażyna Papińska
-piel.dypl. Elżbieta Wyczołek
-piel.dypl. Alicja Żmudzka
Redaktor techniczny: - mgr Henryk Kwiatkowski

SKŁAD i DRUK:

„EFEKTY GRAFICZNE” S.C. Biała Podlaska ul.Pocztowa 2 tel.(080) 43 49 72

SPIS TREŚCI

1. Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.....	str. 6
2. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.....	str. 10
3. Z prac Komisji Problemowych	str. 21
4. Dział Prawny.....	str. 31
5. Referaty.....	str. 35
6. To warto wiedzieć - ciekawostki.....	str. 47
7. OIPiP informuje.....	str. 54
8. Z żałobnej karty.....	str. 63

Z okazji Dnia Edukacji Narodowej Koleżankom Nauczycielkom Medycznych Studiów Zawodowych składa najserdeczniejsze życzenia wszelkiej pomyślności w życiu osobistym oraz wiele zadowolenia i satysfakcji z pracy zawodowej.

**OKRĘGOWA RADA
PiP w Białej Podlaskiej**

KOLEŻANKI I KOLEDZY

Oddajemy do rąk kolejny numer naszego biuletynu. Podjęliśmy próbę przygotowania materiałów do tego wydania i następnych przez nowy Zespół Redakcyjny. Pragniemy w ten sposób ulepszyć jego formę, umieszczać treści, które zainteresują naszych czytelników.

W związku z tym zwracam się z prośbą do wszystkich członków Samorządu naszej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych o ewentualne uwagi i wnioski - czy taka forma Wam odpowiada. Czy to co zamieszczamy zadowala Wasze zainteresowania. Chcemy żeby dostęp do biuletynu mieli wszyscy członkowie samorządu, pragniemy usprawnić jego dystrybucję. Nakład jest w naszym odczuciu wystarczający. Po przeczytaniu numeru należy oddać go koleżance, koledze - tak, by umożliwić dostęp do jego treści wszystkim zainteresowanym. Wdzięczni będziemy za wszelkie uwagi, sugestie i wnioski.

Z pielęgniarskim pozdrowieniem

Przewodnicząca OIPiP
mgr Jadwiga Żwiruk

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Komisja Prawa i Legislacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

00-478 Warszawa
Al. Ujazdowskie 22
tel. 628.34.93, 628.58.61
fax 628.58.61

L.dz.NRPIP XVII/653/93

Warszawa, dnia 20 września 1993 r.

Pan(i) mgr Jadwiga Żwiruk
Przewodniczący(a) Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Szanowna Pani Przewodnicząca

W związku ze zgłaszanymi uwagami z okręgowych rad pielęgniarek i położnych sygnalizującymi zatrudniania w domach opieki społecznej opiekunów społecznych zamiast pielęgniarek i zatrudniania pielęgniarek na stanowiskach opiekunów społecznych, Komisja zaniepokojona jest faktem, że przekształcenia w opiece społecznej (stacjonarnej) odbywają się bez udziału samorządu pielęgniarek i położnych, co jest niezgodne z art. 4 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. Komisja uważa, że powyższe działanie resortu Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej wpływa na obniżenie poziomu opieki pensjonariuszy w placówkach pomocy społecznej.

Ponadto zatrudnianie pielęgniarek na stanowiskach opiekunów społecznych w domach opieki społecznej budzi wątpliwości, czy pielęgniarka zatrudniona na stanowisku opiekuna społecznego, nie wykonująca zawodu pielęgniarki, po 5 latach pracy w innym zawodzie np. opiekuna społecznego będzie zobowiązana do obowiązkowego przeszkolenia zgodnie z art. 61 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.

W związku z powyższym Komisja poprosiła Panią Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o wystąpienie do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i Ministra Pracy i Polityki Socjalnej o przesyłanie - zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 9 i art. 4 ust. 2 pkt.

5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych - do zaoferowania projektów aktów prawnych, które mają bezpośredni wpływ na stan zdrowia społeczeństwa, politykę zdrowotną państwa, organizację ochrony zdrowia i wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej we wszystkich resortowych placówkach wykonujących świadczenia medyczne.

Okręgowe rady pielęgniarek i położnych sygnalizują ponadto zatrudniania w ośrodkach rehabilitacyjnych do opieki nad dziećmi i dorosłymi techników fizykoterapii zamiast pielęgniarek. Komisja zaniepokojona jest faktem, że przekształcenia w ośrodkach rehabilitacyjnych odbywają się bez udziału samorządu pielęgniarek i położnych, co jest niezgodne z art. 4 ust.1 pkt. 9 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. Komisja uważa, że powyższe działanie kierowników ośrodków rehabilitacyjnych wpływa na obniżenie poziomu opieki pensjonariuszy w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Z uwagi na powyższe Komisja prosi okręgowe rady pielęgniarek i położnych o przeanalizowanie zatrudnienia fachowego personelu medycznego w domach opieki społecznej, ośrodkach rehabilitacyjnych i innych resortowych i prywatnych placówkach wykonujących świadczenia zdrowotne do 30 października 1993r. i przesłanie danych i wniosków do Komisji Prawa i Legislacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Przesłany przez Państwo materiał posłuży do analizy powyższych problemów i skoordynowania prac nad powyższym przez Komisję Prawa i Legislacji NRPIP z Komisją ds. Płac i Zatrudnienia NRPIP i Zespołem ds. Negocjacji NRPIP.

Do wiadomości:

Pani

Urszula Krzyżanowska-Łagowska

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca

Anna Grajcarek

SPRAWOZDANIE

z działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
za okres od 28.05.93r. do 18.08.93r

1.W dniu 08.06.93r. odbył się w Parczewie konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego w tamtejszym szpitalu. W wyniku przeprowadzonego postępowania rekomendację na to stanowisko otrzymała Pani mgr Halina JANKIEWICZ.

2.Do Dyrektora Janusza Kościeleckiego wysłano pismo z propozycją składu komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego w Radzynie Podlaskim.

3.W dniu 03.09.93r. odbył się konkurs na Położną Oddziałową Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Międzyrzeczu Podlaskim. Konkurs wygrała poł. Barbara KOMIŃCZYK.

4. Konkurs na Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Chirurgicznego w Białej Podlaskiej został wstrzymany do odwołania.
5. Do Wojewody Białkopodlaskiego Tadeusza KORSZENIA przesłano pismo z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych skierowane do Prezesa Rady Ministrów. Pismo dotyczy włączenia przedstawicieli Okręgowej Rady do współpracy w zakresie polityki w ochronie zdrowia, w tym kadrowej i płacowej. Niezbędnym jest nasz udział w spotkaniach organizowanych przez Pana Wojewodę z kadrą kierowniczą zakładów opieki zdrowotnej.
6. W dniu 15.07.93r. stanowisko księgowej w Okręgowej Izbie powierzono Pani Marii WELK.
7. Zawarto umowę z BGŻ na otwarcie nowego rachunku bankowego - dotyczącego funduszu socjalnego.
8. Do głównych księgowych ZOZ-ów, WSZ, MSZ-yh oraz Zespołu Obsługi Oświaty, Kultury i Sportu wysłano pismo w sprawie potrącania rat spłaty pożyczek osobom, które otrzymały pożyczkę z kasy Okręgowej Izby.
9. Z Naczelnej Rady otrzymaliśmy pisma dotyczące:
- przeprowadzenia rozeznania nt. wdrażania nowej dokumentacji programowej w średnich szkołach medycznych proponowanej przez CDN\$SzM.
 - kontroli zakładów opieki zdrowotnej przez Okręgową Izbę.
 - zaopiniowania tabel szkodliwych stanowisk pracy zaproponowanych przez Komisję d/s Płac i Zatrudnienia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
 - informacji nt. ile stanowisk Pielęgniarek Naczelnych nie zostało obsadzonych w wyniku konkursu z powodu braku osób posiadających wymagane kwalifikacje.
 - przeprowadzenia na prośbę Komisji d/s Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia NR-PIP ankiety o stanie zatrudnienia pielęgniarek środowiskowych na terenie naszej Izby. Dane te posłużą do opracowania raportu i przedstawienia go Ministrowi Zdrowia.
10. W związku z koniecznością uporządkowania rejestru pielęgniarek i położnych przyjętego z Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Wojewódzkiego zwróciliśmy się z prośbą do zakładów pracy w których zatrudnione są pielęgniarki i położne o przesłanie wykazów aktualnie zatrudnionych pielęgniarek i położnych z odnotowaniem, które z nich nie posiadają zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu. Osobom tym będą wydawane duplikaty zaświadczeń.
11. Z Zarządu Wojewódzkiego PCK w Białej Podlaskiej otrzymaliśmy informację o rozwiązaniu umowy o pracę z 5 pielęgniarkami, z przyczyn ekonomicznych związanych z zakładem pracy. Jesteśmy w trakcie ustalania czy osoby te pracują gdzieś indziej czy pozostają bez pracy
12. Zatrudniono 15 pielęgniarek w Domu Pomocy Społecznej w Kozuli od 15.06.93r. Dzieci z nich wystąpiło z prośbą o wydanie prawa wykonywania zawodu.
13. Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu p. Barbarze KŁOCZKO.
14. W dniu 18.06.93r. w Warszawie odbyło się spotkanie Komisji d/s Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

15. W dniu 30.06.93r. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie NRPiP dotyczące członków samorządu, kandydujących do Sejmu i Senatu.

16. Z dniem 31.07.93r. za porozumieniem stron rozwiązano umowę o pracę z sekretarką Okręgowej Izby p. Zofią SAWCZUK.

17. Przy Okręgowej Izbie powołano biuro Okręgowego Rzecznika i biuro Okręgowego Sądu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

18. W dniach 22-23.09.93r. w Warszawie odbędzie się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

19. W omawianym okresie odbyły się 3 posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady, na których wydano następujące uchwały:

z dnia 02.07.1993r. w sprawie:

- podwyższenia kwoty pogotowia kasowego Izby
- podwyższenia wynagrodzenia kasjera
- zawarcia umowy o pracę z Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych kol. Jadwigą ŻWIRUK
- przyznania bezzwrotnej pomocy finansowej kol. Barbarze KIJOK
- przyznania urlopu Przewodniczącej Okręgowej Izby
- wydania prawa wykonywania zawodu koleżankom: Lidii SOKOŁOWSKIEJ, Ewie BRYCHLIK, Magdalenie WALENCOW, Ewie HRYCIUK, Katarzynie BŁĄŻEWICZ, Renacie KOZIOŁ, Dorocie STANKIEWICZ, Annie GAZDZIK, Joannie STANKIEWICZ, Iwonie MOROCHOW, Beacie TRAJER

z dnia 23.07.1993r. w sprawie:

- rozwiązania umowy o pracę z Panią Zofią SAWCZUK - sekretarką biura Okręgowej Izby
- powierzenia obowiązków sekretarki biura Izby pracownikowi prowadzącemu rejestr pielęgniarek i położnych

z dnia 17.08.1993r. w sprawie:

- wypłacenia ekwiwalentu za urlop p. Zofii SAWCZUK
- wydania prawa wykonywania zawodu koleżankom: Edycie MIRONIUK, Małgorzacie LEWCZUK, Dorocie STEFANOWICZ

20. Zgodnie z preliminarzem przyjętym na III Zjeździe Pielęgniarek i Położnych - przeprowadzono remont pomieszczeń biura Izby. Środki na remont zaplanowane były w dotacji z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych na zadania przyjęte od administracji rządowej.

Z PRAC NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Sprawozdanie

z pracy Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPIP
za okres 1 IX 1992 do 1 IX 1993 roku

Sprawozdanie szczegółowe za okres od 1 IX 1992 do 30 I 1993 oraz za okres od 30 I do 30 III 1993 przedstawiano na posiedzeniach NRPIP.

Podstawę prawną funkcjonowania Komisji stanowi uchwała Nr 35 NRPIP (z jej załącznikiem) z dnia 22 IX 1992r. w sprawie zasad i trybu działania oraz składu osobowego Komisji.

Komisja pracuje od początku w stałym 26 osobowym składzie. Rozwiązywanie problemów merytorycznych dokonuje się w 6 stałych i 1 doraźnie powołanym zespole problemowym.

Zespołami tymi są :

I. Zespół d/s kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie podstawowym i akademickim, koordynator : mgr Wiesława Szczegółka-Szura, dr Halina Wojnowska-Dawiskiba,

II. zespół d/s doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych (w tym szkolenia wewnątrzzakładowego, adaptacji zawodowej, stażu podyplomowego), koordynator : mgr Alicja Nowak,

III. zespół d/s kształcenia pielęgniarek i położnych środowiskowych (rodzinnych) w/g modelu pielęgniarki współpracującej z lekarzem rodzinnym, koordynator : mgr Jolanta Nowak, prof. dr hab. Jadwiga Kopczyńska-Sikorska,

IV. zespół d/s kształcenia pielęgniarek i położnych do realizacji zmian systemowych, opieki medycznej nad uczniami, w/g wytycznych Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej z dnia 15 XII 92r., koordynator : mgr Maria Wroclawska,

V. zespół d/s kształcenia pielęgniarek i położnych do zadań w środowisku pracy w/g programu reformy przemysłowej służby zdrowia oprac. przez zespół doradczy MZiOS z dnia 15 VI 92r.

VI. zespół d/s specjalizacji zawodowej nauczycieli, koordynator : mgr Krystyna Bujnik,

VII. doraźny zespół d/s specjalizacji zawodowej pielęgniarek i położnych, koordynator : mgr Maria Bukowska, dr Halina Wojnowska-Dawiskiba. Jest to zespół powołany do opracowania założeń do rozporządzenia o specjalizacji. Rozwiązanie go nastąpi po ukazaniu się rozporządzenia MZiOS w przedmiotowej sprawie.

Ponadto Pani Elżbiecie Gelert powierzono kontrolę nad realizacją wniosków i uchwał ze Zjazdów ORPiP dotyczącą kształcenia przed i podyplomowego.

Komisja określa w strukturze organizacyjnej. Sprawny jest przekaz informacji, ustalono zakres zadań (priorytety) pozostawiając dowolność w doborze metod pracy i wyborze najbardziej optymalnych rozwiązań (z uwzględnieniem ekonomiki środków).

W stylu pracy preferujemy metody nastawione na szeroko pojętą konsultację w środowisku, służącą gromadzeniu informacji. To rozpoznanie potrzeb służy ustaleniu priorytetów, określeniu problemów, wyborze najefektywniejszych metod zgodnie z kompetencjami. Oceniamy ponadto efekty podjętych działań w aspekcie skutków prawnych i konsekwencji dla środowiska. Informacje są dokumentowane i przekazywane w teczkach pracy komisji.

W ZAKRESIE KOMPETENCJI OPINIODAWCZYCH KOMISJA OPINIOWAŁA PLANY I PROGRAMY NAUCZANIA :

1. programy specjalizacji zawodowych (z zakresu pielęgniarstwa pediatricznego, zachowawczego, psychiatrycznego, organizacji i zarządzania)

2. program kształcenia kształcenia wstępnego, kursów kwalifikacyjnych oraz specjalizacji pielęgniarki podejmującej pracę w zakładach nauczania i wychowania (programy te służą do realizacji zmian systemowych zgodnie z rozp. MZiOŚ z dnia 5 XI 92r. w sprawie zakresu, organizacji oraz form opinii nad uczniami (Dz. U. Nr 87/92 poz. 441) oraz uzupełniających rozporządzeń. Programy opracował zespół pod kier. doc. dr Barbary Woynarowskiej z Instytutu Matki i Dziecka, Polski Zespół d/s Projektu Szkoła Promująca Zdrowie

3. plan kursów doskonalących oraz specjalizacyjnych dla mgr pielęgniarstwa w programie dydaktycznym CMKP w roku 1993 (obejmuje on epidemiologię, promocję zdrowia oraz kursy aplikacyjne z zakresu ekonomiki służby zdrowia oraz doskonalenie kadry kierowniczej)

4. pełną dokumentację programową (wszystkich przedmiotów) kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie podstawowym w ramach 2,5 letniego cyklu kształcenia oprac. przez CMDNŚSzM. Praca nad tym 400 stronicowym dokumentem była bardzo żmudna i trwała długo. Stanowisko w tej sprawie przedstawiono na posiedzeniu NR-PiP dnia 26.05.93r.

5. zapoznała się z informatorem o formach doskonalenia nauczycieli szkół medycznych w roku 1993 oprac. przez CMDNŚSzM.

W ZAKRESIE KOMPETENCJI OPINIODAWCZYCH KOMISJA OPINIOWAŁA AKTY NORMATYWNE :

1. w sprawie organizacji roku szkolnego w publicznych szkołach medycznych

2. w sprawie warunków przyjmowania uczniów do publicznych szkół medycznych oraz przechodzenia z nich do innych typów szkół

3. organizacji Olimpiady Pielęgniarskiej

4. utworzenia Centrum Edukacji Medycznej na bazie CMDNŚSzM
5. w sprawie ramowych planów nauczania w publicznych szkołach medycznych
6. w sprawie zasad i warunków prowadzenia działalności innowacyjnej przez szkoły medyczne
7. w sprawie zestawu dopuszczonych do użytku szkolnego podręczników oraz zalecanych środków dydaktycznych w publicznych szkołach medycznych.

W ZAKRESIE KOMPETENCJI WNIOSKODAWCZYCH Komisja przedstawiła na posiedzeniach NRPIP następujące wnioski :

1. w sprawie powołania Międzywydziałowej Rady d/s nadawania tytułów i stopni naukowych (zgodnie z uchwałą I-ego Krajowego Zjazdu). Pismo sygnowane podpisem Pana Prezes przesłano do Departamentu Studiów Wyższych w MEN dnia 13.05.93r.

2. w sprawie zmian w ustawodawstwie specjalizacji zawodowych :

- regulacja prawna specjalizacji pielęgniarek psychiatrycznych
- kontroli wykonywania Rozp. MZiOS z dnia 16.12.81r. (Dz.U.Nr 1 z dnia 5.01.82r.) w sprawie m.in. nadzoru nad doskonaleniem zawodowym
- w sprawie prawnego uregulowania nadawania specjalizacji zawodowych pielęgniarom i położnym z wyższym wykształceniem
- w sprawie wykorzystania (w większym niż dotychczas stopniu) bazy AM orazCMPK do kształcenia pielęgniarek i położnych oraz czynnych zawodowo nauczycieli
- w sprawie prawnego uregulowania specjalizacji zawodowych pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem (studiującym w latach 1971/72-74/75 na Wydziale Piel. w Lublinie w/g programu kształcenia akademickiego ze specjalizacją)
- o powołanie zespołu przy Departamencie Nauki i Kształcenia w MZiOS (w porozumieniu z MEN i RGSzW) do opracowania kompleksowych zmian systemowych w kształceniu i doskonaleniu zawodowym pielęgniarek i położnych na różnych poziomach
- o umieszczenie w systemie informatycznym kwalifikacji zawodowych (zwłaszcza specjalizacji) pielęgniarek i położnych
- w sprawie zorganizowania w ramach doskonalenia zawodowego pielęgniarek z wyższym wykształceniem kursów kwalifikacyjnych z zakresu psychoterapii, promocji zdrowia, ect (zależnie od potrzeb i oczekiwań środowiska)

3. Komisja wnioskowała o rozwiązania organizacyjno-prawne regulujące w sposób kompleksowy podział kompetencji między poszczególnymi poziomami zarządzania w związku z przejmowaniem prowadzenia szkół przez inne organy lub podmioty niż organ sprawujący nadzór pedagogiczny

4. w sprawie udziału przedstawiciela samorządu zawodowego ORPIP przy rozstrzygnięciu konkursów na stanowiska dyrektorów szkół medycznych

5. w sprawie przejmowania prowadzenia szkół medycznych przez MEN

6. o przyspieszenie prac nad nowelizacją ustawy o systemie oświaty regulującą status prawni nauczycieli w nowej strukturze organizacyjnej

7.w sprawie zmiany rozp. MZiOS z dnia 16.12.81r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego

8.w sprawie przygotowania aktu prawnego regulującego przejmowanie ośrodków doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych (w tym określenie poziomu subwencji z budżetu na rok 1993)

Wnioski zawarte w pkt od 1-8 zostały przyjęte przez NRPiP. Zawarte w pkt 3,4,5 i 6 przekazano do MEN. Były też przedmiotem rozmów w Departamencie Szkolnictwa Zawodowego w dniu 15.04.93r. (mgr Joanna Szpakowska).

Komisja zajmowała stanowisko w sprawie:

- 1)wstrzymania naboru na niektóre wydziały pielęgniarskie
- 2)zmniejszenia limitu przyjęć pielęgniarek i położnych na I-szy rok studiów w Akademich Medycznych
- 3)zmian systemowych w kształceniu pielęgniarek i położnych na różnych poziomach
- 4)zatrudniania absolwentów wydziałów pielęgniarskich do realizowania przedmiotu "wychowanie zdrowotne,, w szkołach ponadpodstawowych
- 5)projektu rozp. MZiOS w sprawie utworzenia CEM

Stanowisko Komisji zawarte w pkt 1 zaowocowało podjęciem uchwały przez NRPiP. Posłużyło ono do wsparcia działań władz dziekańskich wobec Senatów Uczelni do utrzymania kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie akademickim (w miastach dotkniętych tymi decyzjami)

Stanowisko Komisji zawarte w pkt 2 wykracza poza kompetencje władz uczelni (Senatu) i było reakcją na decyzje MZiOS w tej sprawie. W roku akademickim 1993/94 utrzymano limit miejsc na poziomie roku ubiegłego (w niektórych wydziałach).

Stanowisko NRPiP zawarte w pkt 3 wysłano do MZiOS dnia 4.06.93r.

Stanowisko zawarte w pkt 4 ma pośredni związek z decyzją MEN (Biuro d/s Reformy Szkolnej) w sprawie zainicjowania prac nad określeniem wychowania prozdrowotnego w programach szkolnych. 3 osoby spośród członków samorządu (zaproponowane przez Komisję) podejmą pacę w tym zespole (jesień 1993r.). Powyższe jest wynikiem spotkania z mgr Joanną Szpakowską (MEN, 15.04. br) oraz pisma kierowanego przez Prezydium NRPiP.

Stanowisko zawarte w pkt 5 było przedmiotem konsultacji w ORPiP oraz wydziałach pielęgniarskich. Równolegle przebiegające prace Komisji Prawa i Legislacji NRPiP nad opiniowaniem tego dokumentu oraz stanowisko Prezydium zaowocowało zajęciem stanowiska przez NRPiP w dniu 5.03.93r. Dotąd brak reakcji MZiOS na przekazany dokument (pisma sygnowane podpisem Pani Prezes noszą datę 10.03.93 oraz 3.09.93).

W zakresie czynności przekraczających kompetencje Komisji :

- dnia 2.09.93r. (we współpracy z Komisją Prawa i Legislacji) zespół d/s specjalizacji ukończył prace nad projektem założeń do rozp. o specjalizacji pielęgniarek i położnych (w oparciu o dwukrotną konsultację w ORPiP). Projekt został przyjęty przez Komisję (z poprawkami przekazanymi przez Komisję Prawa i Legislacji) w dniu 17.09.93r.

- zespół pod kierunkiem pani Marii Pierzynowskiej i mgr Marii Bukowskiej przygotował plan nauczania dla zawodu: pielęgniarka w ramach 3-letniego cyklu kształcenia. Na

posiedzeniu Komisji powołano 3 osobowy zespół do oceny wartości merytorycznej tego dokumentu

- udział w opracowaniu programu specjalizacji z pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego) w CMDNŚSzM

Inne : (nie dające się zakwalifikować w innym miejscu)

- Przewodnicząca Komisji przygotowała uzasadnienie do projektu ustaw o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej ze szczególnym uwzględnieniem nabywania kwalifikacji zawodowych.

W zakresie pracy administracyjno-organizacyjnej:

prowadzono liczną korespondencję (również w sprawach nie mieszczących się w kompetencji pracy naszej Komisji).

Współpraca z Komisjami d/s Kształcenia w ORPiP układa się dobrze (w niektórych okręgach bardzo dobrze). Dzieje się tak nie tylko za sprawą członków Komisji (pochodzącym z OIPiP), ale głównie ze względu na duże zainteresowanie członków samorządu podnoszeniem swoich kwalifikacji. Na przeprowadzony sondaż w ORPiP, służący rozpoznaniu przygotowania organizacyjnego i merytorycznego szkół do wdrażania nowej dokumentacji programowej odpowiedziały prawie wszystkie okręgi (albo w ich imieniu wizytatorzy szkół). Opowiedziano się również za wyborem sposobu wprowadzania zmian w systemie kształcenia (z zaproponowanych trzech wariantów).

Uzyskano również opinię od nauczycieli zawodu na temat pełnej dokumentacji programowej (Szczecin, Gniezno, Poznań, Sandomierz, Gorzów Wlkp, Ciechanów, Wrocław). Odbyto spotkania z nauczycielami próbnie wdrażającymi nową dokumentację programową oraz tymi, które do jej wdrażania nie chcą lub nie mogą przystąpić.

OIPiP przekazano stanowisko Komisji w/s próbnego wdrażania dokumentacji programowej w ramach 2,5 letniego cyklu kształcenia oraz opinię dokumentacji programowej (powyższe prace przebiegały równolegle).

Bardzo dobrze układa się współpraca z Instytutem Matki i Dziecka oraz Departamentem Polityki Zdrowotnej, Wydziałem Medycyny Pracy MZiOŚ (gdzie pracują członkowie naszej Komisji). Efektem tej współpracy jest m.in. pełne rozeznanie w pracach Zespołu Ekspertów (powołanego przez MTiOŚ), liczby pielęgniarek w skali kraju posiadających kwalifikacje (kursy, specjalizacje), rozmieszczenie kadry w skali kraju, proponowanych form doskonalenia, otwieranie specjalizacji np. z pielęgniarstwa środowiskowego z ukierunkowaniem na medycynę pracy nie tylko na bazie Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi (z filiami w Toruniu i Lublinie), ale również we Wrocławiu, Kielcach (i mam nadzieję w przyszłości w innych miastach). Aktualnie specjalizację z zakresu służb medycyny pracy (?) pragnie podjąć 150 pielęgniarek. Istnieją województwa (olsztyńskie, piłskie) nie zainteresowane tą specjalizacją.

Specjalizację z zakresu piel.środowiskowego (z uwzględnieniem środowiska nauczania i wychowania) podjęło 40 (spośród 120 chętnych). Specjalizację (rozpoczętą w 1993 roku) rozpoczęło CMDNŚSzM z pomocą merytoryczną Zakładu Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Zakład ten (Warszawa ul.Kasprzaka 17 a, 01-211 Warszawa) prowadzi działalność wydawniczą bardzo przydatną

w pracy pielęgniarki w szkole podstawowej i ponadpodstawowej.

Odbyło się bardzo interesujące spotkanie z nauczycielami i dyr.szkół w Warszawie (organizowane przez warszawsko-skierniewicką ORPiP) spotkanie z dyr.szkół w Szczecinie oraz Komisją d/s Kształcenia Świętokrzyskiej OIPiP. Przewodnicząca Komisji brała udział w otwarciu ogólnopolskiego roku szkolnego 1993-94 w Morawicy k/Kielc (3.09.93r.) oraz w I-szym Ogólnopolskim Konkursie Wiedzy Pielęgniarskiej n.t. : "Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom,, w charakterze członka jury (org.przez CMDNŚ-SzM)

- zapoznano się z bardzo interesującymi materiałami dot.modelu pielęgniarki współpracującej z lekarzem rodzinnym, zakresem kompetencji oraz standartami pielęgniarstwa środowiskowego oprac.przez Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia

- zapoznano się z projektem : "Dobra i nowoczesna szkoła - kontynuacja przemian edukacyjnych,, (oprac.przez MEN)

- udział w spotkaniu z dr Zbigniewem Hałatem, Podsekretarzem Stanu w MZiOŚ - udział w spotkaniu z dyr.Dep.Kształcenia Zawodowego MEN (mgr J.Szyszkowska)

EKONOMIKA ŚRODKÓW

Członkowie Komisji wykonują swoją pracę nieodpłatnie.

Komisja wykorzystwała na swoją działalność w I półroczu 1993r. kwotę 13.564.000 zł (zwrot kosztów delegacji).

Sprawozdanie przygotowała Przewodnicząca
Komisji d/s Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
NRPiP *dr Halina Wojnowska-Dawiskiba*

Uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26 maja 1993 roku :

- Nr 64 w sprawie zatwierdzenia znaku firmowego Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

- Nr 65 w sprawie powołania fundacji

- Nr 66 w sprawie polityki finansowej Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na lata 1993-1995

- Nr 67 w sprawie zasad przyznawania stypendium naukowego członkom samorządu pielęgniarek i położnych

- Nr 68 w sprawie zwrotu kosztu przejazdów kolejowych i autobusowych z miejsca zamieszkania do miejsca pracy w Warszawie i z powrotem dla p. Dariusza Michalaka

- Nr 69 w sprawie wprowadzenia zmian do uchwały Nr 32 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 marca 1992 r. w sprawie Biuletynu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

- Nr 70 w sprawie zmiany uchwały Nr 57 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 marca 1993 r. w sprawie zatwierdzenia składów osobowych komisji problemowych działających przy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Nr 71 w sprawie komputerowego systemu rejestracji pielęgniarek i położnych
- Nr 72 w sprawie rozstrzygnięcia przetargu na wykonanie oprogramowania komputerowego systemu rejestracji pielęgniarek i położnych
- Nr 73 w sprawie wprowadzania zmiany do uchwały Nr 59 NRPIP z dnia 4 marca 1993 r. w sprawie powołania zespołu ds. negocjacji warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych

Uchwały Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 1 kwietnia 1993 roku :

- Nr 57 w sprawie zmiany uchwały Nr 11 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 lutego 1992r. w sprawie wprowadzenia komputerowego systemu rejestracji pielęgniarek i położnych
- Nr 58 w sprawie zwrotu kosztów wykonania projektów znaku firmowego Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych związane z wykonaniem zadań statutowych
- Nr 59 w sprawie pokrycia kosztów współudziału Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w organizacji konferencji nt. "Pielęgniarstwo wobec zmian w systemie ochrony zdrowia...", która odbędzie się 7-8 maja 1993r.
- Nr 60 w sprawie zakupu aparatu fotograficznego
- Nr 61 w sprawie przyznania miesięcznego ryczałtu na pokrycie kosztów administracyjnych ponoszonych przez niektórych członków samorządu pełniących społeczne funkcje w organach Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
- Nr 62 w sprawie zatrudnienia pracowników biura Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 29 kwietnia 1993 roku:

- Nr 63 w sprawie zmiany uchwały Nr 33 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 27 sierpnia 1992r. w sprawie utrzymania czystości w pomieszczeniach biurowych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 6 maja 1993 roku:

- Nr 65 w sprawie wysokości wynagrodzenia redaktora naczelnego czasopisma samorządowego oraz kosztów tzw. wierszówek
- Nr 64 w sprawie ustalenia i zatwierdzenia składu osobowego Komisji d/s Skarg i Wniosek

z dnia 13 maja 1993 roku:

- Nr 66 w sprawie pokrycia kosztów zakwaterowania Sekretarza Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w hotelu pielęgniarskim
- Nr 67 w sprawie zmiany uchwały Nr 61 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 kwietnia 1993r. w sprawie przyznania miesięcznego ryczałtu na pokrycie kosztów administracyjnych ponoszonych przez niektórych członków samorządu pełniących społeczne funkcje w organach Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

z dnia 17 czerwca 1993 roku:

- Nr 68 w sprawie zwołania nadzwyczajnego posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 1 lipca 1993 roku:

- Nr 70 w sprawie bieżącego remontu biura NRPiP

- Nr 71 w sprawie podwyższenia wynagrodzenia p. Ewie Galińskiej pracującej na stanowisku sekretarki

- Nr 73 w sprawie wydania kolejnego numeru gazety samorządowej "Pielęgniarstwo i My"

- Nr 74 w sprawie zabezpieczenia obsługi posiedzeń plenarnych Naczelnej Rady w zakresie stenografowania

- Nr 75 w sprawie uchylenia Uchwały Nr 72 w sprawie udzielenia terminowej pożyczki Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie

z dnia 20 sierpnia 1993 roku:

- Nr 76 w sprawie uchylenia Uchwały Nr 69 z dnia 1.07.93r. w sprawie pokrycia kosztów uczestnictwa przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych w V Międzynarodowym Kongresie Pielęgniarstwa w Zdrowiu Psychicznym

- Nr 77 w sprawie przedłużenia umowy o pracę z p. Ewą Galińską

- Nr 78 w sprawie zmiany Uchwały Nr 64 Prezydium NRPiP z dn. 29.04.93r. w sprawie ustalenia i zatwierdzenia składu osobowego Komisji d/s Skarg i Wniosków.

UCHWAŁA Nr 65
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 26 maja 1993r.
w sprawie powołania fundacji

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 i art. 56 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych /Dz.U.Nr 41 poz.178/ uchwała się co następuje:

§ 1

Powołuje się fundację mającą na celu: wspieranie realizacji zadań ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju nauki i praktyki pielęgniarskiej.

§ 2

Na kapitał założycielski przeznaczają się niezbędne środki finansowe ale nie większe niż 1 mld zł /słownie: jeden miliard złotych/.

§ 3

Rada Naczelna upoważnia Prezydium do podjęcia niezbędnych czynności mających na celu przygotowanie projektu statutu oraz innych dokumentów koniecznych do dokonania rejestracji fundacji.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz

Elżbieta Szwałkiewicz

Prezes

Urszula Krzyżanowska-Łagowska

Uchwała Nr 67
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 26.05.1993r.
w sprawie zasad przyznawania stypendium naukowego
członkom samorządu pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 1, 3 i 5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.Nr 41, poz. 176), uchwała się co następuje:

§ 1

Członkowie samorządu, którzy prowadzą badania naukowe lub podejmują inne ciekawe i użyteczne dla naszych zawodów prace badawcze, publikują lub mają dorobek wydawniczy, mogą ubiegać się o jednorazowe stypendium naukowe.

§ 2

Powołuje się Komisję Stypendialną w składzie ustalonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 3

Prawo do stypendium naukowego mają:

- 1) członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, którzy aktualnie prowadzą badania naukowe mające istotne znaczenie dla samorządu,
- 2) członkowie samorządu, którzy rozpoczęli doktoranckie studia, w istotnej dla rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa problematyce,
- 3) członkowie samorządu kończący studia, których prace magisterskie są szczególnie wartościowe dla działalności samorządowej.

§ 4

Prawo wnioskowania w sprawie przyznania stypendium naukowego przysługuje:

- 1) Prezydium Naczelnej Rady,
- 2) Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

§ 5

1. Osoby zainteresowane otrzymaniem stypendium naukowego występują w formie pisemnej do instancji mającej prawo wnioskowania.
2. Wniosek o przyznanie stypendium naukowego musi być dokładnie umotywowany, powinien wymieniać konkretne osiągnięcia naukowe lub zaawansowane prace badawcze istotne dla rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.
3. Wnioski w sprawie przyznania stypendium naukowego wraz z pełną dokumentacją kierowane są przez wnioskodawcę do Komisji o której mowa w § 2 ust. 1.

§ 6

1. Przyznawane roczne stypendium naukowe może być wypłacane jednorazowo lub w ratach kwartalnych.
2. Decyzje w sprawie sposobu wypłacania stypendium podejmuje Naczelna Rada.
3. Łączna kwota przyznanego stypendium wypłacanego zgodnie z Uchwałą Naczelnej Rady jednorazowo lub w ratach nie może być mniejsza jak 10 mln zł (słownie: dziesięć milionów złotych).

UCHWAŁA Nr 65
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 26 maja 1993r.
w sprawie powołania fundacji

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 i art. 56 ustawy z dnia 19 kwietnia 91r. o samorządzie pielęgniarek i położnych /Dz.U.Nr 41 poz.178/ uchwała się co następuje:

§ 1

Powołuje się fundację mającą na celu: wspieranie realizacji zadań ochrony udrowia ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju nauki i praktyki pielęgniarskiej.

§ 2

Na kapitał założycielski przeznaczają się niezbędne środki finansowe ale nie większe niż 1 mld zł /słownie: jeden miliard złotych/.

§ 3

Rada Naczelna upoważnia Prezydium do podjęcia niezbędnych czynności mających na celu przygotowanie projektu statutu oraz innych dokumentów koniecznych do dokonania rejestracji fundacji.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Elżbieta Szwałkiewicz

Prezes
Urszula Krzyżanowska-Łagowska

Uchwała Nr 67
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 26.05.1993r.
w sprawie zasad przyznawania stypendium naukowego
członkom samorządu pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 7 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 1, 3 i 5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.Nr 41, poz. 176), uchwała się co następuje:

§ 1

Członkowie samorządu, którzy prowadzą badania naukowe lub podejmują inne ciekawe i użyteczne dla naszych zawodów prace badawcze, publikują lub mają dorobek wydawniczy, mogą ubiegać się o jednorazowe stypendium naukowe.

§ 2

Powołuje się Komisję Stypendialną w składzie ustalonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 7

1. Decyzje w sprawie przyznania stypendium naukowego podejmuje Naczelna Rada na wniosek Komisji Stypendialnej.
2. W przypadku uznania przez Komisję Stypendialną, że zgłoszone wnioski nie odpowiadają stawianym wymaganiom, Komisja ma prawo nie wnioskować do Naczelnej Rady o przyznanie stypendium naukowego w danym roku kalendarzowym.
3. Fundusz stypendialny nie wykorzystany w danym roku przechodzi na rok następny, powiększając kwotę planowaną na stypendia w następnym roku.

§ 8

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz

Elżbieta Szwałkiewicz

Prezes

Urszula Krzyżanowska-Łagowska

Załącznik do uchwały Nr 67

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

dnia 26.05.1993r.

**w sprawie zasad przyznawania stypendium naukowego
członkom samorządu pielęgniarek i położnych**

1. Ustala się, że Komisja Stypendialna pracuje w następującym składzie osobowym:
 - dr Halina Dawiskiba
 - dr Lucyna Wilczewska
 - mgr Krystyna Wiernicka
 - Teresa Włochal
 - mgr Edward Bożek
2. Na pierwszym posiedzeniu Komisja ukonstytuuje się i ustali regulamin działania.

Sekretarz

Elżbieta Szwałkiewicz

Prezes

Urszula Krzyżanowska-Łagowska

Z PRAC KOMISJI PROBLEMOWYCH

Informacja o działalności Komisji Problemowych przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej za I półrocze 1993 r.

Przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej działają Komisje Problemowe powołane Uchwałą Nr 18 z dnia 30.09.1992r. Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, są to:

- 1) Komisja d/s Etyki - przewodnicząca mgr Ewa Wilkierska,
- 2) Komisja Legislacyjno-Prawna - przewodnicząca mgr Krystyna Roszko,
- 3) Komisja d/s Zmian Systemowych - przewodnicząca mgr Urszula Delikat,
- 4) Komisja d/s Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego -
przewodnicząca mgr Krystyna Bujnik,
- 5) Komisja Finansowo-Socjalna - przewodnicząca mgr Eugenia Denicka,
- 6) Komisja Skarg i Wniosków - przewodnicząca piel. Wanda Gromysz.

KOMISJA D/S ETYKI:

Na odbytych 2 posiedzeniach (2 nie odbyły się z powodu nieobecności większości członków) wypracowała opinię na temat projektu specjalizacji pielęgniarek i położnych. Analizowała projekt Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej opracowany przez ORPiP w Łodzi. Przewodnicząca Komisji uczestniczyła w spotkaniu Komisji d/s Etyki przy Naczelnej Radzie P i P. Komisja ustaliła tematy do opracowania przez poszczególnych członków Komisji. Postanowiono powiększyć skład Komisji dla lepszej organizacji posiedzeń Komisji.

KOMISJA LEGISLACYJNO - PRAWNA:

W minionym półroczu dokonała analizy i oceny szeregu propozycji aktów normatywnych i wypracowała stanowisko w sprawach:

- projekt zasad organizacji oraz zadań Poradni Ekologicznej,
- wytyczne Centrum Onkologii w sprawie bezpieczeństwa personelu w placówkach służby zdrowia stosujących leki cytostatyczne,
- stanowisko akceptujące założenia do Rozporządzenia o specjalizacji pielęgniarek i położnych
- w sprawie utworzenia Centrum Edukacji Medycznej.

Komisja opracowała „Regulamin trybu postępowania w przypadku zagubienia prawa wykonywania zawodu”. Został również opracowany przez Komisję i przyjęty uchwałą Okręgowej Rady projekt tabeli pracy, kwalifikacji i zaszeregowania pracowników Okrę-

gowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Obecnie Komisja analizuje projekt „Założeń ubezpieczeń zdrowotnych”

KOMISJA D/S ZMIAN SYSTEMOWYCH:

Komisja analizowała otrzymane projekty aktów prawnych a wypracowane stanowiska i opinie przekazała do Komisji d/s Zmian Systemowych przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych (kopie w Radzie Okręgowej).

Analiza i opinie dotyczyły propozycji:

- kompetencji dyrektora d/s pielęgniarstwa,
- utworzenia stanowiska pielęgniarki przyszpitalnej,
- zatrudnienia pielęgniarek w zakładach przemysłowych,
- medycyna szkolna,
- zadania i kompetencje pielęgniarki i położnej zatrudnionej w zespole opieki domowej,
- dokumentacji procesu pielęgnowania.

KOMISJA D/S KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO:

9-cio osobowa Komisja odbyła 5 spotkań, podczas których dokonano analizy, oceny i wypracowano opinie lub stanowiska w sprawach dotyczących:

- specjalizacji pielęgniarek i położnych,
- programów nauczania w Medycznych Studiach Zawodowych,
- powołania Centrum Edukacji Medycznej. Komisja opiniowała wnioski na kursy, szkolenia i specjalizacje. Na dofinansowanie: szkoleń, specjalizacji i udziału w sympozjach Komisja wydała 8.956.100 zł. Zorganizowano kursy - Techniki organizatorskie w kierowaniu zespołem pielęgniarstwowym dla kierowniczek kadry.

KOMISJA FINANSOWO-SOCJALNA:

Na II Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych powołano uchwałą Zjazdu Kasę Pożyczkową, która weszła w zakres działania Komisji. W związku z tym Komisja miała dużo pracy z przyjmowaniem i rozpatrywaniem wniosków o udzielenie pożyczki, gdyż zainteresowanie członków samorządu w tym względzie jest ogromne. Na fundusz pożyczkowy pierwotnie przeznaczono 100 mln zł. a potem jeszcze wyasygnowano 50 mln zł. z funduszu Kasy. Do 30 czerwca br udzielono pożyczek na sumę 99.750.000 zł. Wypłacono 13.500.000 zł. zapomóg bezzwrotnych. Do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej każdej ubezpieczającej się pielęgniarki i położnej (1057 osób) dofinansowano 40.000 zł. a prowizję od tego ubezpieczenia w wysokości 26.425.000 zł. włączono do funduszu Komisji Socjalnej. Odbyły się również z inicjatywy Komisji spotkania z emerytkami i rencistkami - członkiniami naszego samorządu.

KOMISJA SKARG I WNIOSEKÓW:

Do Komisji w tym roku nie wpłynęła żadna skarga i w związku z tym nie były prowadzone żadne postępowania wyjaśniające.

Wiceprzewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Maksymiuk

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI W PIERWSZYM PÓŁROCZU 1993 r. KOMISJI FINNASOWO-SOCJALNEJ OIPIP W BIAŁEJ PODLASKIEJ

24-go lutego 1993r. III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej zatwierdził preliminarz budżetowy OIPIP, w którym to na działalność Komisji Finansowo-Socjalnej przyznano kwotę pieniędzy w wysokości 200.000.000 zł. (dwustu milionów złotych).

Również Uchwałą Nr 5 na III Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych powołano w Okręgowej Izbie kasę pożyczkową, a na jej działalność wydzielono z obligatoryjnego funduszu Komisji Finansowo-Socjalnej kwotę 100.000.000 zł. (stu milionów złotych).

Po opracowaniu regulaminu i zasad funkcjonowania kasy pożyczkowej okazało się, że suma 100.000.000 zł nie zaspokoiła potrzeb zainteresowanych pożyczkobiorców wśród pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych.

Wobec takiej sytuacji na wniosek przewodniczącej Komisji Finansowo-Socjalnej o zwiększenie funduszu na kasę, 28 maja 1993r. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Uchwałą Nr 42 postanowiła dodatkowo przeznaczyć 50.000.000 zł. na fundusz pożyczkowy, a tym samym uszczuplając budżet socjalny tej Komisji.

Łącznie na rzecz kasy pożyczkowej przyznano 150.000.000 zł., a na sprawy socjalne pozostało 50.000.000 zł.

Zgodnie z regulaminem dotyczącym funkcjonowania kasy pożyczkowej OIPIP komisja reprezentowana w osobach:

- Maria Kozerska Wojewódzki Szpital Zespolony Biała Podlaska
- Danuta Kozak - przewodnicząca Wojewódzki Szpital Zespolony Biała Podlaska
- Barbara Mikiciuk Wojewódzki Szpital Zespolony Biała Podlaska
- Anna Zuj ZOZ Łosice
- Małgorzata Giersz ZOZ Międzyrzec Podlaski
- Zofia Czarnaacka ZOZ Radzyń Podlaski;
- Elżbieta Kozłowska ZOZ Parczew

rozpatrywała wnioski o udzielenie pożyczek z samorządowej kasy pożyczkowej.

Dnia 17-go maja 1993r. w obecności Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych pani mgr Jadwigi Żwiruk, księgowej pani Bożeny Dymidiuk, przewodniczącej Komisji Finansowo-Socjalnej pani mgr Eugenii Denickiej oraz członkiń reprezentujących kasę pożyczkową po raz pierwszy w działalności OIPIP odbyło się zebranie w sprawie kasy pożyczkowej.

Do tego dnia wpłynęły 103 wnioski o pożyczkę z całego województwa:

- 79 wniosków z ZOZ-u Biała Podlaska
- 11 wniosków z ZOZ-u Radzyń Podlaski
- 2 wnioski z ZOZ-u Łosice
- 6 wniosków z ZOZ-u Parczew
- 5 wniosków z ZOZ-u Międzyrzec Podlaski.

Według wyliczeń pani księgowej OIPIP jaka suma pieniędzy przypada na poszczególne członków danego ZOZ-u, tyle osób mogło mieć pozytywnie rozpatrzone wnioski o pożyczkę.

Podsumowując działalność kasy pożyczkowej w pierwszym półroczu 1993r. przy Komisji Finansowo-Socjalnej OIPIP w Białej Podlaskiej z satysfakcją można powiedzieć, że jej funkcjonowanie cieszy się powodzeniem wśród pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych naszego związku.

Składane wnioski przekraczają możliwości budżetowe kasy, co jest zrozumiałe wśród osób zainteresowanych. Do dnia 30-go czerwca br. wpłynęło 245 wniosków, a pożyczki udzielono 35 osobom.

Wnioski nie zrealizowane w tym półroczu będą sukcesywnie rozpatrywane w następnym półroczu tego roku.

Komisja Finansowo-Socjalna przy OIPIP w Białej Podlaskiej swoją działalnością w pierwszym półroczu tego roku zajęła się sprawami socjalnymi swoich członków poprzez wnioskowanie zapomóg finansowych w ich trudnych sytuacjach życiowych.

Zorganizowano uroczyste spotkanie z emerytkami oraz osobami, które przeszły na emeryturę w ostatnim okresie.

Do 30-go czerwca br. zwróciło się 10 członkiń naszego związku z prośbą o pomoc finansową w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej. Motywacje ich próśb były różne. Wszystkie wnikliwie były rozpatrywane przez osoby reprezentujące podkomisję socjalną OIPIP w Białej Podlaskiej.

W przypadku 7-u osób ubiegających się o zapomogę pieniężną, komisja przychyliła się pozytywnie ze względu na wyjątkowo tragiczne sytuacje losowe, którym przyznano bezzwrotną pomoc finansową na sumę 13.500.000 zł, (trzydzieści milionów pięćset tysięcy złotych).

Z przykrością komisja nie uznała zasadności przyznania zapomogi finansowej dotychczas ubiegającym się 3-em osobom.

Przemijający czas kreuje nowe okoliczności i sytuacje. W tym też okresie przeszło na emeryturę 5 pielęgniarek, 4 osoby z ZOZ-u w Białej Podlaskiej: Anna Zerynger, Teofila Trochimiuk, Jadwiga Pawlik, Teresa Stepanow, 1 z ZOZ-u Międzyrzec Podlaski: Halina Ostapiuk. Na tę okoliczność z budżetu komisji finansowo-socjalnej ubyło 500.000 zł, na zakup upominków tym właśnie osobom, które przestały być czynnymi pracownikami zawodu pielęgniarskiego, a powiększyły grono emerytek.

Komisja finansowo-socjalna w swoim zakresie zadań mając tak szeroki wachlarz zagadnień natury ekonomiczno-społecznej, pamiętała o ludzkich sprawach zachowując perspektywę terażniejszości i przyszłości.

Z racji święta pielęgniarki, w dniu 11-go maja br., zorganizowano uroczyste spotkanie pielęgniarek emerytek z przedstawicielami tego zawodu reprezentującymi OIPIP w Białej Podlaskiej oraz nasze władze lokalne

W kameralnym nastroju przy kawie, herbacie i słodyczach upłynął czas tego spotkania. Na okoliczność tę wydano 586.000 zł.

Smutnym wydatkiem z budżetu tej komisji była kwota 230.000 zł na wiązaną kąpogrzebową (ojcu pracownicy naszej OIPIP).

Reasumując pracę komisji finansowo- socjalnej w ciągu sześciu miesięcy tego roku, można wyciągnąć refleksję, że tak niewiele się „działo”. A jednak z dumą trzeba przyznać, że problemów oraz nowych zadań na różne okoliczności ludzkich spraw dotyczących zawodu, pozycji materialnej, finansowej i społecznej było bardzo dużo, z którymi w/w komisja działająca przy OIPiP w Białej Podlaskiej realizowała swoje zadania zgodnie z przyjętym regulaminem, a tym samym usatysfakcjonowała oczekiwania członków samorządu pielęgniarskiego i położnych województwa białkopodlaskiego.

Do 30-go czerwca 1993 r. objętych zostało ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej z ZUS w Białej Podlaskiej 1057 pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych naszego samorządu. Pełna opłata jednej osoby wynosiła 100.000 zł, OIPiP - dofinansowała do wszystkich osób po 40.000 zł. Prowizja, która powstała z racji ubezpieczenia w wysokości 26.425.000 zł ma zwiększyć budżet Komisji Finansowo-Socjalnej.

Dla przejrzystego zobrazowania preliminarza budżetu tej komisji na dzień 30-go czerwca 1993r. przedstawia się on następująco:

Stan wyjściowy - 200.000.000 zł.

Kasa pożyczkowa - 150.000.000 zł.

Fundusz socjalny - 50.000.000 zł.

Pożyczek udzielono na sumę 99.750.000 zł.

Bezzwrotnych zapomóg udzielono na sumę 134.500.000 zł.

Inne wydatki socjalne (uprzednio opisane) 1.316.500 zł.

Rozdysonowano razem - 114.566.000 zł.

50.000.000 zł. z funduszu socjalnego przeznaczono na kasę pożyczkową, wobec tego pozostało na koniec czerwca 35.434.000 zł. na potrzeby socjalne członków OIPiP na następne półrocze tego roku.

Komisja Finansowo-Socjalna w minionym półroczu realizowała swoje zadania w poszczególnych jej podkomisjach, tj. finansowej i socjalnej. Z każdego zebrania, nie zawsze w pełnym składzie jej reprezentowanych osób, są sporządzane protokoły.

Na przyszłe półrocze br. Komisja Finansowo-Socjalna planuje sukcesywnie udzielić pieniądze, które tworzą fundusz kasy pożyczkowej.

Składane podania o udzielenie bezzwrotnych zapomóg pożyczkowych w szybkim czasie rozpatrywać będzie i przekazywać do zatwierdzenia Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej.

W grudniu planowane jest zebranie podsumowujące roczną działalność Komisji w obecności wszystkich osób pracujących na jej rzecz i reprezentujących nasze potrzeby finansowo-socjalne w samorządzie OIPiP województwa Biała Podlaska.

Sprawozdanie sporządziła
Przewodnicząca Komisji Finansowo-Socjalnej
mgr Eugenia DENICKA

KASA POŻYCZKOWA OIPIP W BIAŁEJ PODLASKIEJ

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej uchwałą Nr 5 w dniu 24-go lutego 1993r. przy Komisji Finansowo-Socjalnej powołał kasę pożyczkową.

Na jej funkcjonowanie z obligatoryjnego funduszu w/w Komisji przyznano kwotę pieniędzy w wysokości 100.000.000 (stu milionów złotych).

Opracowany został regulamin oraz zasady funkcjonowania kasy pożyczkowej. Powołano komisję do rozpatrywania wniosków o pożyczkę reprezentowaną przez przedstawicieli z poszczególnych ZOZ naszego województwa w osobach:

Danuta KOZAK - przewodnicząca Wojewódzki Szpital Zespolony w Białej Podlaskiej

Maria KOZERSKA - Wojewódzki Szpital Zespolony Biała Podlaska

Barbara MIKICIUK - Wojewódzki Szpital Zespolony Biała Podlaska

Anna ZUJ - ZOZ Łosice

Małgorzata GIERSZ - ZOZ Międzyrzec Podlaski

Zofia CZARNACKA - ZOZ Radzyń Podlaski

Elżbieta KOZŁOWSKA - ZOZ

Parczew Kasa pożyczkowa OIPIP w Białej Podlaskiej swoją działalność na dobre rozpoczęła w maju br. Dnia 17-go maja po raz pierwszy w działalności OIPIP w obecności jej Przewodniczącej pani mgr Jadwigi Żwiruk, księgowej OIPIP pani Bożeny Dymidiuk, przewodniczącej Komisji Finansowo-Socjalnej pani mgr Eugenii Denickiej oraz osób reprezentujących kasę pożyczkową rozpatrzono wnioski o udzielenie pożyczki.

Do tego dnia wpłynęło 103 wnioski o pożyczkę z całego województwa:

- 79 wniosków z ZOZ-u Biała Podlaska
- 11 wniosków z ZOZ-u Radzyń Podlaski
- 2 wnioski z ZOZ-u Łosice
- 6 wniosków z ZOZ-u Parczew
- 5 wniosków z ZOZ-u Międzyrzec Podlaski.

W/g wyliczeń pani księgowej OIPIP na dzień 17-go maja przy podziale sumy 100.000.000 zł na pożyczki w wysokości 3.000.000 zł, obligatoryjnie wypadała różna suma pieniędzy do podziału w stosunku do ilości członków zarządu OIPIP na terenie województwa białkopodlaskiego.

I tak:

Na ZOZ w Białej Podlaskiej przypadła pożyczka dla 16 osób

ZOZ Radzyń Podlaski - 8 osób

ZOZ Parczew - 4 osoby

ZOZ Łosice - 3 osoby

ZOZ Międzyrzec Podlaski - 3 osoby

Szpital w Suchowoli - 1 osoba.

17-go maja 1993r. Komisja rozpatrzyła wnioski i udzieliła 35 osobom pożyczkę na sumę 99.750.000 zł.

Z ZOZ-u Biała Podlaska otrzymało 17 osób
z ZOZ-u Radzyń Podlaski - 9 osób
z ZOZ-u Parczew - 4 osoby
z ZOZ-u Międzyrzec Podlaski - 3 osoby
z ZOZ-u Łosice - 2 osoby.

Przydzielona suma pieniędzy w kwocie 100.000.000 zł nie zaspakajała potrzeb osób ubiegających się o pożyczkę. Na wniosek przewodniczącej Komisji Finansowo-Socjalnej mgr Eugenii Denickiej o zwiększenie funduszu na kasę, 28-go maja br Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Uchwałą Nr 42 postanowiła dodatkowo przeznaczyć 50.000.000 zł na fundusz pożyczkowy, uszczuplając tym samym budżet socjalny tej Komisji.

Wnioski o pożyczkę sukcesywnie napływały. 30-go czerwca ubiegających się było 245 osób, a tylko 35 było usatysfakcjonowanych. Stan finansowy kasy na koniec czerwca był zwiększony o sumę 50.000.000 zł oraz o tzw. 5% fundusz własny kasy pożyczkowej powstały od kwoty pożyczonych pieniędzy, tj. 150.000 zł od 3.000.000-ej pożyczki oraz wpłynęły pierwsze raty rozdysponowanych pożyczek 17-go maja. Nie jest trudno policzyć, jaki powstał stan kasy pożyczkowej do rozdysponowania w lipcu wśród osób ubiegających się o pożyczkę.

Komisja 14-go lipca po raz drugi rozdysponowała pieniądze w sumie 88.000.000 zł. z samorządowej kasy pożyczkowej rozpatrując wnikliwie wnioski osób ubiegających się o pożyczkę. Tego dnia podzielono pieniądze zgodnie z regulaminem, adekwatnie do kwoty pieniędzy będącej na koncie kasy w miesiącu lipcu i sierpniu.

Pożyczkę w lipcu otrzymało 14 osób.

Z ZOZ-u Biała Podlaska - 6
z ZOZ-u Radzyń Podlaski - 2
z ZOZ-u Parczew - 2
z ZOZ-u Łosice - 2
z ZOZ-u Międzyrzec Podlaski - 1
ze Szpitala w Suchowoli - 1

Rozdysponowano sumę 42.000.000 zł.

W sierpniu pożyczkę z samorządowej kasy pożyczkowej otrzymało 17 osób.

Z ZOZ-u Biała Podlaska - 9, w tym 2 osoby po 2.000.000 zł.
z ZOZ-u Międzyrzec Podlaski - 2
z ZOZ-u Radzyń Podlaski - 3
z ZOZ-u Łosice - 1
z ZOZ-u Parczew - 2

Rozdysponowano sumę pieniędzy 46.000.000 zł.

Wnioski o pożyczkę sukcesywnie napływają do biura OIPiP w Białej Podlaskiej, a styn kasy ciągle jest za mały, aby zaspokoić potrzeby wszystkich osób ubiegających się o pożyczkę. Kasa samorządowa powoli nabiera rozpędu w swoim działaniu. Z biegiem

czasu uzupełnia swoje konto zasobu pieniędzy z wpływu wpłacanych rat uprzednio pobranych pożyczek. 27-go sierpnia br. po raz trzeci komisja rozpatrywała 195 wniosków i przyznała ją 23-m osobom.

Na wrzesień dysponowano w kasie sumą 30.000.000 zł.

Pożyczki udzielono 10-u osobom.

Z ZOZ-u Biała Podlaska - 5

z ZOZ-u Parczew - 2

z ZOZ-u Radzyń Podlaski

- 2 ze Szpitala w Suchowoli - 1

W miesiącu październiku stan kasy winien stanowić 39.000.000 zł wobec tego rozdysponowano tę sumę wśród 13-u osób.

Z ZOZ-u Biała Podlaska - 6

z ZOZ-u Parczew - 2

z ZOZ-u Międzyrzec Podlaski - 1

z ZOZ-u Radzyń Podlaski - 3

z ZOZ-u Łosice - 1

Reasumując działalność kasy pożyczkowej OIPIP w Białej Podlaskiej w telegraficzny sposób przybliżyłam jej funkcjonowanie oraz społeczne zaangażowanie wielu osób, członków naszego samorządu pełniących tak ważne i znaczące role w Komisji Finansowo-Socjalnej. Ścisła współpraca z księgową (obecnie jest nią pani Maria Welk), która skrupulatnie liczy z miesiąca na miesiąc stan finansowy kasy pożyczkowej kasjerem oraz zespołem komisji d/s rozpatrywania wniosków o udzielenie pożyczki pozwala systematycznie pewnej grupie osób pomóc powiększyć swój budżet domowy.

Posiedzenia komisji powodują wydatki z budżetu OIPIP choćby dlatego, iż trzeba rozliczyć delegacje tym osobom, które przyjeżdżają z sąsiednich ZOZ-ów.

Każde posiedzenie komisji jest zawsze protokołowane, jak również sporządzane są listy osób do publicznej wiadomości tych, którym została przyznana pożyczka.

Na dzień 7-go września 1993r. wpłynęło 273 wnioski z prośbą o pożyczkę z kasy pożyczkowej. Pożyczkę otrzymało 89 osób na sumę 256.750.000 zł., a oczekują 184 osoby.

Wobec takiej sytuacji, kiedy nadal zasoby budżetowe kasy pożyczkowej z miesiąca na miesiąc w minimalnym stopniu wzrastając mogą spełniać oczekiwania niewielkiej liczby osób, Komisja Finansowo-Socjalna działająca w OIPIP w Białej Podlaskiej postanowiła nie przyjmować wniosków o pożyczkę do odwołania. Wnioski złożone i składane do chwili ukazania się tej informacji w biuletynie informacyjnym OIPIP będą systematycznie rozpatrywane przez komisję d/s przyznawania pożyczek.

Udzielenie pożyczki wszystkim tym, którzy ubiegają się o nią od chwili powstania działalności kasy pozwoli następnym osobom składać wnioski o pożyczkę.

Jak długo to potrwa, nie jest trudne do wyliczenia po dokładnym przeanalizowaniu treści zawierających istotne dane dotyczące funkcjonowania kasy pożyczkowej.

W odpowiednim czasie poinformujemy Państwa kiedy ponownie można składać wnioski o pożyczkę z kasy pożyczkowej działającej przy Komisji Finansowo-Socjalnej OIPIP w Białej Podlaskiej

Opracowała
Przewodnicząca Komisji
Finansowo-Socjalnej
mgr Eugenia Denicka

SPRAWOZDANIE

finansowe z działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej za okres od 1.01. - 31.07.93 r.

Dział	Pozycja	Wyszczególnienie	Plan	Wykonanie	%
1	2	3	4	5	6
		WPŁYWY OGÓŁEM	880.000.000	353.821.100	40.2
	1	Wpływy ze składek	650.000.000	288.397.300	44.4
	2	Odsetki bankowe	30.000.000	32.348.800	107.8
	3	Dotacje Naczelnej Izby	200.000.000	-	
		- dar banku BGŻ		1.500.000	
		- dotacja Urzędu Wojewódzkiego		5.000.000	
		- prowizje od ubezpieczeń OC		26.575.000	
		WYDATKI OGÓŁEM	870.520.000	420.063.200	48.3
I		Działalność organizacyjna biura	391.720.000	154.984.700	39.6
	1	Osobowy fundusz płac	65.120.000	43.138.500	66.2
		- wynagrodzenie pracowników	44.000.000	29.401.500	66.8
		- ZUS i FP	21.120.000	13.737.000	65.0
	2	Bezosobowy fundusz płac	167.600.000	64.2000.000	38.3
		- wynagrodzenia z tyt. umów zlec.	147.600.000	64.2000.000	38.3
		- wynagrodzenia inne nieprzew.	20.000.000	-	
	3	Koszty podróży (delegacje)	14.000.000	4.755.100	34.0
		- komisje problemowe (zał. 1)		2.319.200	
	4	Koszty pos. org. OIPIP	6.000.000	716.000	11.9
		- komisje problemowe (zał. 1)		376.100	

Dział	Pozycja	Wyszczególnienie	Plan	Wykonanie	%
1	2	3	4	5	6
	5	Wydatki rzeczowe	139.000.000	42.138.500	30.3
		- materiały biurowe	15.000.000	3.333.400	22.2
		- wyposażenie	20.000.000	15.723.000	78.6
		- czynsz	60.000.000	7.654.800	12.8
		- opłaty telekomunikacyjne	10.000.000	7.141.200	71.4
		w tym: opłaty pocztowe		2.239.700	
		telefony		3.735.400	
		odsetki bankowe		1.166.100	
		- remonty	15.000.000	-	
		- prenumerata i zakup innych wyd.	5.000.000	1.917.700	38.4
		- ubezpieczenie majątku	4.000.000	1.660.000	41.5
		- inne nieprzewidziane koszty	10.000.000	4.745.000	47.5
		w tym: amortyzacja		4.445.000	
II		ODPIS NA NPIP	65.000.000	24.536.400	37.7
III		DOFINANSOWANIE DO UBEZP. PIEL.	72.000.000	42.520.000	59.0
IV		FUNDUSZ SOCJALNY	200.000.000	154.466.500	77.2
		w tym: pożyczki	100.000.000	139.650.000	
		wydatki okolicznościowe		1.316.000	
		zapomogi		13.500.000	
V		KOSZTY SZKOLENIA	73.000.000	12.169.400	33.0
VI		DZIAŁALNOŚĆ INF. WYD. (biuletyn)	30.000.000	15.575.000	16.7
VII		WYDATKI III ZJAZDU P.iP.	15.000.000	15.811.200	51.9
VIII		WYDATKI KOMISJI PROBLEM.	23.800.000	-	105.4

KOSZTY KOMISJI PROBLEMOWYCH
w poz. 3 dz. I i poz. 4 dz. I

zał. nr 1

RODZAJ KOMISJI	DELEGACJE	INNE KOSZTY	RAZEM
K. ds. Etyki	108.000	118.300	226.300
K. ds. Kształcenia	1.990.000	58.800	2.048.900
K. ds. Systemowych	30.400	40.200	70.600
K. Socjalna	133.000	61.600	194.600
K. Legislacyjno-Prawna	-	76.700	76.700
K. Rewizyjna	57.700	20.500	78.200
Razem Komisje	2.319.200	376.100	2.695.300
Posiedz. org. Okr. Izby	1.592.200	339.900	1.932.100
Koszty administracyjne Izby	843.700	-	843.700
Ogółem poz. 3 i 4	4.755.100	716.000	5.471.100

DZIAŁ PRAWNY

RADCA PRAWNY INFORMUJE

Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej w świetle prawa za błąd w sztuce

I Odpowiedzialność karna

Błąd w sztuce pielęgniarki lub położnej może spowodować postawienie jej zarzutu przestępstwa nieumyślnego.

Warunkiem odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne jest łączne spełnienie następujących przesłanek:

- czyn obwinionej musi być sprzeczny z ogólnie przyjętymi regułami ostrożnego postępowania z takimi dobrami jak życie lub zdrowie pacjenta. Aby przyjąć, że zachowanie obwinionej było sprzeczne z wymaganą od niej ostrożnością w postępowaniu wobec pacjenta, musi mieć ona obiektywną możliwość rozpoznania w chwili przystępowania do czynu, że jej zachowanie jest niebezpieczne dla jego życia lub zdrowia. Wspomnianą obiektywną możliwość ustala się w prawie karnym odwołując się do normatywnego wzorca, w tym wypadku "dobrej pielęgniarki". Zatem przyjmuje się że obwiniona miała ową obiektywną możliwość rozpoznania, że jej czyn stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, jeżeli postawiona na jej miejscu "dobra pielęgniarka", to znaczy kompetentna osoba, wyposażona w fachową wiedzę z dziedziny pielęgniarstwa czy położnictwa oraz dostateczne doświadczenie zawodowe, przewidziałaby wspomniane niebezpieczeństwo.

- wywołany czynem obwinionej skutek musi być powiązany z jej zachowaniem. najogólniej można przyjąć, że wspomniane powiązanie przyczynowo-skutkowe zachodzi, jeżeli czyn obwinionej jest warunkiem koniecznym do wystąpienia określonego skutku. Oczywiście odpowiedzialność karna nie obejmuje każdego skutku, a jedynie skutek, który stanowi normalne typowe następstwo określonego czynu. Dodatkowo prawo karne wymaga, aby nieostrożne zachowanie, które wywołało przestępny skutek naruszyło właśnie tę regułę postępowania, która ma na celu zabezpieczyć życie lub zdrowie pacjenta przed takim właśnie skutkiem, jaki rzeczywiście nastąpił.

- obwiniona musiała mieć w chwili przystępowania do czynu indywidualną możliwość zachowania się zgodnego z wymaganą w danej sytuacji ostrożnością. W praktyce raczej nie tyle ustala się wspomnianą indywidualną zdolność do postępowania zgodnie z wymaganiami prawa, ile wyklucza się występowanie w chwili czynu okoliczności, które mogłyby ową zdolność ostrożnego postępowania i przewidywaną możliwość nastąpienia skutku wyłączyć.

Jakie okoliczności mogą wyłączyć odpowiedzialność pielęgniarki lub położnej?

- stan wyższej konieczności, który zachodzi w razie, gdy pielęgniarka lub położna działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego życiu lub zdrowiu pacjenta, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone

nie przedstawia wartości oczywiście większej niż dobro ratowane. Wyraźnie jednak trzeba zaznaczyć, że pielęgniarka nie może powoływać się na kontratyp stanu konieczności w razie ratowania swojego zdrowia poświęcając zdrowie czy życie pacjenta, należy ona bowiem z racji wykonywanego zawodu do osób, na których ciąży obowiązek chronienia życia czy zdrowia pacjenta nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste.

- błąd co do okoliczności faktycznej całego zdarzenia pod warunkiem jednak, że był błąd niezawiniony to znaczy błąd, którego nie mogła obwiniona uniknąć.

- błąd co do bezprawności samego czynu również pod warunkiem, że obwiniona nie mogła błędu uniknąć. (W praktyce najczęściej ten rodzaj błędu będzie występował przy popełnieniu przeciwko wolności - przykładowo pielęgniarka wykonuje zabieg, konieczny z punktu widzenia ochrony pacjenta, na który jednak pacjent nie wyraził zgody).

- działanie na pisemne polecenie ordynującego zabieg lekarza. Trzeba przypomnieć, że zgodnie z obowiązującym prawem pielęgniarka nie ma prawa odmówić wykonania polecenia lekarza, może jedynie żądać aby wspomniane polecenie zostało jej udzielone na piśmie.

-działanie w zaufaniu, że inni członkowie zespołu wykonują swoje obowiązki należyście. Trzeba jednak zapamiętać, że chodzi tutaj o ograniczone zaufanie, które oznacza, że członek zespołu może działać w zaufaniu do drugiego członka zespołu tak długo jak długo nie wystąpią w jego zachowaniu cechy wskazujące na to, że może on ciężący na nim obowiązek ostrożnego postępowania naruszyć.

Trochę inaczej problem ten przedstawia się w razie wystąpienia stosunku podporządkowania pomiędzy dwoma osobami " np. pielęgniarka stazystka i pielęgniarka przełożona). W takim wypadku osoba dysponująca większą wiedzą i doświadczeniem zawodowym może powołać się na zasadę ograniczonego zaufania tylko, jeżeli chodzi o czynność, której wykonanie mieści się w granicach wymagań stawianych mniej doświadczonej osobie.

Natomiast nie stosuje się zasady ograniczonego zaufania w tych wszystkich przypadkach, w których reguła staranności nakazuje lekarzowi przeprowadzenie określonej czynności samodzielnie, wykluczając zarazem zlecenie jej innej osobie (np. : pielęgniarcze czy położnej).

Za jakie przestępstwa pielęgniarka lub położna może zostać skazana ?

Przed wszystkim w grę wejdą przestępstwa zamieszczone w rozdziale XXI kodeksu karnego zatytułowanym „Przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu”.

Będą to :

- przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci (art.152 kodeksu karnego)
- nieumyślne ciężkie uszkodzenie ciała pacjenta (art.155 § 2 kodeksu karnego)
- nieumyślne spowodowanie zwykłego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art.156 § 3 kodeksu karnego)
- nieumyślne pozostawienie pacjenta w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art 163 § 2 kodeksu karnego).

II Odpowiedzialność cywilna

W razie wyrządzenia skutku w postaci śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta jako następstwa błędu w sztuce, pielęgniarka lub położna będzie ponosić odpowiedzialność cywilną. Zakres wspomnianej odpowiedzialności zależy od tego, na podstawie jakiego stosunku prawnego świadczyła ona pracę. W razie pozostawania w stosunku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, odpowiedzialność pielęgniarki i położnej będzie oparta o zasadę wyrażoną w art. 120 kodeksu pracy. Zgodnie ze wspomnianym przepisem w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie zakład pracy. Natomiast wobec zakładu pracy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej pracownik ponosi odpowiedzialność w wysokości wyrządzonej szkody, ale nie większej niż kwota trzymiesięcznego wynagrodzenia pracownika.

Inaczej natomiast przedstawia się odpowiedzialność cywilna pielęgniarki lub położnej zatrudnionej na podstawie umowy zlecenia. W takim bowiem przypadku ponosi ona odpowiedzialność na zasadzie art. 415 kodeksu cywilnego, a więc w wysokości wyrządzonej szkody. Poszkodowany może żądać pokrycia wszelkich wynikłych z tego powodu kosztów, a w razie gdyby pacjent utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyłyby się jego potrzeby lub zmniejszyły jego widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanej do naprawienia szkody pielęgniarki lub położnej odpowiedniej renty.

Co więcej, jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć pacjenta, obwiniona pielęgniarka lub położna musi zwrócić koszty leczenia lub pogrzebu temu kto je poniósł oraz może zostać na nią nałożony obowiązek świadczenia renty na rzecz osób, względem których ciążył na zmarłym pacjencie obowiązek alimentacyjny lub którym zmarły pacjent dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, w tym ostatnim przypadku o ile jest to zgodne z zasadami współżycia społecznego (art. 44, 445, 446, 447 kodeksu karnego).

dr Alicja Kopeć
Pracownik naukowy
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Opinia prawna

Dot. sposobu ściągnięcia zaległych składek

1) Ustawa o samorządzie Pielęgniarek i Położnych w art. 7 pkt. 3 postanawia, że pielęgniarka lub położna wykonująca zawód ma obowiązek członkostwa.

2) Obowiązek płacenia składki wynika z :

a) art. 57 ust. 1 ustawy, który mówi, że majątek samorządu pielęgniarek i położnych składa się m.in. ze składek członkowskich,

b) art. 59, który postanawia, że nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji

3) Zgodnie z ustawą o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (jednolity tekst - Dz. U. Nr 36, poz. 161 z 1991 r.) organem egzekucyjnym należności pieniężnych jest urząd skarbowy (art. 19)

Organ egzekucyjny, o którym mowa wyżej wszczyną egzekucję na wniosek wierzyciela (art. 26) t.j. w naszym przypadku na wniosek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Wniosek taki powinien zawierać : podstawę prawną t.j. art. 59 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, wysokość kwoty podlegającej egzekucji, wyłuszczenie z jakiegokolwiek tytułu wierzytelność powstała (niepłacenie składek i za jaki okres), zaznaczenie, że pismo-upomnienie do dłużnika nie odniosło skutku oraz sam wniosek o przeprowadzenie egzekucji w stosunku do dłużnika (tu podać personalia, miejsce zamieszkania oraz miejsce pracy).

Egzekucję przeprowadza poborca skarbowy.

Wnioski:

Proponuję:

1) aby do członka samorządu nieplacącego składek (przez dłuższy okres czasu np. 1/2 roku) kierowane były przez Przewodniczącą Okręgowej Rady pisma-upomnienia (jedno lub dwa - listem poleconym) z zaznaczeniem, że jeśli składki nie zostaną uiszczone sprawa zostanie skierowana do organu egzekucyjnego. Na końcu pisma podać podstawę prawną t.j. art. 59 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Jeśli składki nie zostaną uiszczone należałoby skierować przeciwko dłużnikowi wniosek do właściwego terenowego urzędu skarbowego o czym wzmiankowano w pkt. 3-cim niniejszej opinii.

2) Przed wysłaniem pisma-upomnienia możnaby pisemnie zwrócić się do Przewodniczącej Pielęgniarek lub Oddziałowej Pielęgniarki zakładu pracy dłużnika, aby przeprowadzić z osobą nieplacącą składek odpowiednią rozmowę. Jeśli taka rozmowa nie przyniosłaby efektów, wówczas należałoby zastosować tryb przewidziany w pkt. 3-cim niniejszej opinii.

Warszawa, dnia 30.06.1993r.

mec. Zbigniew Wachowski
radca prawny
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

KOMUNIKAT

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych pełni dyżur w każdy pierwszy czwartek miesiąca w swoim miejscu pracy w Pierwszym Oddziale Położniczym WSzZ w Białej Podlaskiej w godz. 12.00 - 14.45 telefon 43-35-20 wewn. 330

Halina Ślósarska

Referaty:

Szanowni Państwo!

Kiedy zaproponowano mi przygotowanie referatu na dzisiejsze z Państwem spotkanie, zacząłem wśród wielu możliwości poszukiwać tematu, który mógłbym, jako bądź co bądź laik z dziedziny medycyny, Państwu tu obecnym w ogromnej większości z tą dyscypliną związanym, zaprezentować. I muszę się przyznać, że motywem ostatecznego wyboru była nie tyle jego niezajomość, co zanik zainteresowania wartością tej problematyki. Stąd pozwoliłem sobie dzisiejsze rozważania opatrzyć tytułem:

„Prawda i prawdomówność - jako wartości normujące życie indywidualne i społeczne”.

Zagadnienia w powyższym temacie zawarte wydają się być istotowo zarówno w praktyce codziennego postępowania jak i zawodowej, także medycznej, działalności.

Stąd temat poprowadzony zostanie na dwóch wzajemnie uzupełniających się płaszczyznach, bo przecież będąc pielęgniarką czy lekarzem nie przestaje się być jednocześnie człowiekiem.

A człowiek z natury swej stara się być prawdziwie wierny. Chyba nikt nie chciałby mieć poglądów, czy wiedzy fałszywej. Prawda wyznacza nam drogi działania, stanowi podstawę życia i światłość myśli. Czy człowiek jednak zdolny jest poznać i wypowiedzieć prawdę? Bo jeśli miałyby ona być jedynie ulotną wartością, a człowiek nie byłby w stanie jej doświadczyć, to po co tak namiętnie, jak to się zwłaszcza tak obecnie dzieje, o nią wołać i zabiegać ?

Faktem jest, że pogląd o relatywności prawdy zdobywa sobie obecnie coraz większą popularność. Nie lubimy dogmatyków, którzy stanowczo twierdzą, że mają i z równą stanowczością odrzucają poglądy z ich własnymi sprzeczne. Wolimy raczej dać szeroki margines wolności w ocenie wyników poznania. Niech każdy ma swoją prawdę i według niej żyje - to pogląd zdecydowanie dominujący współcześnie.

Czy jest on przejawem obawy przed tym, że moje poglądy mogą okazać się fałszywe? Czy też jest to akt zazdrości, która niechętnym okiem widzi posiadanie prawdy przez innych?

Właśnie, prawda. Cóż to właściwie jest prawda? Klasyczna odpowiedź na to pytanie głosi, że prawda myśli polega na jej zgodności z rzeczywistością. Veritas est adaequatio rei et intellectus, tak brzmiała ta klasyczna odpowiedź w sformułowaniu

myślicieli scholastycznych. Mimo klarownej treści powyższej definicji, nie ustają spory co do istoty samej prawdy.

Bo na czym miałyby polegać owa zgodność myśli z rzeczywistością?

Ustalenie tego faktu nie jest bynajmniej sprawą łatwą.

Albo jak wogóle stwierdzić, czy myśli nasze są zgodne z rzeczywistością, czy też nie? Jeśli nawet wątpliwości w tej kwestii mnożą się im więcej poświęca się temu zagadnieniu uwagi, to jednak niezaprzeczalnym jest, że na co dzień posługujemy się prawdą, odróżniamy ją od fałszu i w większości przypadków czynimy to bez poważniejszych kłopotów.

Wydaje się bowiem, że przy pewnym wysiłku poznawczym możliwe jest odkrywanie tego, co i tak naprawdę istnieje.

Spróbujmy sobie chociażby wyobrazić postęp w rozwoju nauk medycznych bez rzetelnego poznania prawdy.

Oczywiście można stawiać tezę totalnie sceptyczną o niemożliwości uzasadnienia cokolwiek, o niemożliwości poznanego poznania, o braku dowodów na to, że jest tak jak nasz aparat poznawczy na to wskazuje. Świat kreślony przez sceptyków jest światem niepewności i złudzeń, fikcji i wyobrażeń.

I gdyby rzeczywistość ludzkiego poznania wyglądała tak w istocie, to pozostałby nierozwiązaną zagadką fakt, że dzieje człowieka mogły się w ogóle rozwijać w iluzyjnym i niepoznawalnym świecie?

Nie ulega wątpliwości natomiast, że nasze poznanie nie zawsze musi być rzetelne, a z natury swojej nigdy nie wyczerpuje wieloaspektowości poznawanego przedmiotu. Problemem jest również właściwe czytanie świata realnego. Prawda źle znosi ludzkie projektowanie rzeczywistości, czyli jej odbiór przez pryzmat swojej osobowości i wcześniejszych poglądów. Trzeba więc dowiadywać się jak jest, a nie jak chciałoby się aby było. Dość trudna i rzadka zarazem to umiejętność.

Człowiek nosi w sobie, obok potrzeby rzetelnego poznania, także i skłonność do przeinaczania faktów i błędnej interpretacji tego, co jest.

Skłonność ta szczególnie zauważalna jest na polu moralności.

Tu wielość poglądów i opinii w kwestii często dość oczywistej stanowi dla potocznego obserwatora isticie gordyjski splot.

Sytuacja ta jest dla wielu źródłem przekonania o nieistnieniu obiektywnych norm i ocen tego, co dobre i złe.

Subiektywizm moralny, bo o nim tu mowa, oddaje każdemu człowiekowi prawo do stanowienia o słuszności jego moralnych działań.

A człowiek w istocie na mocy naturalnej intuicji moralnej, jaką każdy z nas posiada, odkrywa co czynić można, a czego nie. Podkreślam jednak, odkrywa a nie stanowi.

Bo o tym, czy coś jest wartością pozytywną czy też nie decyduje znów sam układ rzeczywistości.

Dla nas pozostaje rzetelne jej odczytanie i niedobrze byłoby gdyby owo czytanie zastąpić tworzeniem porządków moralnych wbrew prawdzie.

Na styku obu problematyk, a więc zagadnienia prawdy w ogóle i prawdziwości ocen moralnych pojawia się jeszcze jedna istotna sprawa, a mianowicie zagadnienie prawdomówności i kłamstwa.

Ośmielam się postawić tezę, że większość z tutaj obecnych, jak zresztą większość ludzi w ogóle, uważa siebie za prawdomównych.

Jasno odróżniamy prawdę od fałszu, tym ostatnim pogardzamy i unikamy go. Jednakże w sposób, którego sobie w pełni nie uświadamiamy, kultura, w której żyjemy tłumi naszą wrażliwość na nieprawdę i czyni głuchymi na liczne kłamstwa jakie słyszymy każdego dnia.

W końcu zdarza się, że przyjmujemy pewne nieprawdy za rzecz oczywistą i normalną, a żyjąc w tym klimacie łatwiej i nam samym przychodzi kłamać. Może nie zawsze wprost i bez skrępowań, ale pomyślmy tylko ile w naszym życiu codziennie jest niedomówień, fałszywych uśmiechów, nieszczerych gestów, przemilczeń, a może nawet manipulacji i intryg.

Czy to wszystko nie kwalifikuje się w ocenie moralnej jako rozmijanie się z prawdą, a więc kłamstwo?

A im więcej tych nawet drobnych fałszerstw w rzeczywistości, tym wrażliwość na prawdę staje się w człowieku coraz słabsza, aż w końcu on sam zaczyna już tracić rozeznanie, czy to co powiedział jest prawdziwe i słuszne, czy też niezupełnie.

A potem bez zdziwienia obserwujemy scenę, gdy na pytanie starszego schorowanego człowieka:

„Panie doktorze, to jak ze mną będzie? „

pada odpowiedź: „Wszystko jest w porządku „,

choć przecież cały oddział już wie, że w porządku nie jest i pewnie już nigdy nie będzie. Ów człowiek przynajmniej otrzymał odpowiedź na dręczące każdego chorego pytanie, ale iluż pacjentów musi się zadowolić w podobnej sytuacji jedynie fachowo skierowanym spojrzeniem lub poklepaniem po ramieniu.

Czyżby nie byli godni wiedzieć, co z nimi się dzieje, jak przebiega ich proces leczenia i jakie są szanse na ich życie ?

A może brak im wykształcenia, by te zawile kwestie zrozumieć?

Daleki byłbym od tego, by pokusić się w tym miejscu na poczynienie konkretnych rozstrzygnięć w sporach dotyczących sytuacji, w jakich prawda dla chorego o nim samym jest wskazana, a w jakich nie. Nie uczynię tego choćby i z tej prostej przyczyny, że normy moralne mają charakter ogólny, życie zaś niesie nam problemy nader konkretne, których rozwiązanie wymaga nie tylko określenia normy, ale i okoliczności, doświadczenia i cały kontekst sytuacyjny.

Właściwe postępowanie zasadza się nie tylko na spełnianiu treści nakazu moralnego, ale przede wszystkim na poszukiwaniu i optymalnego dla człowieka dobra.

Nim jednak każdy z nas utwierdzi się w swoim przekonaniu co do słuszności komunikowania pacjentom prawdy lub też pozostanie przy poglądzie przeciwnym, zastanówmy się przez chwilę nad konsekwencjami kłamstwa. Pierwsze, co w tym momencie nasuwa się to fakt, że przyłapany choćby na niewielkim oszustwie, traci natychmiast zaufanie w oczach swego rozmówcy.

Nikt nie lubi być okłamywany, a już z pewnością nie tolerujemy kłamstw, które nas bezpośrednio dotyczą.

A muszę przyznać, że trudniej jest mi wyobrazić sobie sprawnie przebiegający proces leczenia, w którym pacjent i personel nie mają do siebie nawzajem zaufania. Poza tym w człowieku, który podejrzewa, że omija go prawda, poczyna się gruntownie chwiać jego poczucie bezpieczeństwa.

A kiedy jeszcze niedomówienia spotykają go ze strony ludzi w których ręce złożył swoje zdrowie, a może i życie, wówczas stan wewnętrznego niepokoju potęguje się.

Nie wolno też pominąć milczeniem faktu, że każde zło doprowadza psychikę zło czyniącego do mniejszej lub większej deharmonizacji, kłamstwa, nawet dokonane w słusznej sprawie i dobrej wierze jest złem, bo komunikuje nieprawdę fałszując tym samym obraz rzeczywistości. Jako zaś zło prowadzi nieuchronnie do powolnego acz konsekwentnego niszczenia sumienia, siły woli, prawości ducha i innych cech, które o naszym człowieczeństwie stanowią i decydują.

A im człowiek jest słabszy i mniej zintegrowany wewnątrznie, tym łatwiej popełnia błędy, a co gorsze z coraz mniejszymi oporami zdaje się traktować innych ludzi jak przedmioty i środki do realizacji swoich celów. A jeśli człowiek taki odczuwa swoją przewagę nad innymi, wynikającą z określonej sytuacji, wówczas owo bezosobowe podejście przybiera na sile.

Pacjenci na ogół rzadko skarżą się na niefachową opiekę czy wadliwe wykonanie zabiegu, o wiele częściej ich niezadowolenie dotyczy sposobu, w jaki są traktowani przez personel medyczny.

Jego wyniosłość i nieprzystępność daje im niejednokrotnie poczucie bycia kimś gorszym, mniej wartościowym i nader dobitnie podkreśla, że są zdani na łaskę ludzi w białych kitlach.

Czy przypadkiem klimat większej prawdomówności, a co za tym idzie jej zaufania przynajmniej po części nie uzdrawiałby tak dotkliwie obecnie odczuwanej ciężkiej atmosfery w placówkach służby zdrowia?

Czy traktowanie siebie nawzajem z większą uczciwością i szczerością nie mogłoby tu pomóc?

Wszystkie postawione dzisiaj pytania i zarysowane problemy każdego dnia czekają na praktyczną odpowiedź.

I nikt, kto czuje się odpowiedzialny za stan ducha i ciała powierzonych mu osób, a także i za własny człowieczy rozwój nie może się uchylać od poszukiwania tych odpowiedzi.

I jeśli mają one szansę być odnalezione, to z pewnością dokonać się to może tylko w uznaniu wartości szacunku dla prawdy i klimacie uczciwości wobec własnego działania i myślenia.

Bo jeśli porzucić kłamstwo w całej jego rozległej różnorodności i postaciowości, to czyż można wskazać na lepszy początek tego dzieła niż mówienie prawdy samemu sobie?

Wojciech Stefaniak

Referat wygłoszony na spotkaniu z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki w dniu 12 maja 1993 r. w MSZ w Radzynie Podlaskim.

Moje refleksje na temat :

„Opieka jako droga do własnego Ja” Z codziennej pracy w DPS:

„Aby odchodzić z twarzą piękną,

Trzeba(...)

iść samotnie

po to by innym było mniej samotnie.”

Przedmiotem pracy jest człowiek, często samotny, pozbawiony poczucia bezpieczeństwa, schorowany. Najbliższym tego człowieka jest zawsze pielęgniarka, opiekunka. To ona czuwa nad prawidłowym snem, jego życiem w DPS. Podejmuje samodzielne decyzje, niesie pomoc w każdej potrzebie. Jest odpowiedzialna za jego przebywanie. Praca jest trudna. Nie można zapominać kim jest człowiek. Trzeba umieć każdego wysłuchiwać, wpływać kojąco, być dla podopiecznego rodziną zastępczą. Przypominać mu najbliższych. Wśród podopiecznych są ludzie różni. Zdarzają się bardzo uciążliwi, ale są i tacy którzy dają się lubić. Praca jest trudna, ale w codziennych obowiązkach należy zapominać o wszystkich bóleczkach. Należy być pielęgniarką, opiekunką, uśmiechać się do swoich podopiecznych, umieć ich zrozumieć i umieć nieść pomoc.

Opiekowanie się jest drogą do własnego Ja

Pytaniem pierwszym nie jest jak pomóc ludziom starszym lecz jak wpuścić ich do środka naszego życia, jak wytworzyć przestrzeń gdzie można ich słyszeć i wysłuchiwać ze staranną uwagą. Bardzo często nasza chęć uczenia, czy leczenia uniemożliwia nam zrozumienie i podjęcie tego, co nasi podopieczni mają nam do zaoferowania. Czyż uzdrawianie nie dokonuje się przez przywracanie poczucia własnej wartości? Ale jak to jest możliwe jeżeli nie ma kogoś umiającego odkryć wartość drugiego człowieka, chcącego przyjąć go jako cenny dar. Wartość swą uświadomiamy w oczach tych, którzy przez swą opiekę potwierdzają nasze najlepsze „ja”. Przyjęcie ludzi starych do swego wnętrza nie jest łatwe. Starość jest ukryta nie tylko przed naszymi oczami, lecz o wiele bardziej przed naszymi uczuciami. W głębi naszego „ja” żyjemy złudzeniami, że będziemy zawsze tacy sami, skłonni jesteśmy przeoczyć rzeczywiste istnienie ludzi starych, żyjących w zakładach opiekuńczych.

Żyjemy pod jednym dachem z ludźmi upośledzonymi, psychicznie chorymi, niepełnosprawnymi. Wszyscy są bardzo mało samodzielni, mają ograniczoną zdolność rozumienia. Kontakt z taką osobą, zależniową, ubogą, bezbronną należy budować powoli stopniowo tworząc krok za krokiem więzy zaufania. Trzeba umieć być cierpliwym. Umieć zbliżyć się do osoby kalekiej - to pierwszy krok do dojrzałości serca. Współczucie tzn. nieść cierpienie wespół z cierpiącym. Wartość współczucia to wartość obecności, która sprawia, że człowiek zasmucony przestaje się czuć samotny i może odzyskać odwagę. Jeżeli współczucie jest obecnością objawia się przez drobne znaki, list, telefon, rozumiejące spojrzenie, dyskretnie ofiarowany przedmiot. W ten sposób współczucie staje się ukrytą i dyskretną wymianą, nadzieją. Współczujący przyjaciel jest obok, aby móc iść dalej, aby pomagać przeżyć okres smutku, z maleńkim promyczkiem nadziei. Najważniejsze jest zrozumieć czyjś lęk i cierpienie. Towarzyszyć tej osobie dzień po dniu,

ramię w ramię, dłoń w dłoń. Myślę, że współczucie zawiera w sobie pojęcie trwałości i wierności. Współczujące serce nie potrzebuje snu ani czasu, by okazać drugiej osobie, że rozumie ją w jej cierpieniu, że kocha ją i jej towarzyszy. Niemożliwością jest wejść w czyjeś cierpienie, jeżeli nie przeżyło się własnego. Uświadamiając sobie własne słabości potrafi zrozumieć cudze. Kochając kogoś nie pozostawiamy go smutnego. Robimy wszystko by stawał się coraz bardziej zintegrowany z grupą i był człowiekiem. Pozostajemy z nim w kontakcie, dostrzegamy jego możliwości, pomagamy mu w rozwiązywaniu wszelkich problemów.

Możemy i musimy być wymagający wobec osoby którą kochamy by mogła ona robić postępy. Będzie to znakiem, że wierzymy w nią i darzymy zaufaniem. Jestem przekonana, że każdy z nas pragnie odczuwać, że inni wiele od niego oczekują, ponieważ wierzą w jego możliwości. Kończąc swoje refleksje pragnę by wszystkie koleżanki uwierzyły, że jedną z najwspanialszych rzeczy jest przyjmowanie ludzi i pomaganie im, co trudno jest robić samemu. Kiedy łączymy wspólnie nasze siły, kiedy dzielimy między siebie zadania i obowiązki jesteśmy w stanie przyjmować wiele osób, nawet osoby bardzo nieszczęśliwe. Pomagamy im odkryć, że mogą być kochane i są kochane. Świadomość ta pozwala wkroczyć im na drogę uzdrowienia i odzyskać zaufanie do samych siebie, do rodziny i do innych.

"Otwartość na zwierzenia" - to jeden z wymiarów wysłuchiwanie ludzi. Umieć uszanować cierpienie drugiego człowieka i przed nikim ich nie odsłonić.

Z poważaniem
Przełożona Pielęgniarek DPS
w Kostomłotach
mgr Bożena Sokołowska

Kiedy Kończy się życie - Refleksje nie tylko bioetyczne

Trudno określić moment, kiedy naprawdę przestajemy żyć. Stąd też definicja śmierci musi mieć charakter regulujący, zawierać kryteria śmierci, które z kolei powinny prowadzić do łatwych testów weryfikacyjnych (np. EEG).

Korzystając z dorobku naukowego lekarzy, psychiatrów, etyków a nawet filozofów spróbujmy przyjrzeć się różnym koncepcjom śmierci.

- Śmierć jako proces biologiczny.

Biologia określa śmierć jako proces biologiczny wynikający z zatrzymania metabolizmu komórkowego, co doprowadza do samozatrucia organizmu. Jeden z autorów reprezentujących ten pogląd uważa, iż termin śmierć jest słowem równie abstrakcyjnym jak „dzieciństwo” czy „młodość”. Nie istnieje jego zdaniem żaden magiczny moment, w którym wszystko znika.

Koncepcja taka jest jednak zupełnie bezużyteczna dla lekarzy, którzy muszą przecież poznać dokładny moment, w którym pacjent przestaje żyć.

- Śmierć jako ustanie funkcji biologicznych.

w połączeniu z brakiem świadomości, to następna koncepcja lekarzy i filozofów, którzy koniec życia pragnęli traktować w kategoriach zdarzenia nieodwracalności.

Tradycyjnie uznawane objawy to: ustanie akcji serca i oddychania. Pod terminem funkcje biologiczne kryje się w tym przypadku także świadomość.

Technika medyczna już dosyć dawno uporała się z takimi problemami, jak ustanie akcji serca czy brak oddechu.

Powyższa definicja (koncepcja) staje się więc bezużyteczna i nieatrakcyjna na obecnym poziomie wiedzy i nauki medycznej.

- Śmierć jako całkowite zniszczenie mózgu.

Wykorzystując poziom techniczny współczesnej medycyny i stosując np. mechaniczną wentylację udaje się podtrzymać biologiczne procesy organizmu. Bywa jednak, że dochodzi w niektórych przypadkach do destrukcyjnych procesów z mózgu. Mogą ulec zniszczeniu nawet wszystkie jego części: mózgowie, śródmózgowie i pień mózgu.

Czy podtrzymywanie przy życiu ciała, gdy istota w nim „zawarta” już nigdy nie odzyska świadomości nie wydaje się moralnie odrażające i zawężające pojęcie „człowiek” do biologicznych funkcji organizmu? Czy nie mają racji ci, którzy jako istotę człowieczeństwa przedstawiają wszystkie te funkcje, u których podłoża leży aktywność mózgu (świadomość, zdolność do myślenia...)?

Dla nich oddychanie i bicie serca to czynnik wtórny będący jedynie objawem człowieczeństwa (lecz nie jego istotą).

W 1968 roku sformułowano harwardzką definicję śmierci, zgodnie z którą zgon następuje wraz ze śmiercią mózgu.

Śmierć mózgu to: nieodwracalne zniszczenie istoty komórek nerwowych w jamie czaszki włączając w to półkule wraz z korą mózgową i strukturami głębokimi, jak również pień mózgowy i mózdzek.

Raport z 1968 roku określa też jasno kryteria śmierci klinicznej mózgu - brak możliwości i nieodpowiadanie na bodźce:

- brak oddechu i niewykonywanie żadnych ruchów
- brak odruchów
- płaska linia EEG.

Określono też ściśle procedury służące do sprawdzania czy powyższe warunki zostały spełnione. Ostrzega się także, że hipotermia i środki hamujące ośrodkowy układ nerwowy dają podobne oznaki co śmierć kliniczna mózgu. Być może to oskarżenie o redukcjonizm (zawężenie do określonych implikacji) byłoby słuszne gdyby autorzy definicji harwardzkiej utrzymywali, że człowiek to nic innego jak tylko mózg.

Zarzut medyczny stawiany powyższej definicji mówi o tym, że zanik funkcji nie jest przecież tożsamy z całkowitą destrukcją. A więc zaniku funkcji nie można traktować jako kryterium zniszczenia. W przeciwieństwie do zaniku, destrukcja czyli zniszczenie jest nieodwracalne.

Dr Byrne twierdzi, iż nigdy nie można z całą pewnością orzec czy zanik mózgu jest nieodwracalny. Niegdyś uważano, że zatrzymanie oddechu jest nieodwracalne.

Podobnie zatrzymanie krążenia było traktowane jako śmierć.

Dziś sądzimy, że utrata funkcji mózgu jest nieodwracalna. Dlatego jego zdaniem dopóki mamy do czynienia z zanikiem - mamy do czynienia z żywym człowiekiem.

Wiemy jednak też o tym, że przywrócić oddech możemy człowiekowi tylko wtedy, gdy nie jest zniszczony pień mózgowy. Stąd skuteczność technik medycznych. Gdy jednak nastąpi uszkodzenie pnia mózgu, medycyna staje się bezsilna. Stąd też teoria dr Byrna jest chwilowo nieadekwatna do sytuacji.

Powyższa definicja śmierci uważana jest za prostą i pozwalającą na szybkie pobranie tkanek do przeszczepów.

Zarówno teolodzy, jak i medycy wysunęli jednak wobec niej zarzuty. Z punktu widzenia religii utożsamianie życia człowieka z jego mózgiem jest objawem materializmu, niezgodnym z pojęciem metafizyki życia ludzkiego. Brak w nim bowiem miejsca na duszę lub co gorsza - sprowadzenia się czynności umysłu lub duszy do pracy mózgu.

- Śmierć jako zniszczenie kory mózgowej

Z filozoficznego punktu widzenia możemy utożsamiać koniec życia jednostki z nieodwracalną utratą świadomości.

W takim wypadku musimy pamiętać, że mózg wyższy (cerberum) może obumrzeć, ale mózg niższy (pień mózgowy) nadal funkcjonuje. Inaczej mówiąc według tej teorii: śmierć następuje wtedy gdy neurony w korze mózgowej ulegną zniszczeniu (poruszenie się, mowa, myślenie, pamięć, uczucia...), a nienaruszone pozostaną takie struktury głębokie w półkulach mózgu, jak : wzgórze, jądra podstawy, pień mózgu oraz mózdzek (oddychanie, czynności wegetatywne, ciśnienie krwi...). Punktem wyjścia tej definicji musi być odróżnienie śmierci organizmu od śmierci osobowej.

Któż z nas pozwoliłby na dokonanie pochówku oddychającego ciała ? Oddychanie jest bowiem dla nas potocznym symptomem życia. Z kolei, kto z nas zdobyłby się na utrzymywanie "kontaktu" z samą tylko odciętą i podtrzymywaną przy pomocy skomplikowanej aparatury przy „życiu” , głową (mózgiem)? Niemniej jednak w potocznym znaczeniu głowę tę identyfikowalibyśmy jako osobę... Możemy przyjąć, że każda koncepcja, która między innymi nie jest zgodna z potocznym wyrażeniem odczuć moralnych, jest niemożliwa do zaakceptowania. Powyższa definicja śmierci rozumianej jako zniszczenie kory mózgowej (odpowiedzialnej za procesy świadome) (stąd przykład pogrzebu oddychającego ciała), nie przedstawia jasnych i zadawalających, niezawodnych kryteriów uznania pacjenta za zmarłego. Która więc z powyższych koncepcji jest dla medycyny bardziej wiarygodna? A może raczej należałoby zapytać też o to, która z nich jest najbardziej „atrakcyjna”? Lub może, która z nich najczęściej w świecie medycznym dominuje?

W dobie transplantologii najbardziej racjonalna jest ta - najmniej przekonywująca zwykłego śmiertelnika. Mówi ona o nieodwracalnym zniszczeniu kory mózgowej.

Spory etyczno-moralno-medyczne będą w tej kwestii tematem wiodącym jeszcze bardzo długo. W świecie medycznym dominuje definicja śmierci po raz pierwszy ustalona w raporcie harwardzkim.

Teologia jako nauka nie próbuje na swój własny użytek definiować zjawiska śmierci w sposób jednoznaczny i nie podlegający dyskusji. Kościół w tym względzie przyznaje nauce prawo określania kryteriów śmierci, zgodnie ze stanem wiedzy. Nawet Pius XII uznawał klasyczną definicję śmierci, przyznając, że tylko anestezjologia może dostarczyć jasnej i precyzyjnej definicji, a także ustalić moment śmierci pacjenta będącego w stanie nieświadomości lub śpiączki. Dodał również, że odpowiedzi na pytanie o moment śmierci nie można wyprowadzać z żadnych zasad religijnych czy moralnych.

Doktryna katolicka ze swoim metafizycznym pojęciem śmierci okazała się niewystarczająca dla medycyny.

No bo skąd można wiedzieć, w którym momencie nastąpiła całkowita i ostateczna separacja duszy od ciała?

Przecież życie to nie tylko funkcjonowanie niektórych organów. Najbardziej współczesne pojęcie śmierci funkcjonuje w nauce Kościoła, wypowiedziach papieży i kongregacji rzymskich, jest zgodne z definicją ustaloną i ciągle weryfikowaną przez świat lekarski. Również Jan Paweł II (w sposób nieoficjalny) aprobuje definicję śmierci osobniczej. Papieska Akademia Nauk formułuje ją w ten sposób. Osoba może być traktowana za zmarłą, gdy utraciła w sposób nieodwracalny wszelką zdolność integrowania i koordynowania funkcji fizycznych i umysłowych swojego ciała. Należy powiedzieć, że stanowisko Magisterium Kościoła oparte jest przede wszystkim na wnioskach wynikających z naukowych refleksji wybitnych specjalistów.

Papieska Akademia Nauk na polecenie Stolicy Apostolskiej powołała zespoły kompetentnych naukowców, prawników, teologów, moralistów, etyków, lekarzy itp.

Zadaniem ich było krytyczne ustosunkowanie się do obowiązującej dziś definicji śmierci i dojście do opracowania jej moralnej oceny.

W 1981 roku raport Papieskiej Rady (Cor Unum) stwierdza, że śmierć należy pojmować raczej jako postępujący ciąg definitywnego zatrzymania się różnych funkcji życiowych, począwszy od degradacji funkcji najbardziej złożonych, a następnie różnych systemów organizmu (nerwowego, krążenia, oddechowego, trawiennego...), skończywszy na strukturze komórkowej i podkomórkowej (...) W cztery lata później powołano zespół naukowców, którego zadaniem było szczegółowe przedyskutowanie obiektywnych kryteriów śmierci oraz naukowych aspektów definiowania momentu śmierci, jak również zasady postępowania przy przedłużającym się stanie śmierci pozornej. Na podstawie analizy wielu przypadków ustalono, że mózg mimo wszystko posiada pewną zdolność, a raczej odporność i po zatrzymaniu się przewodzenia mózgowego może czasami odzyskać sprawność. Natomiast gdy całość mózgu zostaje nieodwracalnie uszkodzona (czyli następuje śmierć mózgu), wszelkie możliwości odczuwania i poznawania są całkowicie zniszczone. Może to wystąpić nawet wtedy, gdy skomplikowany system reanimacyjny utrzymuje przy życiu ciało pacjenta.

Jeśli wszystkimi możliwymi metodami klinicznymi i instrumentalnymi (zwłaszcza EEG 2 razy w odstępie 6 godz., w czasie 48 godz.) stwierdzi się, że śmierć nastąpiła, można zatrzymać wszelkie działania reanimacyjne bez żadnego obciążenia moralnego lub zawodowego. (...)

Kościół mówi także, że można po ustaleniu śmierci, utrzymywać sztuczne oddychanie itp., gdy planowany jest przeszczep organów.

Pozwalając sobie na refleksję bioetyczną możemy powiedzieć, że śmierć człowieka jako istoty ludzkiej w odróżnieniu od śmierci innych poza ludzkich organów, jest misterium i rozpatrywana być musi jako zdarzenie egzystencjonalne.

Nieodwracalne zniszczenie zdolności funkcjonowania mózgu spowodowało (z punktu widzenia bioetycznego), że nastąpiła utrata czynnika informującego, a tym samym realne nieistnienie. W świetle tej koncepcji filozoficznej pojęcie medycznej definicji śmierci jest przez Kościół akceptowane. Z punktu widzenia nauk humanistycznych problem śmierci należy rozpatrywać jako proces rozpadu w wymiarze biologiczno-fizycznym (cielesnym) i psycho-ruchowym, a także socjo-kulturowym. Jest to więc najpierw oddzielenie się duszy od ciała, a następnie zerwanie więzi warunkujących bytowanie człowieka (jedzenie, picie, praca, bycie wśród bliskich, istnienie w społeczeństwie).

W dalszej części refleksji bioetycznych warto zaznaczyć, że dezorganizacja tego specyficznego systemu jakim jest organizm następuje stopniowo na różnych poziomach zależnych od siebie i ściśle połączonych.

Decydujący moment następuje wtedy, gdy ośrodkowy układ nerwowy przestaje funkcjonować i stymulować pracę pozostałych systemów.

Założenia metafizyczne i religijne przyjmują za aksjomat, że człowiek posiada duszę, która jest dla człowieka czynnikiem anonimowości, bezpośredniej więzi z Bogiem.

Dusza według religii nie ma jakiegoś ściśle określonego miejsca w ciele człowieka. Nie można więc mózgu utożsamiać z "centrum życiowym" człowieka, posiadacza duszy jako czynnika "napędowego" (ożywiającego).

Dlatego też zdaniem Kościoła w "sytuacjach wątpliwych należy zawsze dać szansę przeżycia, aniżeli przyczynić się do śmierci pacjenta np. w stanie śpiączki"(...)

Stoi on na stanowisku, że sama nauka (na obecnym etapie nie może być dostarczycielem ani zasad, ani norm etycznych).

Musi nam zatem chwilowo wystarczyć definicja śmierci osobniczej, związana z całkowitą śmiercią mózgu.

Refleksje etyczne przy obecnym stanie wiedzy uznają za niewystarczającą - częściową śmierć mózgu.

Mając do czynienia ze śmiercią, jej cierpieniem fizycznym i moralnym, pamiętamy o związanych z nią aspektach medycznych i religijnych. Zapominamy jednak o być może mało eksponowanym, ale istniejącym i niezwykle ważnym aspekcie prawnym.

Np. wykluczenie lub potwierdzenie umyślnego spowodowania śmierci, otwarcie testamentu, dopuszczalność pobierania tkanek i narządów do transplantacji itp., podlegają jurysdykcji.

Przepisy prawa często (wyraźnie lub pośrednio) odwołują się do pojęcia śmierci. Zarazem w Polsce żaden akt prawny pojęcia tego nie definiuje, mimo że dla prawnika często ważne jest, kiedy nastąpił (następuje) kres życia. Np. wg. prawa;

- tylko na żywej osobie, nie na zwłokach, można dokonać przestępstwa zabójstwa

- jedynie wobec żywego człowieka istnieje obowiązek udzielenia pomocy
- tylko z chwilą śmierci istnieje możliwość otwarcia spadku po zmarłym
- tylko od zmarłego wolno pobrać narządy do transplantacji
- obowiązek prowadzenia jakichkolwiek dalszych czynności terapeutycznych ustaje tylko wobec zmarłego itd.

Prawnicy, tak jak i Kościół, stoją na stanowisku, że ustalenie chwili śmierci konkretnej osoby, jak i definiowanie śmierci w ogóle, stanowi domenę medycyny nie prawa.

Krajowy Zespół Specjalistyczny w dziedzinach; anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, podjął próbę podania kryteriów śmierci (styczeń 1990 r.). Wg. nich śmierć jest zjawiskiem zdysocjonowanym (ogarnia organy i układy w różnym czasie);

- końcem istnienia człowieka jako zintegrowanej jednostki
- definitywnym ustaniem krążenia krwi lub definitywnym ustaniem funkcji mózgu (tzn. człowiek i jego mózg przestają w owej chwili stanowić całość zintegrowaną).

Taki, a nie inny sposób formułowania powyższego stanowiska został uwarunkowany przez potrzeby współczesnej medycyny, która nie zawsze może sobie pozwolić (?) na oczekiwania aż proces umierania obejmie znaczną większość układów organizmu. Coraz bardziej skuteczne, ale i coraz bardziej kosztowne sposoby długotrwałego sztucznego podtrzymywania przy życiu, wymuszają jakoby pewne ograniczenie obowiązku terapeutycznego (podtrzymywać przy życiu naprawdę żywych).

Szansa dla transplantacji są tym większe, im krótszy upłynął czas od śmierci dawcy do pobrania narządów z jego zwłok.

Już powyższe dylematy pokazują, że nie da się w prawie i etyce tego problemu rozwiązać zadawalająco.

Rozpoznanie śmierci wg tego dokumentu (stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistów) jest więc umową medyczną.

Mogą zrodzić się obawy (przede wszystkim o postawy etyczno-moralne), czy nie zaczyna się coś dzieć poza kontrolą prawa?

Skoro śmierć jest procesem rozciągłym w czasie, to w rzeczywistości nie istnieje taka poszczególne chwila, która mogłaby zostać określona jako "jedynie prawdziwy czas" śmierci (...). Dlatego każda definicja śmierci musi mieć charakter umowy (przynajmniej dla prawa).

Nie oznacza jednak całkowitej dowolności w tym zakresie. Dla jurysdykcji (i nie tylko) musi być ona oparta o aktualny stan wiedzy w naukach biologicznych, i nie może zmieniać powszechnie przyjmowanego znaczenia tego pojęcia.

Podnoszenie argumentu, że wiedza nasza ma charakter niedostateczny, że nowe odkrycia mogą doprowadzić do obalenia mózgowego kryterium śmierci, w związku z czym działający zgodnie z obowiązującą definicją śmierci staną się mordercami, jest chyba stosowaniem etyki "na wyrost".

Wiedza ludzka była, jest i jeszcze długo będzie uznawana za niepełną, dlatego wszelkie decyzje musimy podejmować w oparciu o jej stan obecny, obowiązujący.

Prawo nie powinno podzielać maksymalizmu etycznego (rezygnacja z mózgowego kryterium śmierci) - gdyż ono samo musi opierać się na aktualnym stanie wiedzy. Może ono (prawo) angażować się w ochronę dóbr już zaistniałych, albo też potencjalnych, ale nie dóbr czysto hipotetycznych. Podsumowując powyższy wywód musimy jasno powiedzieć, że stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistów z roku 1990, jakkolwiek nie zostało wprowadzone do naszej jurysdykcji na drodze ustawowej, jest dokumentem zawierającym prawidłową definicję śmierci. Tym samym polskiemu lekarzowi wolno się nią posługiwać w praktyce. Oczywiście muszą być przeprowadzone wszystkie zabiegi przewidziane w tym zapisie, konieczne do stwierdzenia zgonu. Zaprzeszanie terapii wobec takiej osoby nie stanowi zabójstwa zwykłego czy eutanatycznego. Dopuszczalne także staje się pobranie narządów do przeszczepu. (...)

Grażyna Nowak

CIEKAWOSTKA

Gotowy jest już projekt ustawy transplantacyjnej. W Polsce przeszczepia się nerki (ok. 400 rocznie), serca (ok. 45), szpik kostny, wątrobę, rogówkę (ok. 100), trzustkę i płuca. Na przeszczep narządów czekają setki chorych, niestety z powodu braku dawców nie wszyscy mają szansę doczekać do operacji. Projekt ustawy zastrzega, że handel organami będzie karalny. Organy z ciała zmarłego będzie można pobrać za jego zgodą wyrażoną przed śmiercią lub za zgodą domniemaną, gdy brak jednoznacznego sprzeciwu. W tym celu przewiduje się umieszczenie w dowodzie osobistym lub innych dokumentach tożsamości adnotacji wyrażającej zgodę bądź sprzeciw na oddanie organów. Narządy będzie można pobierać od osób, u których stwierdzono śmierć mózgową. Ustawa nie zezwala na uzyskiwanie organów do przeszczepów od dzieci, więźniów i chorych psychicznie (ubezwłasnowolnionych).

TO WARTO WIEDZIEĆ CIEKAWOSTKI

Informujemy

Z radością informujemy nasze środowisko pielęgniarek i położnych, że w Sejmie RP obecnej kadencji reprezentować nas będzie Pani Krystyna Sienkiewicz. Pani Poseł pielęgniarki i położne z województwa białkopodlaskiego serdecznie gratulują życząc satysfakcji w podejmowaniu i rozwiązywaniu trudnych problemów Ochrony Zdrowia.

Zasady przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych, zadania pielęgniarki i położnej.

Za leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi odpowiedzialny jest lekarz transfuzjista, który jest wyznaczony przez dyrektora szpitala. Jest on odpowiedzialny za metodykę przetaczania i gospodarki krwią. W dużych szpitalach każdy oddział powinien mieć swojego lekarza transfuzjonistę.

Przetoczenie krwi i jej pochodnych może dokonać jedynie pielęgniarka, położna mająca pisemne upoważnienie od ordynatora oddziału do wykonywania tego typu zabiegów.

Upoważnienie do wykonywania wstrzyknięć dożylnych oraz kroplowego przetaczania płynów innych niż krew i jej pochodne nie jest równoznaczne z upoważnieniem do przetaczania krwi i jej pochodnych.

Pielęgniarka musi mieć SPECJALNE upoważnienie do przetaczania krwi i jej pochodnych, które uzyskuje w trakcie przeszkolenia z zakresu krwiodawstwa i krwiolечnictwa przez właściwą stację, co zostało stwierdzone zaświadczeniem. Zaświadczenie takie może również wystawić ordynator na wniosek przełożonej pielęgniarek właściwej jednostki organizacyjnej. Upoważnienia te są ważne na okres zatrudnienia pielęgniarki lub położonej w danym zakładzie.

W uzasadnionych przypadkach upoważnienie to może być cofnięte. Wymogi dotyczące upoważnienia nie dotyczą pielęgniarek i położnych, które ukończyły specjalizację, z wyłączeniem specjalizacji z okresu organizacji i zarządzania pracą pielęgniarską.

Zasady bezpiecznego przetaczania krwi

1. Należy przetaczać jedynie krew jednoimienną (tj. zgodną w zakresie układu ABO i czynnika Rh). W przypadkach wyjątkowych decyduje lekarz.

2. Należy pobrać krew z żyły biocy w celu:

a) oznaczenie grupy krwi chorego w układzie ABO i czynnika Rh (3 do 5 ml krwi),
b) wykonania próby krzyżowej (2 - 4 ml krwi); krew na próbę krzyżową lub grupę krwi pobiera pielęgniarka, położna po stwierdzeniu tożsamości pacjenta, do próbki opisanej jego nazwiskiem i imieniem, datą urodzenia i datą pobrania krwi. Nie wolno wykonywać próby krzyżowej z tej samej próbki krwi, która służy do oznaczania grupy krwi chorego. Przed każdym kolejnym przetaczaniem u danego biocy należy każdorazowo pobrać krew do próby krzyżowej

3. Należy sprawdzić wygląd krwi konserwowanej. Nie przetacza się krwi:

3.1. shemilizowanej (różowo zabarwione osocze, brak wyraźnej granicy między opadłymi krwinkami a osoczem);

3.2. nie jałowej (krew mętna, o zmiennej - brunatnej barwie, z grudkową zawiesiną, nieznacznie zmętnione osocze, na ściankach pojemnika widoczne smugi kolonii bakteryjnych);

3.3. zawierającej widoczne nieuzbrojonym okiem skrzepu lub inne, bliżej nie określone skupiska.

4. Należy sprawdzić i porównać zgodność danych (tab. 1)

5. Nie należy przetaczać krwi o niepełnej dokumentacji.

6. Nie należy przetaczać krwi przeterminowanej (tab. 2).

7. Nie należy przetaczać krwi z pojemnika rozpieczętowanego lub już raz nakłuwanej.

8. Należy sprawdzić obecność przy pojemniku próbówki (pilotującej), zaopatrzonej w nalepkę dokumentacyjną z podaniem grupy krwi i numeru butelki (w razie braku nalepki, lub niepełnej dokumentacji przetaczanie jest zabronione).

9. Nie należy ogrzewać krwi.

9.1. wymaga się, aby krew przed przetoczeniem możliwie jak najkrócej pozostawała w temperaturze pokojowej, ze względu na ryzyko namnażania się bakterii;

9.2. jeżeli stan kliniczny chorego wymaga, aby czas transfuzji przekraczał 4 godziny, pojemniki z krwią powinny być podzielone na porcje przechowywane w lodówce do czasu użycia;

9.3. Zaleca się zmianę zestawu do przetaczania po każdych 4 h.

ZABRONIONE JEST:

9.4. ogrzewanie krwi przez wstawienie do gorącej wody;

9.5. skierowanie na pojemnik strumienia gorącej wody;

9.6. umieszczenie pojemnika na kaloryferze czy innym grzejniku;

9.10. stawianie w miejscu nasłonecznionym (możliwość homolizy i niebezpieczeństwo wystąpienia wstrząsu hemolitycznego).

UWAGA!

Ogrzewamy krew, która ma być użyta do transfuzji wymiennej noworodków. Można ją ogrzać w łaźni wodnej o stałej temperaturze 37 stopni C . Nie wolno ogrzewać krwi w wodzie bieżącej. Bezpiecznym sposobem ogrzania krwi jest położenie butelek w inkubatorze, na materacyku (nie na powierzchni grzejącej). Temperatura w inkubatorze powinna wynosić 37 stopni C. Czas grzania nie powinien przekraczać 1 godziny. Transfuzja wymienna trwa długo i dlatego wskazane jest ogrzewanie krwi przez cały czas

zabiegu. Służą do tego specjalne podgrzewacze. Można również plastikowy dren do przetaczania krwi zwinąć w spiralę i umieścić ją w łaźni wodnej o temperaturze 37 stopni C. Nadzór nad ogrzewaniem należy do lekarza transfuzjonisty.

10. Przetaczanie krwi należy wykonać w obecności lekarza.

11. Do przetaczania krwi należy używać jednorazowych zestawów zaopatrzonych w filtr (zabronione jest podawanie krwi z pominięciem filtra, np. przy użyciu strzykawki).

12. Nie należy przetaczać krwi, jeżeli na filtry zauważalne są skrzepy.

13. Należy powtórnie sprawdzić dokumentację przy łóżku chorego.

14. Należy dokonać próby biologiczną (polega ona na szybkim wprowadzeniu 30 ml krwi do żyły chorego, następnie zmniejszeniu przetaczania do 20 kropli na minutę i obserwacji chorego przez 10 minut, śledząc tętno, oddech i samopoczucie biorcy. Jeżeli do 10 minut wystąpią takie objawy jak:

- szybki powierzchowny oddech,

- duszność,

- wzrost tętna,

- obniżone ciśnienie,

- blada lub sinoczerwona twarz,

- blade powłoki skórne ból kończyn,

- ból za mostkiem, ból głowy,

- nudności, wymioty,

- niepokój, należy NATYCHMIAST przerwać przetaczanie (próba biologiczna dodatnia).

15. Po stwierdzeniu prawidłowej reakcji chorego (próba biologiczna ujemna) należy wyregulować szybkość przetaczania krwi (około 40 kropli na minutę tj. około 1/2 szybkości tętna na minutę). Tylko w razie konieczności bardzo szybkiego uzupełnienia ubytku krwi krążącej (krwotok, wstrząs pokrwotoczny) wskazane jest przetaczanie pierwszych 300 do 500 ml krwi szybkim strumieniem.

16. Nie wolno do pojemnika z krwią dodawać żadnych leków.

17. Należy obserwować chorego podczas przetaczania, aby uniknąć powikłań poprzetoczeniowych.

18. W przypadku wystąpienia (podczas przetaczania krwi) jakichkolwiek niepokojących objawów, należy natychmiast przerwać przetaczanie nie wyjmując igły z żyły.

19. Należy znać objawy powikłań poprzetoczeniowych i postępowanie w przypadku ich wystąpienia.

20. Należy natychmiast likwidować przyczynę zatrzymania wypływu krwi (niewłaściwe ułożenie igły w żyłę, wysunięcie igły z żyły, zatkanie igły, zagięcie drenu do przetaczania, zablokowanie wylotu igły zastawką żylną).

21. Po wykonaniu przetoczenia krwi należy pozostawić w butelce 10 ml krwi; zabezpieczyć butelkę po przetoczeniu. Po przetoczeniu, przez okres 48 godzin, resztki krwi i jej pochodnych, przechowywane są w osobnej lodówce, w której zakres temperatur jak i ich częstotliwość są takie same jak dla lodówki z krwią przeznaczoną do przetaczania.

22. Należy udokumentować wykonanie zabiegu:

- w książce transfuzyjnej,

- w indywidualnej karcie zleceń lekarskich,
 - w karcie gorączkowej,
 - w raporcie pielęgniarskim;
23. Nie należy przetaczać krwi kilku biorcom z tej samej butelki.
24. Należy wykonać przetoczenie tylko na pisemne zlecenie lekarza i pod jego nadzorem.
25. Krew i środki krwiopochodne muszą być przewożone w skrzynkach izotermicznych (z wyjątkiem preparatów liofilizowanych) w odpowiednich pojemnikach do tego celu przeznaczonych.
26. Krew i jej pochodne natychmiast po dostarczeniu na oddział muszą być umieszczone w odpowiednich warunkach (tab. 2).
27. W celu zapewnienia prawidłowego przebiegu przetaczania krwi i jej pochodnych oraz koniecznego nadzoru nad tym zabiegiem poleca się wykonywanie planowych przetoczeń w godzinach przedpołudniowych, przy pełnej obsadzie personalnej.
28. W związku z coraz większymi trudnościami w pozyskiwaniu krwi STACJE KRWIODAWSTWA zwracają uwagę aby w sytuacji kiedy nie ma konieczności natychmiastowego przetaczania krwi (chodzi głównie o noworodki i niemowlęta) przetaczanie było planowe. Wówczas jest możliwość przygotowania małej ilości krwi bez strat i późniejszych przeliczeń ilości krwi, którą podaną dziecku. Jeżeli sytuacja jest nagła, wymagająca natychmiastowego przetaczania, wówczas oddziały powinny korzystać z wagi przeznaczonej do ważenia krwi i w trakcie przetaczania kontrolować ilość krwi, którą przetoczono.

Opracowała: mgr *ELŻBIETA KOTARBA*

Przedruk z niezależnego miesięcznika pielęgniarek i położnych województw wrocławskiego i legnickiego „W CIENIU CZEPKA” lipiec - sierpień 1993 r.

Postępowanie ze zużytym sprzętem jednorazowego użytku

Sprzęt lekarski i materiały zanieczyszczone krwią i innymi płynami ustrojowymi uznaje się za potencjalnie skażone. Konsekwencją takiego założenia jest konieczność podawania ich działaniu czynnika powodującego inaktywację HBV i HIV. W przypadku sprzętu i materiałów jednorazowego użytku należy poddać je: spaleniu, styerylizacji w autoklawie lub dezynfekcji w roztworze środka inaktywującego wirusy.

Ze względu na bezpieczeństwo personelu, sprzęt ten lub materiały powinny być bezpośrednio po użyciu, bez dalszych manipulacji, umieszczone w pojemnikach odpornych na przekucie (przemoknięcie a następnie poddane działaniu jednego z wyżej wymienionych czynników:

1. w placówkach służby zdrowia dysponujących spalarnią oraz posiadających dobrze wyszkolony, odpowiedzialny personel, sprzęt i materiały jednorazowego użytku można było by, bez konieczności dodatkowego moczenia w roztworze środka dezynfekcyjnego, przekazywać bezpośrednio do spalarni;

2. analogicznie, przy respektowaniu podanych wyżej zastrzeżeń, można byłoby zastosować sterylizację w autoklawie jako czynnik inaktywujący HBV i HIV.

3. Gdy brak jest spalarni lub autoklawu lub gdy nie ma możliwości zagwarantowania bezpiecznego transportu z miejsca używania sprzętu i materiałów jednorazowego użytku do spalarni lub autoklawu, konieczne jest zastosowanie roztworów chemicznych, środków powodujących inaktywację HBV i HIV, (Warunkiem skutecznego działania jest całkowite zanurzenie sprzętu i wypełnienie go płynem. Zgodne z obserwacjami powszechnie popełnianym błędem jest niespełnienie tego warunku).

Jak wynika z ustaleń WHO dezynfekcja w roztworze podchlorynu sodowego o stężeniu 10.000 PP czynnego chloru, w czasie 12 godzin spełnia te wymagania. Ustalenia WHO stanowią podstawę zaleceń wydanych przez Departament Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (Pismo EN 4436-36/84 z dnia 24.08.1984) dotyczących postępowania ze sprzętem jednorazowego użytku.

Drugim środkiem dezynfekującym HBV i HIV, uznanym przez WHO jest 2 % aldehyd glutarowy działający w czasie jednej godziny (preparaty: aldesan i cidex).

Wyniki badań wykonanych na wyizolowanych cząstkach wirusa HBV wykazały również inaktywujące działanie następujących środków dezynfekcyjnych: chloramina T (preparaty zawierające chloraminę T, Clorina, Trichlorol, Lysoformin 3000, Neodisher septo 2000 neu, sekudril, sekusept powder, virkon.)

Zarówno względy ekonomiczne, jak i sposób oddziaływania tych środków w obecności substancji organicznych, wykazują, że nadal w przypadku sprzętu jednorazowego użytku środkiem dezynfekującym z wyboru powinien być podchloryn sodowy. Podnoszone przez użytkowników, przykre uboczne działanie tego związku powinno być eliminowane przez właściwy, zgodny z zasadami BHP sposób jego stosowania.

Opracowano

w Zakładzie zwalczania skażeń biologicznych w PHZ

Mniej czerwonych, więcej białych

Jedzmy mniej wołowiny. więcej natomiast ryb oraz drobiu. W ten sposób zmniejszymy ryzyko pojawienia się nowotworu jelita grubego.

Wyniki badań przeprowadzonych w ciągu sześciu lat przez specjalistów z Uniwersytetu Harvarda w USA na 88-tysięcznej populacji pielęgniarek skłaniają do wniosku, że ryzyko wystąpienia nowotworu jelita grubego w organizmie człowieka wzrasta wprost proporcjonalnie do ilości spożywanych mięs czerwonych, I chociaż amerykańscy naukowcy mają nadzieję, że wyniki ich doświadczeń można uogólnić na populację mężczyzn, to jednak hipoteza ta wymaga potwierdzenia.

Okazało się bowiem, że kobiety, których codzienny podstawowy posiłek stanowiło mięso wołowe, jagnięce lub wieprzowe. z dwu i półkrotnie większym prawdopodobieństwem narażone były na zmiany nowotworowe w okolicy jelita grubego w porównaniu z tymi, które tego rodzaju mięsa jadały okazjonalnie, czy rzadziej niż raz w mie-

siącu, U tych pielęgniarek natomiast, które przynajmniej dwa razy tygodniowo spożywały mięso kurczaków (bez skórki) zaobserwowano dwukrotnie mniejsze ryzyko pojawienia się nowotworu jelita grubego w porównaniu z tymi kobietami, które rzadziej niż raz w miesiącu uwzględniały w domowym jadłospisie potrawy z drobiu.

Zdziwić może jednak informacja, że codzienne spożycie innych produktów żywnościowych również bogatych tłuszcze zwierzęce nie wpłynęło na wzrost ryzyka ujawnienia się choroby nowotworowej jelita.

Diety bogate w tłuszcze zwierzęce, ubogie zaś we włókna roślinne owoców oraz warzyw od dawna uważane były za sprzyjające powstawaniu nowotworów jelita grubego. Zauważono również że chorobą tą częściej niż Amerykanie bywają dotknięci emigranci japońscy przybyli do USA. W Japonii czerwonych mięs jada się bowiem niewiele, w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej natomiast stanowią one podstawowy składnik codziennych posiłków. Niektórzy naukowcy sądzą, że częste spożywanie ciężkostrawnych mięs powoduje nadmierne wydzielanie przez wątrobę kwasów żółciowych do dwunastnicy, które następnie uszkadzają jelita. Inni specjaliści twierdzą, że przyczyną powstawania nowotworów jelita grubego mogą być kancerogenne związki chemiczne zawarte w mięsach czerwonych.

Czy więc zalecenia dietetyczne amerykańskich naukowców z Uniwersytetu Harvarda sprowadzą się do pochwał wegetarianizmu? Bynajmniej, ponieważ zarówno mięsa wołowe jak i wieprzowe stanowią jedno z najbogatszych źródeł dostarczających organizmowi człowieka żelaza, cynku oraz znacznej ilości witamin. Starajmy się jednak uszczuplić obecność mięs czerwonych w naszym jadłospisie zastępując je mniej szkodliwymi mięsami białymi, lecz wołowiny ani wieprzowiny nie eliminujemy całkowicie.

Starajmy się, oczywiście zachować zdrowy rozsądek aby każdy posiłek był dla nas przyjemnością, by nie stracił wartości estetycznej i nie wymagał bezustannego zastanawiania się - co szkodzi, a co nie szkodzi, co wolno zjeść, a co jest absolutnie zabronione.

(na podstawie Time) *barba*

NOWE, NOWSZE, NAJNOWSZE

Ciekawą metodę leczenia nowotworów stosuje prof. Bjoern Noudeustroen z Instytutu Karolińskiego w Sztokholmie. Polega ona na wprowadzeniu elektrod pod skórę pacjenta, a następnie na ładowaniu elektrostatycznym organizmu. W wyniku tego zabiegu następuje zablokowanie pomp jonowych w komórkach. W rezultacie słabsze komórki nowotworowe ulegają zniszczeniu wcześniej niż może dojść do uszkodzenia komórek zdrowych. Nowa metoda zainteresowała przede wszystkim... fizyków, w mniejszym stopniu lekarzy przyzwyczajonych do leczenia chirurgicznego, naświetlań, chemioterapii. Ostatnio wzrosło jednak zainteresowanie, w kilku krajach (głównie w Chinach i USA) podejmuje się próby leczenia tą metodą. Trwają rozmowy z MZiOS na temat stworzenia w Polsce możliwości przeprowadzania tego typu leczenia. Decyzje jeszcze nie padły.

Fluoroza to groźna choroba zębów spowodowane nadmiarem fluoru. Jej objawy to żółte plamy, odpryskiwanie szkliwa w przebarwionych miejscach. łamanie się osłabionych zębów. Należy więc ostrożnie stosować mocno fluoryzowane zagraniczne pasty do zębów. niektórych nie wolno używać codziennie. Nadmiar fluoru jest szkodliwy nie tylko dla zębów, ale i dla całego organizmu - szczególnie kręgosłupa, kości i mięśni.

Uczonych od dawna intrygowało pytanie, jaki wpływ mają uczucia (np. żalu, strachu wiary w siebie) na sprawność układu immunologicznego człowieka. Okazało się, że komórki tego układu wychwytyją substancje chemiczne produkowane i wysyłane przez mózg, jak również same mogą wytwarzać hormony białkowe, które jak sądzono, występują tylko w mózgu. Za pośrednictwem tych substancji chemicznych oba układy: immunologiczny i nerwowy bezustannie wymieniają informacje. Jeśli tak, to uczuć nie da się wydzielić z człowieka i odseparować od ciała. Stąd ludzie, którzy potrafią dobrze sobie radzić ze stresem, mają silniejszy układ odpornościowy - natura wspiera optymistów!

OIPiP Informuje

Z informacji bieżących:

- W dniu 17.09.1993 r. Przewodnicząca Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego wzięła udział w posiedzeniu Komisji przy naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

- W dniach 19 - 20.11.1993 r. w Warszawie odbędzie się XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

- W dniu 8.06.1993 w Parczewie odbył się konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego. wygrała P. mgr Halina Jankiewicz.

GRATULUJEMY!

- 3.09.1993 konkurs na Oddziałową Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Miedzynemcu Podlaskim wygrała pól. Barbara Komińczyk.

GRATULUJEMY!

OPINIA PRAWNA

Z Warszawy otrzymaliśmy od Rady Prawnego Naczelnej Rady mgr Krystyny Sej opinię prawną dotyczącą ochrony pielęgniarek i położnych pełniących funkcję z wyboru w organach Izby, przed wypowiedzeniem lub rozwiązaniem umowy o pracę. Treść opinii zamieszczamy poniżej.

W przepisie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41 poz. 178) przewidziana jest ochrona pielęgniarki i położnej pełniących funkcję z wyboru w organach Izby (o których mowa w art. 12 pkt. 2-5 i art. 13 pkt. 2-5 ustawy) przed wypowiedzeniem umowy o pracę oraz przed wypowiedzeniem warunków pracy i płacy przez zakład pracy.

Ochroną, o której mowa wyżej objęty jest czas pełnienia przez pielęgniarkę lub położną funkcji z wyboru w organach Izby oraz okres jednego roku po ustaniu kadencji.

W okresie ochronnym zakład pracy nie może wypowiedzieć lub rozwiązać umowy o pracę ani wypowiedzieć warunków pracy i płacy pielęgniarkie lub położnej, bez zgody właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Organami Izby, w których pełnienie funkcji z wyboru powoduje powstanie ochrony z art. 11 ust. 1 ustawy, są:

- okręgowe rady pielęgniarek i położnych,
- okręgowe komisje rewizyjne,
- okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej,
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- Naczelna Komisja Rewizyjna,
- Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych,
- Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Przewidziana w art. 11 ust. 1 ustawy ochrona wyłączona jest wyłącznie w przypadkach określonych w art. 40, 41 oraz 43 par. i pkt. 2 kodeksu pracy (co wynika z art. 11 ust. 2 powołanej ustawy).

Radca Prawny *mgr Krystyna Sej*

ODPOWIEDŹ MINISTERSTWA

MINISTERSTWO ZDROWIA
I OPIEKI SPOŁECZNEJ
00-923 WARSZAWA 55

Pani mgr Urszula Krzyżanowska Łagowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położonych.

W odpowiedzi na pismo z dnia 21.02. br. znak NRPP/XIX/13/92 w sprawie opłat za zabiegi zalecane przez lekarze prywatnie praktykujących - Ministerstwo Opieki Społecznej, samodzielny Wydział Pielęgniarstwa uprzejmie wyjaśnia:

Gabinety zabiegowe nie mają obowiązku wykonywania, z braku odpowiedniej regulacji prawnej zleceń lekarzy prywatnie praktykujących nawet wtedy, gdy kierownik posiada uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zakładów społecznych Służby Zdrowia. Dotyczy to także zabiegów wykonywanych w domu chorego. Stąd też w razie wykonywania przez Gabinet Zabiegowy Zakładu Społecznej Służby Zdrowia świadczenia leczniczego na zlecenie lekarza prywatnie praktykującego, należy pobierać za udzielone świadczenia należność określoną w zał. Nr 1 do Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 sierpnia 1991 roku zmieniającego Zarządzenie w sprawie cen za usługi świadczone przez Zakłady Społecznej Służby Zdrowia osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń roczniczych (M.P. Nr 27, poz. 193) - niezależnie od tego, czy osoba, na rzecz której został wykonany zabieg ma uprawnienia do bezpłatnych świadczeń leczniczych.

Naczelnik Samodzielnego
Wydziału Pielęgniarstwa
mgr Katarzyna Koronka

VI Zjazd Zarządu Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Białej Podlaskiej

30 czerwca 1993 r. odbył się VI Zjazd ZOW PTP w Białej Podlaskiej. Celem Zjazdu było przeprowadzenie wyborów do Zarządu Oddziału oraz przedstawienie zmieniającego się profilu działalności Towarzystwa na działalność naukową i szkoleniową. W Zjeździe

uczestniczyło 24 Delegatów z Kół PTP w Białej Podl.Radzynie Podl.Parczewie i Międzyrzecu Podl.Koło PTP przy ZOZ w Łosicach uległo samolikwidacji.Koleżanka Halina Borys i Danuta Dryżałowska otrzymały honorowe odznaczenia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego „Zasłużony dla rozwoju pielęgniarstwa”.Referat nt. Promocja zdrowia oczekiwania od pielęgniarek przedstawiła kol.Krystyna Roszko. Dyskusja na Zjeździe dotyczyła trudnych problemów takich jak bezrobocie wśród pielęgniarek i położnych,możliwości w zakresie uzyskania przez absolwentów prawa wykonywania zawodu i wielu innych spraw.

Podczas głosowania tajnego wybrano nowy Zarząd Oddziału PTP w składzie:

Przewodnicząca Danuta Weremczuk

I V-ce przewodnicząca Bożenna Kuć

II V-ce przewodnicząca Kazimiera Lipka

Sekretarz Lucyna Szymańska

Skarbnik Danuta Dryżałowska.

Na Zjazd Krajowy PTP zostały wybrane następujące koleżanki:

Danuta Dryżałowska

Elżbieta Stocka

Kazimiera Lipka.

Zjazd zakończono podjęciem wniosków stanowiących o istotnych sprawach środowiska pielęgniarskiego w woj.bialskopodlaskim oraz wytyczających dalsze kierunki w działalności ZO PTP.

ORGANIZACJA PRACY PIEŁĘGNIAREK NA STANOWISKACH KIEROWNICZYCH

Obecne tendencje zmian w organizacji ochrony zdrowia w tym w opiece nad chorymi ukierunkowane są na ekonomizację działań tj.na osiągnięcie jak najwyższych efektów przy minimalizacji kosztów.

Osoby pełniące kierownicze funkcje winny legitymować się ponad przeciętną wiedzą i umiejętnościami zawodowymi oraz wiedzą z zakresu organizacji i zarządzania,ekonomiki ochrony zdrowia.

Czy wymagania te potwierdza rzeczywistość? a jeśli nie-jakie należy podjąć działania ku ich osiągnięciu?

Okręgowa Izba Pielęgniarek Położnych w Białej Podlaskiej zorganizowała w dniach 28.06-02.07.1993r kurs doskonalący dla kierowniczej kadry pielęgniarek na temat: „Techniki organizatorskie w pracy kierowniczej kadry pielęgniarskiej”. W kursie uczestniczyło 29 osób.Grupę tę reprezentowały Pielęgniarki Oddziałowe - 18 os., Pielęgniarki Przełożone przychodni - 5 os., trzy Starsze Pielęgniarki oraz Pielęgniarka Wojewódzka. Trzy z nich posiadały wyższe wykształcenie pielęgniarskie. Średnia ogólnego stażu pracy uczestniczek kursu wynosiła 20.4 lat, w tym średnia stażu pracy na obecnym stanowisku kierowniczym 6-10 lat.

Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniark z oddziałów zachowawczych i zabiegowych - 12(44%) oraz przełożone przychodni - 5(18.5%), oddziałowe sał operacyjnych -

5(18.5%), oddziałów psychiatrycznych - 2(7.4%), OIOM - 1(3.7%), izby przyjęć - 1(3.7%).

Wśród uczestniczek kursu przeprowadzono ankietę. Na pytania ankiety odpowiedziało 27 osób.

O podjęciu pracy na obecnym stanowisku zdecydowała u 16 osób (59,2%) propozycja ordynatora, u 8 osób (30,6%) propozycja naczelnej lub przełożonej pielęgniarek, u 2 osób (7,4%) przypadek. W wyniku własnych starań obecne stanowisko otrzymała 1 osoba.

Na pytanie „Czy praca na stanowisku spełnia Pani oczekiwania?“, „Tak“ odpowiedziało 22(81,4%) „Nie“ 5(18,5%). Osoby, które wybrały odpowiedź negatywną tłumaczą swoje niezadowolenie z pracy brakiem czasu na pracę koncepcyjną i kontakt z podwładnymi na skutek dużej ilości i różnorodności zajęć.

Przygotowanie do pełnienia funkcji kierowniczej

Warunki zatrudnienia na kierowniczym stanowisku pielęgniarskim określa rozporządzenie MZIOS z dnia 5 marca 1992r. Jednym z nich jest ukończenie kursu kwalifikacyjnego. Wśród ankietowanych tylko 4 osoby (14,8%) ukończyło kurs kwalifikacyjny z zakresu organizacji i zarządzania przed podjęciem pracy. Osiem (30,6%) uczestniczyło w innych kursach kwalifikacyjnych. 15 osób(55,5%) nie było przygotowanych do pełnienia funkcji kierowniczej w sensie posiadanych kwalifikacji. Na pytanie „Ile razy uczestniczyła Pani w szkoleniu na temat organizacji i kierowania?“ uzyskano następujące odpowiedzi:

nigdy - 17(62,9%)os.

1 raz - 10(37,0%) os.

więcej niż 1 raz - 0 os.

W pierwszych miesiącach pracy na obecnym stanowisku ankietowanym pielęgniarkom najbardziej brakowało wiedzy z zakresu : organizacji i zarządzania 17(62,9%) os. i zagadnień prawnych 8(30,6%) os. Sześciu(22,2%) nie brakowało żadnej wiedzy.

Rozpiętość kierowania

Pojęcie rozpiętości kierowania odnosi się do liczby pracowników bezpośrednio podległych kierownikowi. Zbyt duża rozpiętość nie sprzyja efektywnemu nadzorowi pracowników, zbyt mała dowodzi niewłaściwego, niepełnego wykorzystania kwalifikacji kierowniczych. Ankietowane pielęgniarki są bezpośrednimi zwierzchnikami na średnio 34 łóżkowym oddziale dla średnio 29 osobowego personelu. W tym w wartościach średnio 20 pielęgniarek, 8,3 salowych i 2,3 innych pracowników. W przypadku ankietowanych przełożonych przychodni średnia ilość podopiecznych przypadająca na nie wynosi 21 tys. ludzi.

Wartości skrajne przy obliczaniu średnich obsady kadrowej i ilości łóżek to:

Oddział internistyczny - 84 łóżek - 40 pielęgniarek, 20 salowych, 2 inni

oddział dziecięcy - 81 łóżek - 59 pielęgniarek, 24 salowych, 3 inni

oddział OIOM - 6 łóżek - 24 pielęgniarek, 6 salowych, 1 inni

Tylko 12(44,4%) ankietowanych ma wpływ na dobór swojej kadry.

Planowanie, podejmowanie decyzji, kontrola

Planowanie, podejmowanie decyzji i kontrolowanie są jednymi z najważniejszych instrumentów zarządzania. Przy zachowaniu wzajemnej współzależności między nimi kierownik uzyskuje pożądane efekty.

W ankiecie spytano pielęgniarki o planowanie własnej pracy, czego dotyczą podejmowane przez nie decyzje, na co zwracają szczególną uwagę w czasie kontroli pracowników, któremu z problemów w pracy poświęcają najwięcej uwagi, co zmieniłyby w pracy własnej.

23(85,1%) ankietowanych planuje swoją pracę. Są to najczęściej plany roczne - 14(51,8%) os. lub tygodniowe - 8(30,6%) osób. Tylko jedna osoba opracowuje plany tygodniowe, kwartalne i roczne. Cztery (14,8%) osoby nie planuje swojej pracy, tłumacząc to zbyt dużą biurokracją lub brakiem ogólnych wymogów.

Na pytanie „Któremu z problemów poświęca Pani w swojej pracy najwięcej czasu?”, aż 26(96,3%) osób wymieniło problemy administracyjne w tym 16 z nich (59,2%) stawia ten problem na pierwszym miejscu. 19(70,3%) osób poświęca dużo czasu na rozmowy z pacjentami, 17(62,9%) osób na planowanie opieki pielęgniarskiej. W dalszej kolejności wymieniano: planowanie opieki pielęgniarskiej, szkolenie pracowników i samokształcenie, kontrola pracowników, pielęgnowanie chorych oraz udzielanie informacji np. rozmowy telefoniczne.

Największą trudność ankietowanym w ich pracy sprawia zaopatrzenie oddziału w sprzęt - 14(51,8%), intrweniowanie w sprawie napraw - 10(37,0%), problemy kadrowe - 4(14,8%) i współpraca z innymi grupami zawodowymi - 4(14,8%). Inne osoby uskarżają się na nadmiar biurokracji, dokumentacji do wypełnienia i brak czasu na czynności „czysto” pielęgniarskie. Osiem osób (30-6%) nie skarży się na żadne trudności i są w pełni zadowolone ze swojej pracy.

Przedmiotem najczęściej podejmowanych przez ankietowane pielęgniarki decyzji jest:

- organizacja, podział i planowanie pracy pielęgniarek - 24(88,8%) osób
- zaopatrywanie oddziału w sprzęt, leki i inne - 19(70,3%) osób
- koordynacja i współpraca z innymi grupami zawodowymi i komórkami organizacyjnymi - 12(44,4%) osób
- planowanie opieki pielęgniarskiej - 11(40,7%) osób

Kontrolując swoich podwładnych badane osoby biorą pod uwagę przede wszystkim:

- umiejętności, fachowość i wiedzę teoretyczną - 81,4% osób
- sumienność, dokładność, uczciwość - 81,4% osób
- stosunek do chorego - 70,3% osób
- stosunek do współpracowników - 70,3% osób

w dalszej kolejności:

- wykonywanie zleceń - 11,1% osób
- wygląd zewnętrzny - 7,4% osób

17(62,9%) pielęgniarek chciałoby wprowadzić zmiany w zakresie uprawnień decyzyjnych, 14(51,8%) zmniejszenia biurokracji na rzecz zwiększenia czasu dla chorego, 13(48,1%) postuluje konieczność zmiany starych przyzwyczajzeń w organizacji pracy. Tylko jedna pielęgniarka nie zauważa konieczności zmian w pracy pielęgniarek.

Współdział pielęgniarek oddziałowych w leczeniu chorych

Współdziałanie w leczeniu wiąże się z podejmowaniem dyskusji na temat problemów związanych z opieką nad chorym, dzieleniem się własnymi spostrzeżeniami o stanie zdrowia chorego, postępującymi efektami działań pielęgnacyjno-leczniczych. Tradycyjnie wyraża się on w uczestnictwie pielęgniarek w wizycie lekarskiej. Wśród ankietowanych 21 osób stanowiły pielęgniarki oddziałowe. Większość z nich bierze udział w obchodach lekarskich - 19(90.4%). pozostałe to oddziałowe traktów operacyjnych lub izby przyjęć. 85.5% ankietowanych stwierdziło, że pacjenci zwracają się do nich ze swymi problemami. Są to najczęściej pytania dotyczące obaw związanych z pobytym w szpitalu i planowanym leczeniem - 14(53.8%) oraz obaw o przyszłość i zachowanie po wyjściu ze szpitala - 14(53.8%), a także wyjaśnianie metod leczenia, celu i sposobu zachowania podczas terapii - 9(34.6%), oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów rodzinnych - 8(30%).

Obecność pielęgniarki oddziałowej na naradach lekarskich może mieć znaczenie w prowadzeniu opieki nad pacjentami, a także w zapobieganiu występującym wśród pracowników konfliktów. 12(44.4%) ankietowanych tylko czasami uczestniczy w naradach lekarskich, 8(30.6%) nie uczestniczy w nich, a tylko 7(25.9%) uczestniczy w nich regularnie. Do wszystkich ankietowanych pielęgniarek podwładni zwracają się z problemami konfliktowymi. Są to najczęściej konflikty na linii pielęgniarka - lekarz (66.6%), rzadziej pielęgniarka - pielęgniarka (51.8%) oraz pacjent - pielęgniarka (22.2%).

Współdziałanie pielęgniarki na stanowisku kierowniczym w rozwiązywaniu problemów szpitala - przychodni.

Sprawność pracy oddziału uzależniona jest od sprawności wielu komórek organizacyjnych instytucji - pracowni diagnostyczno-leczniczych, działów pomocniczych jak centralna sterylizatornia, pralnia, kuchnia, zaopatrzenie i inne. Wzajemna znajomość problemów pracy w znacznej mierze ułatwia porozumienie, pozwala szybciej dociec błędów, nieprawidłowości i dokonać korekt. Może sprzyjać innowacyjności. W ankiecie spytano pielęgniarki, czy uczestniczą w naradach komórek organizacyjnych. Udział ten jest znaczny. 19(70.3%) uczestniczy w takich naradach, 8(30.6%) natomiast nie, gdyż jak twierdzą nikt ich na takie zebrania nie zaprasza. Stąd być może tak duży procent zgłaszanych przez badane trudności w zakresie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi - 4(14.8%), zaopatrzeniem w sprzęt - 14(51.8%) i interwencji w sprawie napraw - 10(37%).

Podsumowanie i wnioski

Pomimo pilotażowego charakteru badań, na ich podstawie można wnioskować:

- na stanowisko pielęgniarek funkcyjnych awansowane są zazwyczaj pielęgniarki z dłuższym stażem pracy i pielęgniarskim doświadczeniem
- większość pielęgniarek obejmuje kierownicze stanowiska bez uprzedniego przygotowania na kursach kwalifikacyjnych lub specjalizacji z organizacji i zarządzania. Wskazanym by było aby do konkursów na te stanowiska kandydowały osoby z takim przygotowaniem, dlatego też kwalifikacje na tego typu kursy nie powinny być uwarunkowane

ne zajmowanym stanowiskiem kierowniczym

- doskonalenie podyplomowe pielęgniarek na stanowiskach kierowniczych winno być obligatoryjne i systematyczne, obejmować zagadnienia organizacji pracy, zarządzania kadrami, prawa, psychologii, socjologii i pedagogiki

- obsada pielęgniarska w oddziałach powinna być regulowana zapotrzebowaniem na usługi pielęgniarskie. Pielęgniarki kierując danymi placówkami powinny mieć wpływ na dobór swojej kadry.

- pielęgniarki na stanowiskach kierowniczych poświęcają najwięcej swojego czasu na sprawy administracyjne. Skarżą się na duże trudności związane z zaopatrywaniem oddziału w sprzęt oraz z interwencją w sprawie napraw. Może to wynikać z ich małej aktywności w zakresie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi. Uczestnictwo w naradach na różnych szczeblach organizacyjnych szpitala /przychodni może ułatwić rozwiązanie wielu problemów, na które uskarżają się pielęgniarki.

- pielęgniarki dostrzegają w swojej pracy wiele aspektów, które należałoby zmienić. Za małe są jednak ich możliwości decyzyjne w zakresie organizacji pracy. Zbyt dużo czasu pochłaniają im sprawy biurowe, wypełnianie dokumentów przez co bardzo mało czasu pozostaje im na czynności typowo pielęgniarskie.

Opracowała

mgr Jolanta Kwiatkowska

Biuro Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przesłało informacje otrzymane z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej odtyczące możliwości szkoleń dla pielęgniarek i położnych poza granicami kraju.

1. W dniach 20.02.1994 - do 15.02.1995 r. w Izraelu odbędzie się międzynarodowy specjalistyczny kurs społecznej opieki zdrowotnej organizowany przez Akademię Medyczną Hadassa w Jerozlimie. Przeznaczony jest dla lekarzy medycyny i stomatologii, pielęgniarek oraz absolwentów biologii i socjologii.

Wymogi:

- wiek do 50 lat
- bardzo dobra znajomość języka angielskiego
- pokrycie 25 % kosztu kursu (tj. ok. 3120 USD) oraz kosztów podróży.

2. Uniwersytet Helsiński organizuje program szkoleniowy w zakresie zarządzania i jakości usług medycznych w roku akademickim 1993 ż 1994. Program składa się z następujących kursów:

- wstęp do badań w podstawowej opieki zdrowotnej - biostatystyka
- badania naukowe i ocena metod w opiece zdrowotnej - jakość ubezpieczeń w opiece zdrowotnej - zarządzanie i kierowanie w opiece zdrowotnej.

Wszystkie kursy odbywają się w języku angielskim. Pokrycie kosztów we własnym zakresie,

3. Jednocześnie informujemy iż zatrudnienie polskich pielęgniarek w placówkach Czeskiej Służby Zdrowia jest nieaktualne. Informację tą otrzymaliśmy z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, na podstawie pisma Ministra Zdrowia Republiki Czeskiej.

**Planowane kursy doskonalące, prowadzone w Oddziale Doskonalenia Podyplomowego
Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie w roku akademickim 1993/1994**

Lp.	Temat kursu doskonalącego	Kierownik kursu	Liczba godzin	Przewidywany termin realizacji	Uczestnicy kursu	Termin radyjania zgłoszeń	Uwagi
1	2	3	4	2	6	2	8
1.	Działalność opiekuńcza w domach pomocy społecznej	Prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym	50	25-30.10.93	dyrektorzy domów opieki społecznej, pielęgniarki koordynujące prace w systemie op. społecznej, pielęgniarki dyplomowane	do 15.09.93	zaliczenie
2.	Pielęgniarstwo rodzinne Cz. II	Prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym	50	22-27.11.93	pielęgniarki i położne, które odbyły kurs w styczniu 1993 r.	do 5.10.93	zaliczenie
3.	Usprawnienie komunikacji interpersonalnej w relacji pielęgniarka-pacjent, pacjent-rodzina	Prof. dr hab. Marceli Klimkowski	50	6-12.12.93	pielęgni. zatrudnione w oddziałach o profilu psychopatologicznym i psychosomatycznym	do 30.10.93	zaliczenie
4.	Współczesne problemy pielęgniarstwa psychiatrycznego, zdrowia psychicznego i higieny psychicznej	Dr Aniela Płotka	30	4-7.01.94	pielęgniarki i położne zatrudnione w szpitalach specjalistycznych i POZ	do 15.11.93	zaliczenie
5.	Wybrane aspekty pracy pielęgniarki szkolnej	Dr Marianna Charzyńska-Guła	50	24-29.01.94	pielęgniarki szkolne	do 30.11.93	zaliczenie
6.	Techniki organizatorskie w kierowaniu zespołami pielęgniarstwowymi	Dr Anna Ksykiewicz-Dorota	30	7-11.02.94	kadra kierownicza (pielęgniarki i położne)	do 10.12.93	zaliczenie
7.	Postępowanie pielęgniarstwowo w zaburzeniach rytmu serca (diagnostyka i pierwsza pomoc)	Dr Alicja Wierzbicka	30	14-17.02.94	pielęgniarki	do 10.12.93	zaliczenie
8.	Działanie promocyjne i profilaktyczne pielęgniarki (położnej) wobec kobiety ciężarnej, położnicy i noworodka	Dr Celina Łepecka-Klusek	30	1-5.03.94	pielęgniarki i położne	do 30.12.93	zaliczenie
9.	Opieka nad chorym z ogniskowym uszkodzeniem układu nerwowego	Prof. dr hab. Krzysztof Turowski Mgr Grażyna Mądra	20	14-17.03.94	pielęgniarki i położne	do 31.01.94	zaliczenie
10.	Planowanie obsad pielęgniarstwowo w lecznictwie stacjonarnym	Dr Grażyna Rogala-Pawelczyk	20	21-24.03.94	kadra kierownicza (pielęgniarki i położne)	do 30.12.93	zaliczenie
11.	Praca wychowawcza pielęgniarki (położnej)	Dr Wiesława Ciechanowicz	20	11-14.04.94	pielęgniarki i położne	do 30.01.94	zaliczenie

Lp.	Temat kursu doskonalącego	Kierownik kursu	Liczba godzin	Przewidywany termin realizacji	Uczestnicy kursu	Termin nadsyłania zgłoszeń	Uwagi
1	2	3	4	2	6	2	8
12.	Profilaktyka i problemy pielęgnacyjne w chorobach naczyń obwodowych	Prof. dr hab. Krzysztof Turowski Mgr Stanisława Nawratowicz	20	25-28.04.94	pielęgniarki i położne	do 30.12.93	zaliczenie
13.	Promocja zdrowia i prewencja wtórna - choroba niedokrwienia serca i nadciśnienie tętnicze	Dr Maria Pieniążek	30	9-12.05.94	pielęgniarki	do 30.01.94	zaliczenie
14.	Organizowanie pielęgniarstkich stanowisk pracy	Dr Anna Piątek	30	16-19.05.94	kadra kierownicza (pielęgniarki i położne)	do 30.01.94	zaliczenie
15.	Pedagogiczne, psychologiczne i socjologiczne aspekty edukacji zdrowotnej	Dr Nina Gozdek	30	23-27.05.94	pielęgniarki, położne, opiekunki dziecięce, pracownicy socjalni	do 30.01.94	zaliczenie
16.	Proces pielęgnowania i elementy z nim współistniejące (np. wsparcie, komunikowanie, dokumentowanie, itp.)	Dr Jolanta Górajek-Jóźwik	30	13-17.05.94	pielęgniarki, położne, opiekunki dziecięce	do 30.01.94	zaliczenie
17.	Problemy pielęgnacyjne w rehabilitacji osób po urazach kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	Dr Maria Majewska-Szczygielska	20	20-23.06.94	pielęgniarki i położne	do 30.01.94	zaliczenie
18.	Profilaktyka niedoborów masy ciała u dzieci	Dr Irena Tymecka	20	5-8.09.94	pielęgniarki, położne, opiekunki dziecięce	do 30.01.94	zaliczenie
19.	Opieka nad dzieckiem alergicznym	Dr Krystyna Bernat	20	19-22.09.94	pielęgniarki, położne, opiekunki dziecięce	do 30.01.94	zaliczenie

UWAGA: Indywidualna karta zgłoszenia powinna zawierać:

- imię i nazwisko,
- imiona rodziców,
- data i miejsce urodzenia
- wykształcenie, zawód
- miejsce zatrudnienia
- staż pracy w zawodzie
- oraz wskazać osobę lub instytucję finansującą kurs

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pielęgniarki z Oddziału Anestezjologii WSzZ

Barbarze Misiejuk

wyrazy współczucia z powodu śmierci

B R A T A

składają

Koleżanki i Koledzy z Oddziału

Pielęgniarki z Oddziału Anestezjologii WSzZ

Danucie Masiukiewicz

wyrazy współczucia z powodu śmierci

O J C A

składają

Koleżanki i Koledzy z Oddziału

Koleżance **Mariannie Sarneckiej**

wyrazy głębokiego żalu z powodu śmierci

M Ę Ż A

składają

Dyrekcja,
Pracownicy i Pensjonariusze
DPS w Kozuli

Koleżance **Barbarze Fiedoruk**

wyrazy głębokiego żalu z powodu śmierci

O J C A

składają

Koleżanki z II Oddziału
Położniczo-Ginekologicznego WSzZ

Koleżance **Barbarze Jaroszewicz**
serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają Koleżanki z Wojewódzkiego
Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie
Chorych w Suchowoli

Koleżance **Janinie Łosoś**
serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

składają Koleżanki z Wojewódzkiego
Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie
Chorych w Suchowoli

Pielęgniarki Oddziału Przewlekłe Chorych Szpitala Rejonowego w Parczewie

Stanisławie Oleszczuk

wyrazy serdecznego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składa

Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Parczewie

Pielęgniarki Zespołu Opieki Zdrowotnej w Parczewie

Marii Furmaga

wyrazy serdecznego współczucia z powodu śmierci

MĘŻA

składają Koleżanki i Koledzy

Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy
WSzZ w Białej Podlaskiej

mgr Danucie Iwańczuk

wyrazy serdecznego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają Koleżanki i Koledzy z OIPiP

