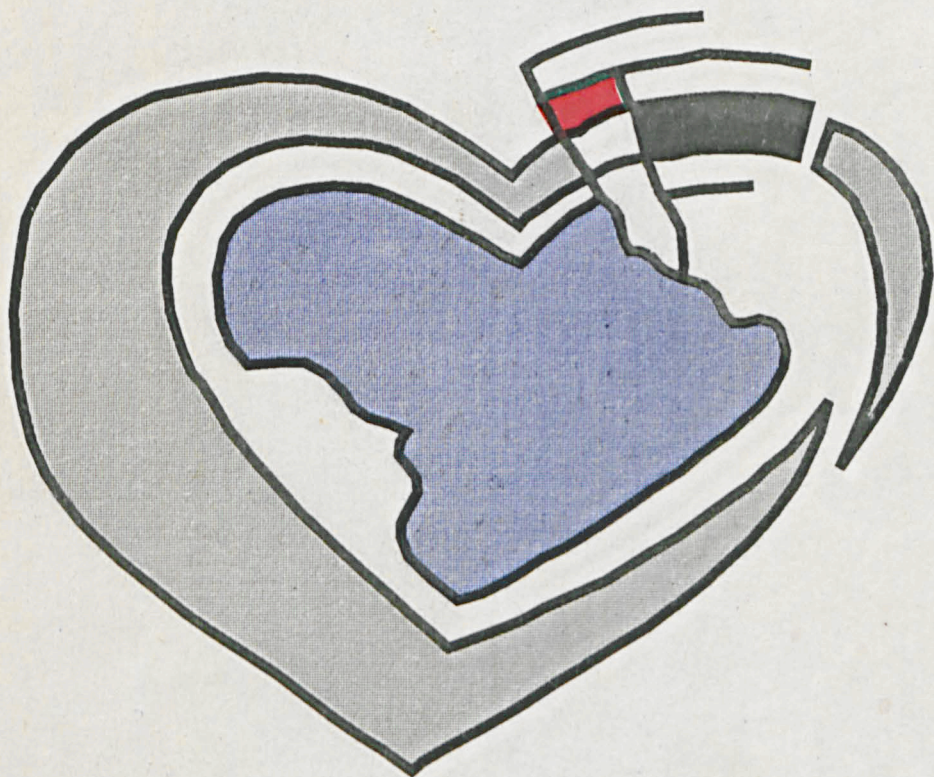


**BIULETYN
INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**



Biała Podlaska, nr 5 (14) 1994 r.

BIULETYN
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Biała Podlaska

W Y D A W C A

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

A D R E S R E D A K C J I:

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

K O M I T E T R E D A K C Y J N Y :

Przewodnicząca OIPiP mgr Jadwiga Żwiruk
Członkowie Prezydium OIPiP

Z E S P Ó Ł R E D A K C Y J N Y :

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

S P I S T R E Ś C I

1. Wstęp	str. 3
2. Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	str. 4
3. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych	str. 12
4. Dział Prawny	str. 16
5. Referaty	str. 21
6. To warto wiedzieć - ciekawostki	str. 29
7. OIPiP informuje	str. 41
8. Podziękowania	str. 47
9. Z ostatniej chwili	str. 49
10. Z załobnej karty	str. 51

Wszystkim

Koleżankom, Kolegom i ich Rodzinom

z okazji

Świąt Bożego Narodzenia

życzenia

*zdrowia, radości i satysfakcji z pracy zawodowej
oraz spełnienia pragnień osobistych*

w Nowym Roku

składa:

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

WSTĘP

* * *

*pobiegłam za ciszą do źrenic Wszechświata
odpływał zachwyt
falowały westchnienia
kryształ buntu wirował w kącie
aż
przewrócił się okruchami w otwarte usta nadziei*

* * *

*pochyłam głowę przed tym co mam
gotowa objąć spłoszone za mgłą dobro
chwycić je
wyjść
oddać przechodniowi*

* * *

śmierć

*dzikość zmroku czychającego na zamyslenie
by porwać tętniącą nitkę błękitu przy skroni
i odrzucić*

* * *

*my
krzykiem budzeni z marzeń
oblapiający cennosc ubraną w pustkę
giniemy
prósząc wokół siebie więcej ognia na niby
a pali się tylko w nas*

* * *

*wszystko jest nietaktem
wobecładu rzeczy
braku miejsc
ciszy
za cenę choroby
wobec cienia
co roni lzy
naprawdę*

* * *

*ciężar minut utkwil w kąciku oka
pustynia zmysłów śpieszy
przesypywana klepsydrą
na arkusz klepsydr o śmierci*

Anna Paszkiewicz

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Informacja z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

W okresie od 1 września do 15 listopada 1994 r. odbyły się trzy posiedzenia Prezydium.

Na posiedzeniu w dniu 28.09.1994 r. rozpatrzono wnioski Komisji Finansowo-Socjalnej i podjęto uchwały w sprawie przyznania pomocy finansowej:

- Kol. Katarzynie Kożuchowskiej - pielęgniarce WSzZ w Białej Podlaskiej w kwocie 1 mln zł.

- Kol. Małgorzacie Bratos - położnej zatrudnionej w ZOZ Parczew w kwocie 5 mln zł.

- Kol. Elżbiecie Wieliczko - pielęgniarce WSzZ w Białej Podlaskiej w kwocie 3 mln zł.

Przyznano prawo wykonywania zawodu 16 pielęgniarkom i 3 położnym - Uchwała Nr 222 (tekst w załączeniu). Podjęto uchwały dotyczące skreślenia z rejestru n/w koleżanek, które przeniosły się do pracy na teren działania Warszawsko-Skierniewickiej Okręgowej Izby:

- P. Elżbieta Moroch - Uchwała Nr 223,

- P. Beata Leokadia Daniluk - Uchwała Nr 224,

- P. Beata Kosa - Uchwała Nr 225,

oraz Uchwałę Nr 226 w sprawie wydania prawa wykonywania zawodu Kol. Teresie Szczepik ze względu na zmianę nazwiska.

Przyznano położnej Halinie Ślósarskiej rekompensatę kosztów poniesionych w związku ze specjalizacją w kwocie 2.337.000 zł

Postanowiono dokonać zwrotu kosztów związanych z udziałem 2 członków Izby w Krajowej Konferencji nt. „Realizacja reformy w POZ” w kwocie po 740.000 zł każdej. Uchwalono zwrot kosztów uczestnictwa i przejazdu P. mgr Anny Rakowskiej i P. mgr Danuty Pawlik na konferencję naukową „Choroby cywilizacyjne” w Instytucie Pediatrii w Poznaniu.

Podjęto uchwałę w sprawie dokonania prenumeraty czasopisma „Magazyn Medyczny” na rok 1995.

Uchwałą nr 228 przyznano prawo wykonywania zawodu:

- pielęgniarkom:

Justynie Grochowskiej

Annie Marii Bobruk

Beacie Teresie Jakimiec

Teresie Aleksandrowicz

- położnym:

Katarzynie Lipińskiej

Małgorzacie Cecylii Wawryszuk

Do komisji konkursowej na pielęgniarkę oddziałową Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w ZOZ w Radzynie Podlaskim zaproponowano:

- na przewodniczącą Komisji - Eugeniusza Goluba

- na członków Komisji - Zofię Czarnaćką i mgr Halinę Borys oraz pielęgniarkę oddziałową

lową Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Białej Podlaskiej, Teresę Poplawską Na członka zespołu roboczego powołanego przez wojewodę białkopodlaskiego Prezydium zgłasza P. mgr Jadwigę Żwiruk. Zespół będzie zajmował się analizą problemów związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia w województwie.

Na posiedzeniu Prezydium w dniu 20.10.1994 r. podjęto uchwały dofinansowania kosztów szkolenia koleżanek:

- P. Alicji Żmudzkiej i P. Danuty Masiukiewicz - pielęgniarek zatrudnionych w Oddziale Anestezjologii w kwocie po 450.000 zł. oraz

- P. Wandzie Korpolewskiej i P. Krystynie Chwedczuk - pielęgniarkom zatrudnionym w Szkole Podstawowej Nr 3 w ZOZ Parczew

- P. Jolancie Kobylewskiej z GOZ Siemień, ZOZ Parczew po 504.000 zł każdej.

Do składu komisji konkursowych zaproponowano:

- na ordynatora Oddziału Wewnętrzznego ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim - P. mgr Krystynę Roszko

- na ordynatora Oddziału Laryngologii ZOZ w Radzynie Podlaskim - P. mgr Teresę Cetnarowicz.

Sekretarz Okręgowej Rady
mgr Alicja Kozawska

Załącznik do uchwały Nr 222
Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
z dnia 28.09.1994 r.

Zgodnie z treścią uchwały - niżej wymienione pielęgniarki - położne uzyskały prawa wykonywania zawodu:

1. *Katarzyna Klujewska* - nr dypl. 892/92 wyd. przez MSZ Biała Podl. - bezrob. od 29.09.1992 r.
2. *Dorota Beata Szubarczyk* - nr dypl. 911/92 wyd. przez MSZ Biała Podl. - zatrudn. WSZ Biała Podl. oddz. neurologii
3. *Marzena Maria Szkuta* - nr dypl. 881/92 wyd. przez MSZ Biała Podl. - bezrob. od 08.06.1994 r.
4. *Renata Demianiuk* - nr dypl. 974/94 - bezrob. od 27.06.1994 r.
5. *Małgorzata Daniela Kościuczyk* - nr dypl. 945/93 wyd. przez MSZ Biała Podl. - zatrudn. WSZ (blok operacyjny)
6. *Wioletta Marzena Zalewska* - nr dypl. 933/93 wyd. przez MSZ Biała Podl. - bezrob. od 12.05.1993 r.
7. *Wioletta Czernik* - nr dypl. 921/92 wyd. przez MSZ Biała Podl. - zatrudn. WSZ Biała Podl. od 16.05.1994 r.
8. *Barbara Kowaluk* - nr dypl. 978/94 wyd. przez MSZ Biała Podl. - zarejstr. w RUP od dnia 30.06.1994 r.
9. *Barbara Mackiewicz* - nr dypl. 12/VC/93 wyd. przez Liceum Medyczne w Chełmie - zatrudn. WSZ (izba przyjęć)
10. *Elżbieta Jolanta Góra* - nr dypl. 286/6/93 wyd. przez MSZ w Janowie Podl. - zatrudn. w DPS Kalinka od 20. .1994 r.
11. *Mirela Teresa Szczepaniuk* - nr dypl. 270/84 wyd. przez MSZ Parczew - zatrudn. ZPZ Parczew (oddz. przewlekle chorych) od 01.09.1984 r.
12. *Katarzyna Anna Jakubowska* - nr dypl. 977/94 wyd. przez MSZ Biała Podl. - bezrob. od 01.10.1994 r.

13. *Mariusz Stanisław Kaczmar* - nr dypl. 983/94 wyd. przez MSZ Biała Podl. - bezrob. od dnia
14. *Malgorzata Malachwiejczyk* - nr dypl. 980/94 wyd. przez MSZ Biała Podl. - bezrob. od dnia 23.06.1994 r.
15. *Barbara Katarzyna Lipińska* - nr dypl. 424/94 wyd. przez MSZ w Łukowie - bezrob. od dnia 04.07.1994 r.
16. *Jarosław Cybulski* - nr dypl 99/93 wyd. przez MSZ w Białymstoku - bezrobotny

P O Ł O Ż N E

17. *Ewa Karpiszek* - nr dypl. 693/92/93 wyd. przez MSZ w Siedlcach - bezrobotna
18. *Dorota Kopczyńska* - nr dypl. 694/92/93 wyd. przez MSZ w Siedlcach - zatrudn. w WSzZ Biała Podl. (ginekologia) od dnia 01.10.1994 r.
19. *Marzena Lubajska* - nr dypl. 646/93 wyd. przez MSZ Parczew - zatrudn. WSzZ Biała Podl. od dnia 01.10.1994 r.

Informacja

W dniu 10.10.1994r. odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Podjęto uchwały w sprawach:

- Wpisu do rejestru P. Anny Trochimiuk, zatrudnionej od 1.11.1994 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białej Podlaskiej,

- Wydania zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu:

1. P. Renacie Bosko - zatrudnionej od 1.09.1994 r. w Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radzynie Podlaskim,
2. P. Annie Trochimiuk - zatrudnionej od 1.11.1994 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białej Podlaskiej.

- Przyznania pomocy finansowej:

1. Kol. Izabeli Szczerbińskiej - nauczycielce Zawodowego Studium Medycznego w Parczewie w kwocie 4 mln zł.
2. Kol. Beacie Poniatowskiej - pielęgniarki ZOZ w Łosicach w kwocie 1,5 mln zł.
3. Kol. Barbarze Czapskiej - pielęgniarki WSzZ w Białej Podlaskiej w kwocie 4 mln zł.

W dniu 9.11.1994 r. w spotkaniu w Ministerstwie Pracy i Placy poświęconym sprawie wyjazdu polskich pielęgniarek do Libii wzięli udział P. mgr H. Borys i P. E. Golub.

W dniu 3.11.1994 r. P. Wiceprzewodnicząca Elżbieta Maksymiuk wzięła udział w II Spotkaniu Wiceprzewodniczących Okręgowych Rad w sprawie ustawy o zawodzie położnej.

Sekretarz Okręgowej Rady
mgr Alicja Kozawska

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za okres od 1 września do 15 listopada 1994 r.

W dniu 7.10.1994 r. odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady, na którym przyjęto sprawozdanie z działalności Prezydium i Okręgowej Rady za okres 15.06. - 7.10.1994r. Podjęto uchwały w następujących sprawach:

- powołania P. Eugeniusza Gołuba na członka Prezydium Okręgowej Rady;

- przedłużenia umowy o pracę z informatykiem mgr Henrykiem Kwiatkowskim na okres 18 miesięcy;
 - przyjęcia zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
 - przedłużenia umowy z asystentem d/s profesjonalnych P. mgr Haliną Borys do dnia 31 grudnia 1994 r.;
 - przyznania ryczałtu za każdy wydany biuletyn redaktor naczelnej w kwocie 2 mln zł.;
 - sfinansowania uczestnictwa Kol. Haliny Jankiewicz i Hanny Słowak w kursie „Psychoterapia a zaburzenia zdrowia psychicznego” w kwocie 4 mln zł.;
 - pokrycia kosztów udziału delegacji Izby w pogrzebie piel. Remisławy Klebaniuk.
- Powołano podzespół d/s pielęgniarstwa rodzinnego przy Komisji d/s Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia. Na przewodniczącą zgłoszono P. mgr Elżbietę Stocką. Użgnodniono stanowisko w sprawie postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze w grupie pielęgniarek i położnych w latach 1994 - 95. Tekst publikujemy w dziale „OLPiP infirmuje”.

Sekretarz Okręgowej Rady
mgr Alicja Kozawska

Zasady gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Białej Podlaskiej obejmuje swoim zasięgiem działania województwo białkopodlaskie. Działalność podstawową prowadzi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych.

§ 1

1. Majątek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych stanowią środki finansowe oraz mienie ruchome i nieruchome powstałe:
 - a) ze składek członkowskich,
 - b) darowizn,
 - c) dotacji z budżetu państwa na pokrycie kosztów tych czynności poniesionych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych, które dotychczas były wykonywane przez organy administracji państwowej,
 - d) innych wpływów w tym: odsetki z rachunku bieżącego i lokat terminowych.
2. Majątkiem Izby zarządza Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych.

§ 2

1. Podstawą działalności finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych jest uchwała budżetowa podjęta przez Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, obejmująca okres jednego roku kalendarzowego, na podstawie której sporządzany jest szczegółowy plan dochodów i wydatków.
2. Projekt planu budżetu opracowuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, a zatwierdza Okręgowy Zjazd, po przyjęciu przez Zjazd staje się obowiązujący.
3. Planowane w budżecie wydatki nie mogą przewyższać posiadanych i przewidywanych środków finansowych.
4. Koszty pieniężne w planie wydatków rodzajowych uchwalonych przez Zjazd nie mogą być samowolnie przenoszone. Do tego typu operacji winna być podjęta uchwała przez Okręgowy Zjazd.

§ 3

1. Wydatki finansowe ponoszone przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych:

- fundusz plac plus narzuty (ZUS i FP)
- obligatoryjny odpis składek na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
- koszty związane z prowadzeniem działalności ustawowej
- wydatki rzeczowe
- inne wydatki w tym:
 - ubezpieczenie majątku od kradzieży z włamaniem i kłesk żywiołowych,
 - dofinansowanie 15% do ubezpieczenia pielęgniarek i położnych od odpowiedzialności cywilnej.

§ 4

1. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych tworzy następujące fundusze:
 - fundusz pożyczkowy dla członków samorządu,
 - fundusz nagród 8,5% dla pracowników w skali rocznej.
2. Zasady udzielania pożyczek członkom samorządu określa regulamin uchwalony przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.
3. Zakładowy fundusz nagród tworzony jest w oparciu o przepisy ustawy z dnia 10 lipca 1985 roku (Dz. U. nr 32, poz. 141). Przyznawanie nagród pracownikom odbywa się na podstawie regulaminu opracowanego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.

§ 5

1. Środki finansowe Izby kumulowane są na rachunkach bankowych w Banku Gospodarki Żywnościowej w Białej Podlaskiej:
 - rachunek bieżący,
 - rachunek lokat terminowych,
 - rachunek środków funduszu socjalnego.
2. Środki finansowe podejmowane z banku ewidencjonowane są w raportach kasowych:
 - raport kasowy wydatków bieżących,
 - raport kasowy funduszu socjalnego.

§ 6

1. Za realizację gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych odpowiedzialność ponoszą:
 - przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
 - wiceprzewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
 - skarbnik Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
 - Prezydium Rady jako organ kolegialny.
2. Skarbnik Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych przedkłada Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych cztery razy w roku okresowe sprawozdania o stanie realizacji budżetu Izby - tj. po zakończeniu kwartału sprawozdawczego, a po zakończeniu roku obrachunkowego - roczne sprawozdanie przed Okręgowym Zjazdem.

§ 7

1. Księgowość Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych prowadzona jest w oparciu o wzorcowy plan kont dla organizacji społeczno-zawodowych, stowarzyszeń, fundacji itp. opracowany przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce - wydanie sierpień 1991 r.
2. Formy techniki księgowości:
 - forma rejestrowa - analityczna - koszty i składki członkowskie,
 - forma kartotekowa - analityczna - pożyczki funduszu socjalnego,
 - forma ksiąg - inwentarzowe - analityczne - środków trwałych i wyposażenia,
 - księga główna - kont syntetycznych.

§ 8

1. System dokumentowania i obiegu dokumentów rachunkowych oraz ich archiwowa-

nia:

- 1) Prawidłowy dowód księgowy musi posiadać określone cechy formalne zgodnie z zarządzeniem Ministra Finansów;
- 2) Przed zaewidencjonowaniem jest sprawdzony pod względem formalno-rachunkowym przez księgowego Izby, a pod względem merytorycznym przez skarbnika Izby;
- 3) Dokumenty, które są traktowane jako druki ścisłego zarachowania są ewidencjonowane w specjalnej kontrolce ich zużycia;
- 4) W celu ochrony mienia Izby, przynajmniej raz w roku należy przeprowadzić inwentaryzację środków trwałych i wyposażenie i rozliczyć;
- 5) Obieg dokumentów jest ustalony wewnętrzną instrukcją Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- 6) Księgowość przez okres jednego roku przechowuje dokumenty, a następnie przekłada do archiwum zakładowego.

§ 9

1. Działalność finansowa Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych zawarta jest w uchwałach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, która jest odpowiedzialna za ich realizację przed Okręgowym Zjazdem.

§ 10

1. Integralną część niniejszych zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych stanowią: regulaminy podziału pożyczek członkom samorządu oraz przyznawania nagród pracownikom Izby z Zakładowego Funduszu Nagród tworzonego w wysokości 8,5% w 1994 roku.

Skarbnik Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
mgr Walentyna Sacharczuk

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20.10.1994 r. w sprawie projektu ustawy o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w sferze budżetowej

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej podziela zaniepokojenie pracowników sfery budżetowej ukierunkowaniem prac nad projektem ustawy o kształtowaniu wynagrodzenia w sferze budżetowej. Obawiamy się, że zalegalizowanie aktu prawnego o tak wysokiej randze spowoduje katastrofalne skutki w placach pracowników służby zdrowia.

Apelujemy o odrzucenie tego projektu w II czytaniu przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej.

Opowiadamy się za nowelizacją ustawy z 1989 roku, która po uwzględnieniu opinii środowiskowych - w tym samorządu pielęgniarek i położnych - zachowa realne proporcje w placach sfery budżetowej i sfery materialnej.

Uzasadnieniem naszego stanowiska jest bardzo niekorzystna sytuacja placowa, która sprowadza się między innymi do:

- spłaszczenia wynagrodzeń w grupach zawodowych i grupach wiekowych,
- bardzo niskich plac pracowników rozpoczynających działalność zawodową oraz młodych pracowników,
- krzywdząco niskich plac pracowników z długoletnim stażem,

- braku możliwości materialnego dowartościowania pracowników zasługujących na wyróżnienie,
- nieadekwatnej płacy w stosunku do nakładanych obowiązków i wykonywanych zadań.

W grupie pielęgniarek i położnych z niepokojem stwierdzamy narastające zjawisko niedostatku materialnego, ponieważ wynagrodzenie w tych grupach nie gwarantuje zabezpieczenia bytu ich rodzin.

Dwie ustawy czy jedna?

Prace przygotowawcze nad projektami ustaw o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej trwały prawie 3 lata. Uchwałą Naczelnej Rady z dnia 8 listopada 1993 r. projekty zostały przyjęte, zatwierdzone i skierowane do Sejmu, co było niewątpliwym sukcesem środowiska pielęgniarek i położnych.

Radość ta została zakłócona tym, że w dniu 22.06.1994 r. Podkomisja Sejmowej Komisji Zdrowia postanowiła nadal pracować nad jednym wspólnym dla obu zawodów dokumentem.

Tradycja zawodu położnej w Polsce istnieje od XVII wieku, kiedy to już istniała szkoła kształcąca położne, a Sejm w 1775 roku uchwalił odrębne kształcenie na bazie szpitali wojewódzkich. Uszanował tę sytuację Sejm II Rzeczypospolitej ustanawiając odrębne przepisy regulujące wykonywanie zawodu położnej (Instrukcja z 1928 r.) a następnie odrębną ustawę o zawodzie pielęgniarki w 1932 roku.

Środowisko położnych zaskoczona decyzją Posłów z 22 czerwca 1994r. i niespokojne o dalsze losy zawodu położnej w Polsce podjęło działania na rzecz uchwalenia odrębnej ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

19 lipca br. wzięłam udział w spotkaniu w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych - wiceprzewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych z Posłami Podkomisji Sejmowej Komisji Zdrowia. Udział w spotkaniu wzięły również przedstawicielki Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego - Sekcji Położnych oraz Związku Zawodowego Położnych. W toku spotkania przedstawiono Posłom argumenty przemawiające za koniecznością zachowania odrębności obu ustaw. Wyloniony został zespół 7 położnych do stałej współpracy z Podkomisją oraz wypracowano stanowisko położnych, dotyczące projektu ustawy o zawodzie położnej.

Informacja z posiedzenia oraz stanowisko położnych zostało opublikowane w Nr 7 „Pielęgniarstwo i My”.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej również przyjęło w tej sprawie stanowisko w dniu 20 lipca 1994 roku, które zostało przesłane do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Drugie spotkanie przedstawicielek położnych z całego kraju odbyło się 3 listopada 1994 r. Wiceprzewodnicząca Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - położna Grażyna Nowak przedstawiła informację z prac Podkomisji nad ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej - mamy całkowitą przychylność i dobrą wolę Posłów w sprawie szczegółowych zapisów ustawy, lecz Podkomisja pracuje nadal nad jednym zapisem ustawy. Na posiedzeniu tym ustaliliśmy konieczność kontaktów z Parlamentarzystami na swoich terenach w celu przekazania im naszych argumentów przemawiających za uchwaleniem dwóch odrębnych ustaw o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

Pragnę poinformować Koleżanki Położne, że odbyłam już spotkania z naszymi Parlamentarzystami:

- 7 listopada z Panem Franciszkiem Stefaniukiem - posłem PSL,
- 14 listopada z Panem Szczepanem Skomrą - Posłem SLD.

Obaj Panowie Posłowie okazali życzliwość i przychyłność mojej prośbie przedstawionej w imieniu położnych z całego województwa i kraju, o przedstawienie wniosku o oddalenie wniosku z 22.06.1994 r. o pracy Podkomisji nad jednym wspólnym projektem Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej.

O dalszych działaniach bardziej szczegółowo poinformuję koleżanki na planowanym na początek grudnia spotkaniu położnych z całego województwa.

Wiceprzewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Maksymiuk
- położna -

Z PRAC NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W dniach 15, 16 i 17 listopada 1994 r. odbyło się **Nadzwyczajne Posiedzenie Naczelnej Rady**. Tematy posiedzenia:

- Istota pielęgnowania a standardy
dr Jolanta Górajek-Jóźwik
dr Wiesława Ciechanowicz
- Założenia do standardów w pielęgniarstwie
prof. Zofia Kawczyńska-Butrym
- Standardy w pielęgniarstwie
dr Anna Piątek
- Ogólne standardy pielęgniarstwa klinicznego
dr Maria Pieniążek
- Standardy w pielęgniarstwie psychicznym
dr Anna Płotka
- Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym
mgr Małgorzata Krasuska
- Standardy w pielęgniarstwie neurologicznym
dr Kazimiera Adamczyk
- Standardy w opiece hospicyjnej
dr Kazimiera Adamczyk
- Standardy w pielęgniarstwie chirurgicznym
mgr Małgorzata Wachowicz.

Prezentacja projektów Kodeksu Etyki:

- Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej
dr Grażyna Rogala-Pawelczyk
- Etyka w pielęgniarstwie
dr Irena Wrońska
dr Grażyna Rogala-Pawelczyk
- Kodeks etyczno-deontologiczny OIPiP we Wrocławiu
- Projekt kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej OIPiP w Łodzi
- Projekt kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej OIPiP w Katowicach
- Projekt kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej OIPiP w Krośnie
- Projekt kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej OIPiP w Zamościu
- Opracowanie zbiorowe: Projekt kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej OIPiP w Warszawie, Krakowie i Zielonej Górze.

K o m u n i k a t y

Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych odbędzie się 15.02.1995 r. w Rogoźnie Wielkopolskim.

Ustala się **kalendarz wyborczy** do organów izb w samorządzie pielęgniarek i położnych:

- 1) wybory kandydatów na okręgowe zjazdy pielęgniarek i położnych przeprowadzić do dnia **30 czerwca 1995 r.**
- 2) wybory organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz delegatów na krajowy zjazd pielęgniarek i położnych **przeprowadzić w terminie do 15 października 1995 r.**
- 3) wybory organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych **przeprowadzić w grudniu 1995 r.**

Opinia w sprawie przepisów dotyczących odzieży ochronnej

Stosownie do § 10 uchwały Nr 44 Rady Ministrów z dnia 27 marca 1990 r. w sprawie zasad przydziału środków ochrony i odzieży roboczej (MP Nr 14, poz. 109) - dla pracowników zakładów budżetowych jakimi są zakłady służby zdrowia - zasady przydziału wyżej wymienionych środków i odzieży ustala Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Wydane w dniu 29 marca 1994 r. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w tej sprawie opublikowane w Dz. Urz. MZiOS Nr 3, poz. 5 jest wiążące dla kierowników zakładów pracy służby zdrowia i na jego podstawie wprowadzają do stosowania tabele norm.

Warszawa, dnia 13.11.1994 r.

Radca prawny
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Filipowska-Kejna

Do
Członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo

W ostatnim Biuletynie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zostało przedstawione w sposób bardzo szczegółowy sprawozdanie z przebiegu obrad Naczelnej Rady z dnia 7 - 8 czerwca br. Wśród wielu materiałów znajduje się tam również moje wystąpienie, w którym to będąc głęboko zaniepokojona ówczesną sytuacją w naszym samorządzie, pragnęłam członkom Rady wyjaśnić okoliczności niektórych zdarzeń dotyczących zarówno organizacji protestu pielęgniarek i położnych, jak również spraw związanych z ustawami o zawodach pielęgniarki i położnej.

Od powyższego okresu minęło prawie pół roku, a niektóre z omawianych spraw w Biuletynie udało się wyjaśnić lub uzyskać porozumienie. Obecnie sytuacja w samorządzie pielęgniarek i położnych w sprawach, o których wspomniałam w swoim wystąpieniu przedstawia się spokojniej i lepiej.

W Sejmie trwają prace nad ustawami o zawodach pielęgniarek i położnych. Podkomisji d/s ustaw przewodniczy pani poseł Krystyna Sienkiewicz. Współpraca z panią poseł układa się jak najlepiej, a Prezydium NRPiP nie zgłasza zastrzeżeń do listy osób biorących udział w posiedzeniach Podkomisji d/s Ustaw.

Poczuwając się do odpowiedzialności za swoje słowa pragnę za pośrednictwem tego listu „nie wskrzeszać” tego co odeszło, a umacniać atmosferę współpracy i współdziałania dla dobra nas wszystkich.

Pragnę jednocześnie poinformować Państwa, że działając w duchu poszukiwania

porozumienia i współpracy Prezydium NRPiP organizuje wspólne posiedzenie Prezydium z Warszawsko-Skierniewicką Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych, którego to głównym tematem będą sprawy związane z przyszłością naszego samorządu, a także sprawy dotyczące aktualnej sytuacji.

Przesyłając powyższe pragnęlibyśmy zapobiec ewentualnym konfliktom i nieporozumieniom w naszej organizacji i proszę Członków Naczelnej Rady o zajęcie właściwego stanowiska, gdyby członkowie samorządu po przeczytaniu Biuletynu Nr 3 (13) z 2 września 1994 r. mieli jakieś wątpliwości.

Wierzę również głęboko, że na najbliższym posiedzeniu Naczelnej Rady uda nam się również podjąć dobre decyzje, które określą dalszy kierunek zmian systemowych w pielęgniarstwie, ustalą kalendarz wyborczy i ustalą stopień gotowości do zwołania Zjazdu Nadzwyczajnego.

Z poważaniem

Prezes

Warszawa, dnia 27.10.1994 r.

Urszula Krzyżanowska-Lagowska

Pan(i) Przewodniczący(a)
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo

Dzięki ogromnemu wspólnemu wysiłkowi, zebrano dużo materiałów i informacji, które posłużą do opracowania raportu o stanie pielęgniarstwa w Polsce.

Ukoronowaniem tych działań będzie obszerna publikacja, którą już wkrótce dotrze do Państwa rąk. Aby przystąpić do redagowania całości, musimy jeszcze wywiązać się z obowiązku jaki na siebie przyjęliśmy i rozprowadzić, zebrać, oraz podsumować wyniki ankiety, którą na zlecenie Komisji d/s Zmian Systemowych (przy Radzie Naczelnej), przygotowawali dla nas naukowcy z Uniwersytetu Śląskiego.

Dzięki tej ankiecie będziemy mogli odpowiedzieć na wiele pytań, których dotychczas nikt nie chciał głośno stawiać. W obliczu ciągłej pauperyzacji naszego środowiska zawodowego, pytania takie mogłyby być niewygodne.

Samorządowi zawodowemu pielęgniarek i położnych zależy jednak na tym, by móc głośno mówić o tym, jakie są polskie pielęgniarki i położne. Jak żyją, mieszkają, pracują. Jak obecna sytuacja ekonomiczna kraju odbija się na ich życiu codziennym i ich pracy.

Uważamy, iż nie należy wstydzić się odpowiedzi na pytanie: **Jaka jesteś polska pielęgniarko i położno ?**

Wyniki tej ankiety mogą stać się ważnym argumentem wszelkich rozmów, nie tylko z urzędami administracji państwowej (MZiOS, MEN, Min. Finansów), ale także i z Rządem RP. Inny mają wydzźwięk opinie formułowane na podstawie domniemań, a inny na podstawie rzetelnie przeprowadzonych badań.

Od Was Szanowni Państwo zależy teraz będzie czy pieniądze zainwestowane w powstanie tej ankiety - zaowocują. Zwracamy się więc z prośbą, nie tylko o rozprowadzenie ankiety, ale też uświadomienie pełnomocnikom (lub innym upoważnionym do jej rozprowadzenia osobom), że zależy nam na:

- maksymalnej szczerości respondentów,
- jak największej liczbie zwróconych nam (wypełnionych) ankiet,
- zachowaniu struktury wieku respondentów (by dotarła do ludzi w różnym wieku),
- aby wróciła do nas w terminie do + 15.10.1994 r.

Ankiety są anonimowe i pragniemy aby takie pozostały. Stwórzcie więc Państwo swoim koleżankom i kolegom warunki, by anonimowość tę mogli zachować do końca. Pozwólcie by oddawane Wam były w zaklejonych kopertach.

Wypełnione ankiety (z całego okręgu) prosimy przesłać na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, ul. Korfatego 8, skąd zostaną odebrane przez opracowujący ją Zespół Uniwersytetu Śląskiego.

Z wyrazami szacunku

w imieniu Przewodniczącej
Komisji d/s Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia
Wiceprezes NRPiP
Grażyna Nowak

Warszawa, dnia 22.09.1994 r.

Pani Izabela Ziemińska-Klepacz
Dyrektor Departamentu Kadr
w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej

Szanowna Pani Dyrektor

Do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwrócono się o opinię prawną w sprawie obowiązującego stażu pracy dla pielęgniarek i położnych, które chcą podjąć pracę w środowisku. Opinia ta ma zawierać odpowiedź na poniższe pytania:

- czy w poczet stażu może być zaliczona praca absolwentki szkoły medycznej w tzw. otwartej opiece zdrowotnej,
- czy Pielęgniarka Wojewódzka ma prawo do skracania takiego stażu, a jeżeli tak, to na jakich warunkach i do jakiego okresu można skrócić czas odbywania stażu dla pielęgniarki środowiskowej?

W imieniu Komisji Skarg i Wniosków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która rozpatruje ten wniosek, zwracam się do Pani Dyrektor z uprzejmą prośbą o wyrażenie swej opinii w tej sprawie.

Z poważaniem

Warszawa, dnia 26.07.1994 r.

Sekretarz
Elżbieta Szwalkiewicz

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Al. Jazdowskie 22, 00-478 Warszawa

Odpowiadając na pismo znak: NRPiP/VIII/46/IV/94 Departament Kadr w porozumieniu z Biurem Naczelnej Pielęgniarki Kraju, uprzejmie wyjaśnia, że wymóg posiadania co najmniej 3-letniego stażu pracy w zawodzie dla pielęgniarki środowiskowej został określony w § 2 Instrukcji Nr 4/85 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 28.10.1985 r. w sprawie pielęgniarki środowiskowej (Dz.Urz. MZiOS Nr 12, poz. 48), bez względu na rodzaj zakładu (placówki), w którym pielęgniarka była zatrudniona. Powyższe dotyczy także położnych - zgodnie z Instrukcją Nr 1/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 27.01.1984 r. w sprawie położnej środowiskowej (Dz.Urz. MZiOS Nr 2, poz. 10).

W/cyt. przepisy nie uprawniają do skracania stażu pracy, o którym mowa wyżej.

Wicedyrektor Departamentu Kadr
Adam Markiewicz

Warszawa, dnia 28.09.1994 r.

DZIAŁ PRAWNY

Uprawnienia emerytalne pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szczególnych warunkach

Podstawa prawna: rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 roku w sprawie wieku emerytalnego oraz wzrostu emerytur i rent inwalidzkich dla pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz.U. 1983 Nr 8, poz. 43, zm. Dz.U. z 1985 Nr 7, poz. 22; Dz.U. z 1991 Nr 39, poz. 167; Dz.U. z 1992 Nr 102, poz. 520).

I. Pracownicy, których dotyczy powołane na wstępie rozporządzenie.

Omówione poniżej zasady dotyczą pracowników służby zdrowia i opieki społecznej wykonujących prace:

1. na oddziałach: intensywnej opieki medycznej, anestezjologii, psychiatrycznych i odwykowych, onkologicznych, leczenia oparzeń oraz ostrych zatruc w bezpośrednim kontakcie z pacjentami
2. w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych oraz lekarzy stomatologów
3. w prosektoriach oraz zakładach anatomopatologicznych i medycyny sądowej
4. w zespołach pomocy doraźnej pogotowia ratunkowego oraz medycznego ratowania górniczego
5. w domach pomocy społecznej dla nieuleczalnie i przewlekle chorych, umysłowo upośledzonych dorosłych i umysłowo niedorozwiniętych dzieci
6. przy pobieraniu prób i pomiarów w warunkach i na stanowiskach pracy szkodliwych dla zdrowia, wykonywane przez personel stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz laboratoriów środowiskowych.

II. Warunki

Zgodnie z § 3, 4 i 5 powołanego na wstępie rozporządzenia okresem pracy uzasadniającym prawo do świadczeń w wysokości i na zasadach określonych we wspomnianym rozporządzeniu jest okres, w którym prace, wymienione w pkt. I były wykonywane stale i w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym na danym stanowisku pracy pod warunkiem, że okres zatrudnienia trwał 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn i że przez co najmniej 15 lat wykonywano prace wymienione w pkt. I. Do okresu zatrudnienia 20 lub 25-letniego wlicza się okresy równorzędne i zaliczane do okresu zatrudnienia (np. okres urlopu macierzyńskiego, wychowawczego).

Ponadto konieczne jest, aby:

1. pracownik osiągnął wiek emerytalny, który dla kobiet wynosi 55, a dla mężczyzn 60 lat, oraz
2. aby wspomniany wiek emerytalny pracownik osiągnął w czasie zatrudnienia lub w ciągu 5 lat od ustania zatrudnienia. Warunek wymieniony w pkt. 2 nie musi być spełniony przez pracownika, który ma okres zatrudnienia: 30 lat kobieta i 35 lat mężczyzna oraz przez pracownika, który w chwili osiągnięcia wieku emerytalnego uprawniony jest do renty inwalidzkiej lub rodzinnej.

Przedruk z Biuletynu OIPiP w Ostrołęce Nr 4/94, październik '94 r.

„Do emerytury na zasiłku”

Ludzie, którzy utracili pracę w wyniku zwolnień grupowych - po reorganizacji i bankructwie lub likwidacji zakładu - a osiągnęli odpowiedni wiek i staż pracy, mają prawo do świadczeń korzystniejszych niż młodszy bezrobotni. W zależności od wieku i stażu przysługuje im albo wcześniejsza emerytura, albo - co może się okazać lepsze - specjalny albo przedłużony zasiłek dla bezrobotnych.

Przypominam: by uzyskać prawo do zwykłej emerytury - kobieta musi mieć 60 lat i staż pracy co najmniej 20 lat, - mężczyzna musi mieć 65 lat i staż co najmniej 25 lat.

Bez względu na wiek mogą uzyskać wcześniejszą emeryturę:

- kobiety - jeżeli w umowie zwolnienia miały 35 lat stażu pracy
- mężczyźni - jeśli mieli wówczas 40-letni staż.

Prawo to przysługuje wszystkim, którzy zostali zwolnieni po 1 września 1989 r. (podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy z 26 stycznia 1990 r.).

Zasiłek dla bezrobotnych aż do czasu nabycia praw do emerytury mogą pobierać:

- wszyscy ci, którym brakuje nie więcej niż 2 lata do emerytury,
- kobiety bez względu na wiek, ze stażem co najmniej 30-letnim, albo 25-letnim - jeżeli z tego minimum 15 lat pracowały w warunkach szkodliwych dla zdrowia,
- mężczyźni bez względu na wiek ze stażem co najmniej 35 lat, albo 30 - jeżeli z tego 15 lat pracowali w szkodliwych warunkach.

Ich zasiłek jest taki sam jak innych bezrobotnych. Tak jak wszystkim, okres pobierania zasiłku liczy się im do stażu pracy, a więc ma wpływ na wysokość emerytury.

Przypominam, iż skrócony wiek emerytury przysługuje:

- górnikom, kolejarzom, hutnikom, osobom pracującym w warunkach zagrażających zdrowiu i życiu (np. przy azbestie i ołowiu), a także naukowcom, muzykom, tancerzom, nauczycielom, aktorom, inwalidom wojennym i wojskowym, kombatanom itp.
- kobietom opiekującym się kalekami dziećmi -po 20 latach pracy bez względu na wiek mężczyznom - jeżeli przepracowali 25 lat, a matka nie może zająć się kalekim dzieckiem.

Normalnie zasiłek przysługuje bezrobotnym przez 12 - 18 miesięcy, zaś o 6 miesięcy dłużej w regionach zagrożonym wysokim bezrobociem.

Ci, którym aż do osiągnięcia emerytury, przysługuje zasiłek dla bezrobotnych, muszą - jak wszyscy bezrobotni - stawić się w urzędzie pracy, przynajmniej raz w miesiącu. Jeżeli tego nie zrobią albo odrzucą ofertę pracy bez uzasadnionej przyczyny, nie zgodzą się na przyuczenie do zawodu lub przekwalifikowanie, udział w robotach interwencyjnych lub pracach publicznych - utracą prawo do zasiłku na 90 dni.

Specjalny korzystniejszy rodzaj zasiłku przysługuje osobom zwolnionym z pracy z winy zakładu pracy w roku kalendarzowym, w którym osiągną:

- kobiety - 55 lat oraz 20-letni staż pracy,
- mężczyźni - 60 lat oraz 25-letni staż pod warunkiem, że nie ma dla nich odpowiedniej pracy.

Zasiłek specjalny wynosi 75% ich wynagrodzenia obliczonego według zasad przyjętych przy ustalaniu podstawy emerytury i renty (włącza się więc trzynastkę itp.). Może być zatem - zwłaszcza przy wysokich placach - większy niż emerytura. Zasiłek ten jest waloryzowany tak samo jak wszystkie świadczenia. I tak jak przy zasiłkach dla bezrobotnych, każdy miesiąc jego pobierania jest liczony do stażu emerytalnego.

Również ten zasiłek wymaga - pod groźbą jego utraty na 90 dni - meldowania się w urzędzie pracy i przyjmowania ofert (podstawa prawna: Ustawa o zatrudnieniu i bezrobociu z 16 października 1991 r.) osób, które w momencie zwolnienia nie osiągnęły wieku albo stażu dającego im prawo do omówionych wyżej świadczeń (wcześniejsza emerytura, zasiłek pozwalający doczekać do emerytury, zasiłek specjalny) ale przepra-

cowaly co najmniej 25 lat - kobiety lub 30 lat - mężczyźni - przysługuje zasilek dla bezrobotnych przez 18 m-cy.

Radca prawny
mgr Krzysztof Ciołczyk

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP Regionu Siedleckiego Nr 4, sierpień '94 r.

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 popełnienia przestępstwa **nieumyślnego**.

Warunkiem odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne jest łączne spełnienie następujących przesłanek:

- czyn obwinionej musi być **sprzeczny z ogólnie przyjętymi regulami ostrożnego postępowania** z takimi dobrami prawnymi 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 mogły ową zdolność ostrożnego postępowania i przewidywaną możliwość nastąpienia skutku przestępnego **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 było **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 wyższej konieczności w razie ratowania swojego zdrowia poświęca-

jąc 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 to 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 przestępstwa przeciwko wolności - przykładowo pielęgniarka wykonuje zabieg, konieczny z punktu widzenia zdrowia 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;
- działając **w zaufaniu**, że inni członkowie zespołu wykonują swoje obowiązki należycie. Trzeba jednak pamiętać, 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 ciężający na nim obowiązek ostrożnego postępowania naruszyć.

Trochę inaczej problem ten przedstawia się w razie wystąpienia stosunku podporządkowania pomiędzy dwoma osobami (na przykład pielęgniarka-stażystka 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 (na przykład pielęgniarce czy położnej).

Za jakie przestępstwa pielęgniarka lub położna może zostać skazana? Przede wszystkim w grę wejdą przestępstwa zamieszczone w rozdziale XXI kodeksu karnego zatytułowanym „Przestępstwa 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 rozstroju zdrowia (art. 163 § 2 kodeksu karnego).

II. ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

W razie wyrządzenia skutku w postaci śmierci, uszkodzenia ciała lub też 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 pozostawiania w stosunku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, odpowiedzialność pielęgniarki i położnej będzie oparta na zasadzie wyrażonej 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 rzeczywiście wyrządzonej szkody. Poszkodowany pacjent może żądać 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 i pogrzebu temu kto je poniósł oraz może zostać na nią nałożony obowiązek świadczenia renty na rzecz osób, względem których ciążył na zmarłym pacjencie ustawowy obowiązek alimentacyjny lub którym zmarły pacjent dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, w tym ostatnim wypadku o ile jest to zgodne z zasadami współżycia społecznego (art. 444, 445, 446, 447 kodeksu cywilnego).

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego
dr Alicja Kopec

REFERATY

Edukacja w cukrzycy

W dniach 20 - 21.10.1994 r. uczestniczyliśmy (mgr Danuta Pawlik i mgr Anna Rakowska) w konferencji edukacyjno-naukowej „Choroby cywilizacyjne” w Poznaniu.

Problemem analizowanym podczas konferencji była (między innymi) edukacja w cukrzycy. Podkreślano wielką potrzebę pełnienia roli wychowawczej przez fachowy personel medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem zadań pielęgniarki.

Pragnę w tym artykule zwrócić szczególną uwagę na nauczanie pacjentów układania właściwych jadłospisów oraz stosowania ich w codziennym odżywianiu.

Pacjent powinien być edukowany w każdym etapie choroby. Bardzo ważną rolę odgrywa pielęgniarka pracująca w poradni diabetologicznej, a także opiekująca się chorym w oddziale szpitalnym lub w domu (pielęgniarka środowiskowa). Ona to w sposób przystępny powinna wytłumaczyć i nauczyć pacjenta obliczania jednostek chlebowych (BE), zawartych w produktach żywnościowych, jak również układania jadłospisów z uwzględnieniem dobowych ilości BE - zleconych przez lekarza.

Jednostka chlebowa (BE) jest to ilość wagowa danego produktu, zawierająca 12 g węglowodanów, a mówiąc językiem zrozumiałym dla pacjenta - jest to ilość wagowa pokarmu, np. chleba zawierająca łyżeczkę cukru.

Poniżej zamieszczam propozycje posiłków w diecie redukującej na około 10 - 12 BE:

Śniadanie: - kromka chleba mazowieckiego
- łyżeczka dżemu na Aspartamie (słodzik)
- szklanka chudego mleka

II śniadanie: - skibka chleba ryżowego
- pół jabłka średniej wielkości

Obiad: - 2 średnie ziemniaki
- 4 duże marchewki
- porcja chudego mięsa, np.: kurczak bez skóry
- szklanka kompotu (z 3 truskawek) słodzonego Aspartamem

Podwieczorek: - pół małej gruszki
- pół kromki bulki paryskiej

Kolacja: - 1,5 kromki chleba żytniego (razowego)
- 1 duży pomidor
- 1 cebula
- szklanka herbaty słodzonej Aspartamem

Jeżeli pacjent otrzymuje insulinę i występują u niego stany niedocukrzenia, kolacje powinien dzielić na dwie części:

godz. 19.00 - kromka chleba
- 200 g sera (białego chudego)
- salata lub szczypiorek

godz. 21.00 - kromka chleba

Proszę pamiętać, że:

1. Posiłki należy spożywać regularnie, w zależności od wieku i zleceń lekarza - co 2, 2,5, 3 godziny.
2. Każdy dodatkowy wysiłek wymaga zwiększenia zawartości BE o 1 jednostkę chlebową, celem niedopuszczenia do spadku cukru we krwi.

3. Grejfruty, sok z kapusty, herbatka z pokrzywy nie obniżają poziomu cukru we krwi.
4. Aż 400 g arbuza zawiera tylko 1 BE.
5. Każda szklanka mleka, maślanek, mleka kwaśnego zawiera 1 BE, czyli „cukier”.
6. Nigdy nie należy pić jednorazowo 2 szklanek mleka, gdyż porcja taka podwyższy poziom cukru we krwi.
7. Ziemiaki też zawierają „cukier” - 1 średniej wielkości ziemniak zawiera 1 BE.
8. 2 duże pomidory zawierają 1 BE.
9. Cytryna również zawiera cukier - 2 średnie cytryny zawierają 1 BE.
10. Pieczywo można smarować bardzo cienko tłuszczem roślinnym (masłem czy margaryną roślinną), ale w tym czasie nie jeść żółtek.
11. Najlepiej spożywać oleje roślinne z zimnego tłoczenia, np.: kukurydziany.
12. Używać dżemu na aspartamie - 4 łyżeczki = 1 BE.
13. Garść płatków kukurydzianych zawiera aż 1 BE.
14. Produkty zbożowe, jarzyny nie powinny być rozgotowane na miękko, gdyż zawierają łatwo przyswajalny cukier.

Jednostki chlebowe należy rozłożyć na poszczególne posiłki następująco:

śniadanie	II śniadanie	obiad	podwieczorek	kolacja
25%	10%	25%	15%	25%

Poniżej zamieszczam tabelę jednostek chlebowych wybranych produktów żywnościowych oraz informacje uzupełniające, przekazane przez Poradnię Diabetologiczną Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznego.

mgr Anna Rakowska

TABELA JEDNOSTEK CHLEBOWYCH (JCH) WYBRANYCH PRODUKTÓW ŻYWNOŚCIOWYCH

1 jednostka chlebowa (BE) = ilość wagowa danego produktu zawierająca 12 g węglowodanów

Lp.	Nazwa produktu	Liczba gramów równoważna 1 JCh	Miara
1	2	3	4
I. PRODUKTY ZBOŻOWE			
1.	Chleb mazowiecki	25	1 kromka grub. 0,7 cm
2.	Chleb mazowiecki	30	1 kromka grub. 0,6 cm
3.	Chleb żytni razowy	30	1 kromka grub. 0,5 cm
4.	Chleb pumpernikiel	25	1/2 kromki
5.	Chleb chrupki	17	2 kawalki

1	2	3	4
6.	Bułka paryska	25	1 plasterek 1,2 cm
7.	Bułka wrocławska	25	1 plasterek 1,5 cm
8.	Kajzerka	25	1/2 kajzerki
9.	Chalka	23	1/2 kromki
10.	Kasza manna sucha	15	3 płaskie łyżeczki
11.	Kasza jęczmienna sucha	15	3 płaskie łyżeczki
	po ugotowaniu	30	2 łyżeczki
12.	Kasza gryczana po ugotowaniu	30	2 łyżeczki z czubkiem
13.	Ryż po ugotowaniu	30	2 łyżeczki z czubkiem

1	2	3	4
14.	Makaron po ugotowaniu	50	1/2 szklanki
15.	Mąka	15	1 łyżka z czub.
II. PRODUKTY MLECZNE			
16.	Mleko	250	1 szklanka
17.	Mleko w proszku odtuszczone	25	4 płaskie łyżeczki
18.	Ser, twaróg chudy	400	4 kawalki 11x3x3 cm
III. WARZYWA I OWOCE			
19.	Ziemniaki	100	1 średni
20.	Buraki	200	4 małe
21.	Cebula	200	2 duże
22.	Rzodkiewka	450	30 sztuk
23.	Marchew	200	4 duże
24.	Kalafior	200	pół
25.	Groszek zielony	150	6 czubatych łyżek
26.	Groch suchy	20	1 łyżka
27.	Fasola sucha	20	1 łyżka
28.	Agrest	100	1/2 szklanki

1	2	3	4
29.	Truskawki	180	12 dużych
30.	Maliny	100	3/4 szklanki
31.	Porzeczki	80	1/2 szklanki
32.	Jabłka	150	1 średnie
33.	Pomarańcze	150	1/2 dużej
34.	Śliwki węgierki	80	3 sztuki
35.	Wiśnie, czereśnie	100	17 sztuk
36.	Renklody	70	1 duża
37.	Gruszki	100	1 mała
38.	Winogrona	70	10 sztuk
39.	Brzoskwinie	120	1 duża
40.	Cytryny	200	2 średnie
41.	Morele	100	3 średnie
42.	Zurawiny	100	1/2 szklanki
IV. WYROBY CUKIERNICZE			
43.	Cukier	10	1 łyżeczka
44.	Dzem zwykły	1 - 2	
45.	Miód	15	1 łyżeczka
46.	Ciastka (pączek, makowiec itp.)	25 - 30	1/2 ciastka
47.	Czekolada	20	

Uzupełnienie (BE) i JCh

mąka ziemniaczana	15 g	1 łyżka
płatki owsiane	20 g	2 płaskie łyżki
płatki kukurydziane	15 g	2 łyżki z czubkiem
pomidory	300 g	3 średnie
sok pomidorowy	250 - 300 ml	1 szklanka
sok z marchwi	150 - 200 ml	3/4 szklanki
seler	200 g	1 duży
fasola strączki	200 g	
banany	50 - 60 g	1/2 małego
grejfrut	150 g	1/2 małego
kiwi		2 sztuki
mandarynki	150 g	2 sztuki
soki owocowe	ok. 100 ml	
orzechy	90 g	

Słodziki

zalecane - zawierające aspartam - bez ograniczeń

sacharyna - do 6 tabletek na dobę (nie podawać dzieciom i kobietom w ciąży)

Co można zjeść, aby ograniczyć głód a nie podnieść poziomu cukru we krwi

- chude mięso, ryby

- tłuszcze roślinne

w ograniczonej ilości ze względu na cholesterol:

- jaja, tłuszcze zwierzęce, żółte i topione sery.

Bezwzględny zakaz spożywania napojów alkoholowych również piwa.

W celu zapobiegania miażdżycy należy ograniczyć spożycie:

- żółtka jaj, majonez, podroby (wątroba, grasica, ozór, nerki), mózg i szpik kostny należy usunąć z diety
- tłuszcz z mleka (bita śmietana, masło, śmietanka)
- tłuste mięso (smalec, słonina, boczek itp.)
- tłuste sery (topione, żółte, białe).

Trzeba pamiętać, że:

posiłki należy spożywać o stałych porach - **chory powinien zjadać 5 - 6 posiłków w czasie doby.** Przykładowo zalecany rozkład posiłków:

godz. 7.00 - I śniadanie

godz. 10.00 - II śniadanie

godz. 13.00 - obiad

godz. 16.00 - podwieczorek

godz. 19.00 - kolacja

godz. 20.00 - posiłek przed snem (nie zawsze konieczny)

Zasady stosowania diety:

- Proponowana dieta umożliwia skuteczną kontrolę poziomu glukozy we krwi. Często można zmniejszyć dawkę leków przeciwcukrzycowych lub całkowicie zaprzestać ich brania (wyłącznie po uzgodnieniu z lekarzem).
- Dobową ilość jednostek chlebowych należy ustalić wspólnie z lekarzem.
- Po zastosowaniu diety może dojść do znacznego spadku poziomu glukozy we krwi. Po kilku dniach stosowania jej należy skontrolować poziom glukozy i dokonać korekty dawki insuliny i tabletek przeciwcukrzycowych.
- Różne tabele mogą zawierać nieco inne ilości wagowe produktów równoważnych (JCh). Różnice te nie mają zasadniczego znaczenia.
- Spożywanie cukrów prostych w słodyczach, owocach itp. zawsze wiąże się z ryzykiem szybkiego i znacznego wzrostu glukozy we krwi. Należy zachować szczególną ostrożność.
- Opuszczenie jednego posiłku lub zjedzenie mniejszej porcji węglowodanów niż zwykle naraża pacjenta na bardzo przykre objawy niedocukrzenia.
- Dołączenie do diety większej ilości ruchu dodatkowo obniża poziom glukozy we krwi. Przed dużym wysiłkiem fizycznym zaleca się dodatkowe spożycie 1 JCh.

ROZKŁAD JEDNOSTEK CHLEBOWYCH (JCh) NA POSZCZEGÓLNE POSIŁKI

Ilość kalorii na dobę	Ilość JCh na dobę	I śniadanie	II śniadanie	Obiad	Podwieczorek	Kolacja
900	9	2	1	3	1	2
1000	10	3	1	3	1	2
1100	11	3	1	3	1	3
1200	12	3	1	3	2	3
1300	13	3	2	3	2	3

Ilość kalorii na dobę	Ilość JCh na dobę	I śniadanie	II śniadanie	Obiad	Podwieczorek	Kolacja
1400	14	3	2	4	2	3
1500	15	4	2	4	2	3
1600	16	4	2	4	2	4
1700	17	4	2	4	3	4
1800	18	4	2	5	3	4
1900	19	5	2	5	2	5
2000	20	5	2	5	3	5
2100	21	5	2	6	3	5
2200	22	6	2	6	3	5
2300	23	6	2	6	3	6
2400	24	6	3	6	3	6
2500	25	6	3	7	3	6
2600	26	7	3	7	3	6
2700	27	7	3	7	4	6
2800	28	7	3	7	4	7
2900	29	7	4	7	4	7
3000	30	7	4	7	5	7

Poznański Ośrodek Specjalistyczny
 Poradnia Diabetologiczna
 Poznań, ul. Serbska 6, tel. 232-581

Listy moralne do Lucyliusza

I 1 • 1-2

... Zechciej tylko zwrócić uwagę: oto największa część życia upływa nam na niewłaściwym działaniu, znaczna na bezczynności, a całe życie na czynieniu czego innego, niżby należało. Kogóż mi wskażesz, dla kogo czas przedstawiałby jakąś wartość, kto by cenil każdy dzień, kto by sobie zdawał sprawę, że codziennie umiera? Błąd nasz polega na tym, że śmierć dopiero przewidujemy; tymczasem ona w dużym stopniu już się dokonała. Każdą chwilę życia, która jest za nami zagarnia śmierć.

I 1 • 3

Wszystko, Lucyliuszu, nie nasze jest, tylko czas należy do nas. Natura dała nam w posiadanie tę jedyną przemijającą ulotną rzecz, której może nas pozbawić każdy, kto zechce. Ale taka jest głupota śmiertelnych, że pozwalają, aby im wystawiano rachunek, jeśli otrzymali jakieś rzeczy zupełnie blahe i bez znaczenia i z pewnością łatwo dające się zwrócić. Natomiast nikt, komu poświęciliśmy czas, nie uważa, że zaciągnął dług, chociaż tego jedynie nie może oddać nawet człowiek poczuwający się do wdzięczności.

*„Mistrz powiedział:
- Skoro nic nie wiecie o życiu,
jak możecie wiedzieć co o śmierci?”
(Lun Ju - Dialogi Konfucjusza)*

Skoro nie wiecie o życiu... - zresztą, nawet jeżeli wiemy to najczęściej sobie tej wiedzy nie uświadamiamy. Jesteśmy w stanie podzielić atom, rozrysować szlaki metaboliczne, wprowadzić do leczenia leki piątej generacji, lecz nie jesteśmy w stanie ani dać ani odebrać życia, tak, by był to akt wyłącznie naszej woli.

Zróbmy małe obliczenie - przeciętny Polak żyje 65 lat co daje 600.000 godzin. Połowa już minęła, z pozostałego czasu tak naprawdę efektywnie wykorzystamy 30 - 40%. Ile zostaje? - 150.000 godzin życia, które można przeżyć w pełni. A reszta? I z każdą kolejną godziną trzeba odjąć następną godzinę. Chyba nikt z nas na co dzień nie zdaje sobie sprawy z ograniczoności swojego życia. Jest to naturalne, instynkt życia jest silniejszy od wszystkich. Dopiero widzimy, że co się kończy, robimy rachunek.

Bardzo często zdarza się słuchać takich rachunków nam, lekarzom i pielęgniarkom oraz naszym sojusznikom - kapłanom. Często są to rachunki z całego życia często u pacjentów z chorobą nowotworową, dodatkowo obciążającą ich psychikę. I wtedy to do nas będzie należało pomóc w zrobieniu rachunku sumienia, do nas będzie należało sprowadzić księdza, czy może po raz pierwszy od wielu, dla chorego lat - mówić o wierze i Bogu. Dlaczego do nas, a nie np. rodziny czy kapłana - gdyż często chorzy ci nie chcą rozmawiać o sprawach naprawdę w życiu najważniejszych ze swoją rodziną. Mąż widząc duże zaangażowanie i troskliwość żony może nie chcieć jej powiedzieć np. o zdradach małżeńskich, choćby sprzed 20 lat. Kapłan też może nie być osobą mile widzianą, zwłaszcza u agnostyka. Lekarz jest osobą, której nieuleczalnie chory oddaje się z pełnym zaufaniem, wiedząc, że każdy jest zobowiązany do apostołstwa, także ludzie niewierzący, tym bardziej osoby spoza stanu duchownego. No tak, powie kto, ale jeżeli ja jestem niewierzący, to dlaczego mam mówić z kimś o Bogu? Ponieważ nawet moja własna niewiara nie może zwolnić mnie od obowiązku ułatwienia komuś wzrastania w wierze. I nawet jeżeli wydaje mi się, że chory także jest niewierzący, to jako osoba nie mająca prawa go oceniać, nie mogę czuć się zwolniony od obowiązku pomocy w rachunku sumienia.

Nikt z nas nie ma prawa powiedzieć, co jest, a co nie jest dobre dla drugiego człowieka. Nikt nie ma prawa określić zasad moralnych czy etycznych, wskazać „jedynie słusznej drogi” drugiemu człowiekowi. Nikt, ponieważ każdy z nas jest obdarzony godnością i wolnością świadomego wyboru. Jeżeli kto mówi, że wychowuje ponieważ sam jest wychowany, to znaczy, że nie zrozumiał, iż człowiek nigdy nie jest gotowy, że wzrastanie to proces ciągle trwający całe życie. Nam nie wolno oceniać czyjej wiary, jej potknięć i wzlotów. My możemy być dla innych „drogowskazem”, tak, by oni sami potrafili świadomie wybrać drogę swojego życia. I by umieli potem z niego się rozliczyć. W tym świetle jeżeli ja nie pomogę - z własnego zanedbania - drugiemu człowiekowi w rozliczeniu jego życia, popełniam grzech. Może z tego powodu nie odbędzie się najważniejsza rozmowa w rodzinie i życiu chorego, może „dzięki” temu nie wypowiada się on i umrze w grzechu. Nie wolno mi tego wiedzieć, nie wolno oceniać - do mnie należy pomoc.

Wydawałoby się, że są to rzeczy oczywiste, niemniej w „odhumanizowanej” medycynie rzadko spotykane. I tu nie wystarczy - jak sądzą niektórzy - prosta zmiana systemu studiów i wprowadzenie jednego czy dwóch przedmiotów o charakterze „humanistycznym”, które uwrażliwią młodych adeptów sztuki hipokratesowej na sprawy psyche. Gdybyż to zależało od jednej decyzji administracyjnej! Sprawa jest

znacznie poważniejsza - tu chodzi nie tyle o zmianę systemu studiów medycznych, co o działania na etapie wcześniejszym. To na medycynę muszą trafić ludzie już uwarżliwieni, w których studia cechy te tylko rozwiną. Tu chodzi o wychowanie.

Żeby sobie uzmysłowić problem należy pokrótce przedstawić podstawowe kierunki pedagogiczne, sposoby wychowawczego oddziaływania w grupach (np. w rodzinie, szpitalu, etc.). Te trzy rodzaje pedagogiki to pedagogika:

krytyczna: jej cechą jest kształtowanie postawy racjonalistycznej. Oznacza ona gotowość człowieka do kwestionowania wszystkiego: Absolutu, prawd zastanych, oznacza ciągle zwątpienie, sceptycyzm, brak zadowolenia, przeciwstawianie się religijnej indoktrynacji i politycznej manipulacji. Oznacza także tolerancję i gotowość do dialogu nad ideą. Naczelnym celem jest posługiwanie się rozumem, emancypacja rozumiana jako odrzucenie stanu zastanego i wysuwanie własnych koncepcji. Sama prawda to coś umownego, nie ma wyłączności prawdy, prawdę ustala się w procesie komunikacji - np. eutanazja jest grzechem gdy przyjąć przykazanie „Nie zabijaj”, ale wg tej pedagogiki jest to po prostu zapis prawa ustalonego w drodze, powiedzmy, referendum.

humanistyczna: jej cechy to otwarcie na świat, umiejętność myślenia i działania globalnego, służebność wobec świata i człowieka, oparcie o miłość, powrót do człowieczeństwa i natury. Ta pedagogika kreuje niezależność rozumianą tu jako relatywizm w sferze wartości - np. homoseksualista to „inaczej kochający”.

personalistyczna: celem wychowania jest tu rozwój do samowychowania, rozwój sfery duchowej, poznawczej, dążeniowej, intelektu i woli. Dojrzałe człowieczeństwo realizuje się poprzez dobro, przyjaźń, miłość, piękno, zdolność do ofiary i wyrzeczenia braterstwo i akceptację. Personalizm chrześcijański uwzględniający istnienie Boga mówi, że człowiek istnieje tylko przez Niego i na tyle ile istnieje w Bogu, który jest przyczyną sprawczą i sensem istnienia wszystkich innych bytów. Ten rodzaj pedagogiki różni się od humanistycznej zasadniczą cechą: *w humanizmie wystarcza, że dobra intencja dostatecznie tłumaczy obiektywną słuszność czynu, gdyż to sam człowiek jest prawodawcą.* W pedagogice personalistycznej - pozostawienie czynu w sferze pragnień (dobra intencja) nie wystarcza - nie ma mowy o dobrej intencji, gdyż taka rozbieżność rodzi pozorne uczucia miłości, troski, przyjaźni. Zatem nie podjęcie się pomocy choremu w rozliczeniu życia jest takim działaniem pozornym.

Oczywiście to nie jest tak, że kto wybierze sobie za obowiązujący go taki, a kto inny - drugi rodzaj pedagogiki. Istnieje bowiem rozróżnienie rzeczy słusznych a obiektywnie słusznych. To, co jest słuszne z naszego punktu widzenia, nie musi być słuszne u Boga. Zresztą tak samo jest u ludzi. Dla złodzieja normą jest kradzież, dla człowieka uczciwego - nie. Ten sam czyn, dwa osądy. Według której pedagogiki postępują ja, jako pielęgniarka - na to pytanie każda musi sobie odpowiedzieć sama.

Pielęgniarki boją się być powiernikami największych tajemnic pacjentów nie dlatego, że nie mają na to czasu (często znalazłby się on na dyżurze), lecz dlatego, że nie wiedzą o czym mają rozmawiać. Najczęściej ograniczamy się do uspokojenia, że było to dobrze przeżyte życie i by się uspokoił wewnętrznie. Tymczasem ten pacjent często nie chce takiego stwierdzenia - on czeka na poważną rozmowę. I jeżeli do nas nie przychodzi, to może znak, byśmy mu wyszli naprzeciw? Dobro człowieka nie może być jednak rozumiane jako zaspokojenie potrzeb z towarzyszącym mu zadowoleniem, gdyż inaczej należałoby zazdrościć np. narkomanowi umierającemu w błogim nastroju z powodu przedawkowania narkotyku. Dobrze przeżyte życie to coś więcej - to pewność, że życie nie przeszło na bieganinie za pozorami uczuć. Na ogół wszyscy spontanicznie pragniemy swojego dobra, dążymy do szczęścia, lecz to naturalne pragnienie nie stanowi wystarczającego uzasadnienia naszych działań, skoro tak mało jest ludzi szczęśliwych. Kto z umierających mówi, że przeżył życie szczęśliwie, dobrze?

Arystoteles rozróżniał trzy rodzaje dobra. Dobra pożyteczne to takie, które dają inne dobro. Idąc tropem dóbr pożytecznych można utworzyć łańcuch, na końcu którego winien być cel życia. Jeżeli go brak, to działanie człowieka nie ma sensu, jest doraźne. Przykładem takiego dobra jest zjedzenie pożywnego rosolu, który daje siłę potrzebną do życia (lecz - po co życie?). Dobra przyjemne to takie, które nie są jednocześnie pożyteczne, nie tworzą łańcucha celu - np. zjedzenie lodów jest taką przyjemnością. Zaspokajają doznania smakowe, lecz są to „puste kalorie” powodujące tuszę i uszczuplające portfel. Wreszcie dobra godziwe to te, które godzą się człowiekowi. Nie muszą być przyjemne ani pożyteczne. Dobro takie pozostawia po sobie uczucie zadowolenia, trwałą radość, wpływa na pozytywną ocenę siebie (spokój sumienia - równowaga psychiczna). Nie znaczy to oczywiście, że liczą się tylko dobra godziwe. Nie, rozważając z chorym jego życie, należy uświadomić mu, że należy zabiegać o dobra pożyteczne, zdobyć umiejętność dokonywania wyboru rzeczy przyjemnych, a skupić się na dobrach godziwych. Są one instynktownie wyczuwane i poszukiwane przez wszystkich ludzi niezależnie od ich światopoglądu. Najbardziej „człowieczym” pytaniem nie jest bowiem „jak żyć?” lecz „dlaczego żyć?”. Brak odpowiedzi na to pytanie u wielu ludzi doprowadził do wątpliwości w sferze moralności: eutanazji czy aborcji. To dążenie do wartości ponadczasowych, znacznie ważniejszych od doczesnych dolegliwości bardzo lapidarnie i głęboko wyraził jeden z pacjentów mówiąc: „Panie doktorze, życie... Przecież życie to tylko otwarcie i zamknięcie drzwi”. A wśród chińskich mądrości już 3000 lat temu zapisano: „Trzyletni chłopiec kupuje trumnę, bo wie co go prędzej czy później czeka”.

Abyśmy jednak byli w stanie pomóc temu choremu, by on do nas przyszedł na tę najważniejszą w życiu rozmowę (jeżeli nam oczywiście zależy, by mu pomóc) musimy być dla niego autorytetem. Sama pełniona funkcja, wiek, czy stanowisko samodzielnej referentki d/s ... nie zatławiają niczego. Tu potrzeba autorytetu. Czegoś, co wynika z naszej postawy i jest autentyczne. Ale to już całkiem inna historia.

Robert Wiraszka
onkolog

TO WARTO WIEDZIEĆ - CIEKAWOSTKI

Kompetencje zawodowe - wyjaśnienia i informacje

... Pojęcie „kompetencje zawodowe” jest rozumiane w literaturze i w praktyce jako zakres pełnomocnictw i uprawnień, inaczej **uprawnienie i obowiązek** do realizowania określonego przepisami działania. Kompetencje są ściśle powiązane z zakresem wiedzy i umiejętności oraz odpowiedzialności.

Zatem zakres kompetencji zawodowych pielęgniarki lub położnej, to uprawnienie do wykonywania działań, do których posiada odpowiedni **zasób wiedzy i umiejętności** nabytych w trakcie kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz praktyki zawodowej. Ponieważ istnieje tu wymóg określenia kompetencji przepisami, rolę przepisów w tym przypadku spełniają zatwierdzone przez MZiOS oraz MEN programy nauczania dla szkół pielęgniarek i położnych na poziomie średnim i wyższym, jak również programy kursów kwalifikacyjnych, specjalizacji itp. Programy te zawierają m.in. zakres wiedzy i umiejętności, które absolwent powinien osiągnąć w wyniku kształcenia. Osiągnięcie tych wyników, przynajmniej na dostatecznym poziomie, potwierdzone jest dokumentem (dyplom lub świadectwo). Poza tym kompetencje pielęgniarek i położnych określają również inne przepisy o wykonywaniu zawodu, m.in. ustawy: o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, kodeks etyki zawodowej oraz przepisy wykonawcze.

Kompetencje pielęgniarek zatrudnionych na poszczególnych stanowiskach pracy określają przepisy dotyczące zakresu zadań, obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności obowiązujące pracownika zatrudnionego na danym stanowisku. Są to m.in.:

- Instrukcja MZiOS z dnia 28.10.1985 r. w sprawie pielęgniarki środowiskowej,
- Instrukcja MZiOS z dnia 9.06.1961 r. w sprawie regulaminów szpitalnych,
- Instrukcja MZiOS z dnia 7.09.1981 r. w sprawie wykonywania niektórych czynności zawodowych przez pielęgniarki i położne (dot. wstrzyknięć dożylnych i infuzji).

Są też instrukcje określające wykonywanie zadań na innych stanowiskach w służbie zdrowia, m.in.:

- Instrukcja MZiOS z dnia 11.06.1979 r. w sprawie zadań i kwalifikacji na niektórych stanowiskach średniego personelu medycznego (Dz.Urz. MZiOS Nr 4) - dotyczy asystentki pielęgniarskiej, pomocy dentystycznej, opiekunki dziecięcej, dietetyczki i in.,
- Zarządzenie MZiOS w sprawie trybu przyznawania tytułu kwalifikowanego robotnika w zawodzie sanitariusza szpitalnego (Dz.Urz. MZiOS Nr 16 z 1977 r., Nr 77 z 1978 r., Nr 2 z 1979 r.).

Ponadto kompetencje pielęgniarek i położnych, podobnie jak innych pracowników określają regulaminy zakładowe ogólne i szczegółowe (dot. stanowisk pracy). Powinny one być opracowane zgodnie z przepisami prawnymi obowiązującymi w danym zawodzie. Powinny także uwzględniać cele i zadania zakładu, jego strukturę i specyficzne warunki, a także wymagania dotyczące kwalifikacji zatrudnionych pracowników. Regulaminy stanowisk pracy są podstawą do określenia zakresu zadań, obowiązków i uprawnień dla poszczególnych pracowników. Powinny one być **zróżnicowane** w zależności od indywidualnego rozwoju zawodowego pracownika, jego rzeczywistej wiedzy, umiejętności, biegłości w wykonywaniu zadań, doświadczenia zawodowego.

Przełożony ma prawo, uznając rzeczywiste kwalifikacje swoich pracowników, określać im zakres uprawnień do samodzielnego działania, powierzając bardziej specjalistyczne czy odpowiedzialne zadania, wykraczające poza rutynowy zakres obowiązków. Powinien to jednak **sformalizować**, tzn. potwierdzić odpowiednim dokumentem - zaświadczeniem, instrukcją, upoważnieniem itp.

Zatem pielęgniarka lub położna **przekracza** swoje kompetencje podejmując się wykonania działań, do których **nie uprawniają jej** stwierdzone dokumentami wykształcenie zawodowe, wyniki doskonalenia czy formalne zapisy w regulaminach, instrukcjach czy opisach procedur obowiązujących na zajmowanym przez nią stanowisku pracy.

(...) Pielęgniarka ma nie tylko **prawo** ale i **obowiązek** informowania swoich przełożonych o niemożliwości wykonania powierzonych jej obowiązków. Jeśli tego nie zrobi, ponosi **odpowiedzialność za skutki** niewykonania lub niewłaściwego wykonania zadań. Zgłasza je ustnie a w poważniejszych przypadkach pisemnie swojemu bezpośredniemu przełożonemu np. pielęgniarcie oddziałowej, a gdy ta nie podejmuje działania, może złożyć zastrzeżenie do przełożonych wyższych szczebli. W każdym przypadku zastrzeżenie musi zawierać uzasadnienie.

Sytuacja, w której obsada pielęgniarska jest zbyt mała, może być przedmiotem niewykonania zadania, wręcz może zagrażać bezpieczeństwu pacjentów i samych pielęgniarek - **należy** bezwzględnie taką sytuację **sygnalizować kierownictwu zakładu**, a także informować **opinię publiczną**. Także samorząd pielęgniarek i położnych powinien interweniować w takich sytuacjach w celu obrony swoich członków przed odpowiedzialnością za skutki spowodowane brakiem odpowiednich warunków wykonywania pracy.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
dr n. med. Anna Piątek

Przedruk z Biuletynu OIPiP regionu łódzkiego i piotrkowskiego Nr 7 - 9/94, Łódź, 1 września 1994 r.

System klasyfikacji pacjentów według zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską

Nowoczesne pielęgniarstwo rozwija się jako dyscyplina o własnym zakresie wiedzy, który odróżnia je od innych dyscyplin medycznych.

Opieka pielęgniarska powinna być postrzegana przez całe społeczeństwo, w tym szczególnie przez środowisko medyczne, jako istotny, wartościowy i profesjonalny składnik kompleksowej opieki zdrowotnej. Pielęgniarki i położne jako członkowie zespołów terapeutycznych powinny na zasadach partnerstwa współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych, aby zapewnić zgodną z oczekiwaniami i potrzebami pacjentów liczbę usług pielęgniarskich niezbędnych do osiągnięcia przez społeczeństwo możliwie najwyższego poziomu zdrowotności w ramach środków przeznaczonych na kompleksową opiekę zdrowotną. W procesie pielęgnowania ważna jest analiza zebranych informacji o pacjencie, jego rodzinie i otoczeniu oraz określenie zadań pielęgniarskich niezbędnych do zapewnienia pełnej opieki pielęgniarskiej w całokształcie działań profilaktyczno-leczniczych.

Klasyfikacja pacjentów zgodnie z określeniem wymagań co do pielęgnacji w określonym okresie czasu, jest instrumentem grupowania chorych w zależności od ilości

czasu niezbędnego do realizacji pełnej, indywidualnej pielęgnacji pacjenta zgodnej z przyjętymi standardami opieki.

Pielęgniarka lub położna po dokładnej rzeczowej analizie problemów zdrowotnych pacjenta dobiera środki do realizacji zadań wynikających z procesu pielęgnowania, których celem jest całościowe potraktowanie pacjenta oraz asystowanie w realizacji podstawowej ludzkiej potrzeby jaką jest samopielęgnowanie.

Kategoryzacja chorych wg wyznaczników

Wyznaczniki opieki	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III	Kategoria IV
	opieka minimalna	opieka umiarkowana	opieka wzmożona	opieka intensywne
1. Poruszanie się	pacjent chodzący	pacjent większość czasu spędza w łóżku	pacjent leżący, nie opuszcza łóżka, może sam zmieniać pozycję	pacjent leżący, wymaga zmiany pozycji co 2 godziny
2. Czynności higieniczne	wykonuje samodzielnie	wykonuje samodzielnie, lecz wymaga niewielkiej pomocy	wymaga dostarczenia przyborów koniecznych do wykonania toalety	wymaga kompletnego mycia i pielęgnacji skóry
3. Odżywianie	nie wymaga specjalnej diety ani pomocy w spożywaniu posiłków	wymaga specjalnej diety ale nie wymaga pomocy w spożywaniu posiłków	wymaga karmienia lub pomocy drugiej osoby przy spożywaniu posiłków (przytrzymywanie tacy, pokrojenie żywności, umycie sztućców)	odżywiany przez zgłębnik lub parenteralnie
4. Wydalanie	potrzebę wydalania zaspokaja sam	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do WC	wymaga podania kaczki lub basenu	ma założony cewnik lub zanieczyszcza się
5. Pomiar objawów życiowych	podstawowe parametry (tętno, temperatura) mierzone 2 x na dobę	parametry (tętno, temperatura) mierzone 2 x na dobę i ma mierzone ciśnienie krwi lub inne parametry	parametry - temperatura, tętno, ciśnienie krwi mierzone częściej niż 2 x na dobę	ma prowadzoną kartę obserwacji, monitorowany
6. Leczenie	otrzymuje leki doustne	otrzymuje leki doustne, domięśniowe	otrzymuje leki doustne, domięśniowe i dożyłne	otrzymuje leki parenteralnie, ma podłączoną kroplówkę
7. Orientacja w sprawach zdrowia i opieka psychospołeczna	ma dobrą orientację w sprawach zdrowia, nie wymaga oddziaływania psychicznego	ma słabą orientację w sprawach zdrowia, wymaga opieki psychospołecznej ze strony personelu	nie ma orientacji w sprawach zdrowia, wymaga wsparcia personelu i rodziny	—

Metoda klasyfikacji pacjentów według zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską przyjęta na wzór metod używanych w krajach skandynawskich i zachodnich, szczególnie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, jest rzeczywistym wykładnikiem czasu potrzebnego na bezpośrednią i pośrednią pielęgnację konieczną do realizacji pełnego procesu pielęgnowania, w którym pacjent jest podmiotem działań medycznych. Klasyfikacja pacjentów w 4 kategoriach określa zakres opieki pielęgniarskiej według siedmiu wyznaczników:

- poruszanie się,
- czynności higieniczne,
- odżywianie,

- wydalanie,
- pomiary objawów życiowych,
- leczenie,
- orientacja w sprawach zdrowia wraz z opieką psychospołeczną.

Kategoria I. Pacjent wymaga minimalnej opieki pielęgniarskiej - samoopieka.

Pacjent chodzi samodzielnie, czynności higieniczne wykonuje sam, nie wymaga specjalnej diety ani pomocy przy jedzeniu. Podstawowe pomiary objawów życiowych mierzone są 2 razy na dobę. Leki podawane są drogą doustną. Chory ma dobre samopoczucie i dobrą orientację w sprawach zdrowia.

Kategoria II. Pacjent wymaga umiarkowanej pielęgnacji.

Pacjent większość czasu spędza w łóżku, wymaga niewielkiej pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych. Posiłki spożywa sam, ale z pomocą drugiej osoby. Ma zleconą specjalną dietę. Prócz temperatury i tętna ma mierzone ciśnienie krwi. Wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety. Otrzymuje leki doustne oraz w iniekcjach podskórnych lub/i domięśniowych. Wymaga udziału pielęgniarki przy innych formach leczenia. Wymaga informacji prozdrowotnych, gdyż ma słabą orientację w sprawach zdrowia. Niepomyślnie reaguje na chorobę, wymaga oddziaływania psychicznego.

Kategoria III. Pacjent wymaga wzmoczonej opieki pielęgniarskiej.

Pacjent leżący nie opuszcza łóżka, obraca się na boki i wykonuje ruchy kończynami. Wymaga mycia lub dostarczenia przyborów do toalety. Wymaga karmienia. Do zaspokojenia potrzeb wydalania niezbędne jest dostarczenie kaczki lub basenu. Pomiary objawów życiowych prowadzi się 4 razy na dobę. Leki otrzymuje drogą doustną, domięśniową i dożylną. Stosowane leczenie jest bardzo złożone, wymaga udziału pielęgniarki. Chory nie ma orientacji w sprawach zdrowia, samopoczucie ma złe, wykazuje wzmoczony lęk i niepokój.

Kategoria IV. Pacjent wymaga intensywnej opieki pielęgniarskiej.

Pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do porozumiewania się. Wymaga obracania co 1 - 2 godziny, gdyż jest unieruchomiony. Wymaga kompletnego mycia i pielęgnacji skóry. Wymiotuje lub zanieczyszcza się. Pomiary życiowe są monitorowane. Leczenie bardzo złożone, wymaga wysokich umiejętności. Płyny infuzyjne podawane są w stałym wlewie, inne leki podawane są drogą domięśniową lub/i dożylną. Chory odżywiany jest przez zgłębnik. Ma założony cewnik do pęcherza moczowego. Pacjent i/albo rodzina silnie reaguje emocjonalnie, wymaga opieki oraz wsparcia psychicznego.

Metoda klasyfikacji chorych według zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską mimo swych zalet posiada również wadę, którą jest to, że pacjent zaliczany jest do jednej z czterech kategorii, mimo że w pewnych obszarach może być zupełnie samodzielny, w innych zaś uzależniony lub całkowicie zależny; np.: może samodzielnie spożywać posiłki (kategoria I), ale może otrzymywać leki domięśniowe (kategoria II) oraz ma założony cewnik Foley'a (kategoria IV). W takich przypadkach, po wypełnieniu **Indywidualnej karty klasyfikacyjnej**, pacjenta zalicza się do tej kategorii, która uzyskała najwięcej wyznaczników. W przypadku, gdy dwie kategorie uzyskały równą liczbę wyznaczników, pacjent zaliczany jest do wyższej kategorii.

Nowoczesna opieka pielęgniarska umie właściwie i obiektywnie postawić diagnozę pielęgniarską, zaplanować i zrealizować wszelkie możliwe zadania pielęgnacyjne wobec chorego oraz ocenić ich skuteczność. Te elementy procesu pielęgnowania przyczyniają się niewątpliwie do podniesienia jakości opieki pielęgniarskiej oraz do stworzenia nowego, humanitarnego i ekspresyjnego systemu opieki pielęgniarskiej

w ramach narodowego systemu opieki zdrowotnej. Metoda klasyfikacji pacjentów do czterech grup według zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską jest rzeczywistym wykładnikiem czasu potrzebnego na realizację ciągłego i pełnego procesu pielęgnowania, a zarazem miernikiem niezbędnym do określenia rzeczywistych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Obecna sytuacja personelu pielęgniarskiego, charakteryzująca się niedoborem lub nie zawsze właściwym rozmieszczeniem kadr pielęgniarskich w poszczególnych jednostkach lecznictwa stacjonarnego, stanowi przeszkodę dla efektywnego rozwoju pielęgniarstwa.

Wielkość czasu pracy pielęgniarek i położnych w ciągu doby przypadająca na pacjenta zakwalifikowanego do danej kategorii oraz struktura i przeciętna liczba pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych oddziałach szpitalnych w określonym przedziale czasu (3 miesiące - 1 rok), są najbardziej użytecznymi wskaźnikami do ustalenia nowych norm zatrudnienia w przeciwieństwie do stosowanych dotychczas norm, wyliczanych na podstawie etatowych łóżek szpitalnych.

Klasyfikacja pacjentów do określonej kategorii opieki

Data klasyfikacji	Liczba etatów w godz.:								
Obłożenie	7.00 - 15.00								
	7.00 - 19.00								
	14.00 - 22.00								
	19.00 - 7.00								
Nazwisko i imię: <i>Kowalski Jan</i>				Wiek: 55					
Rozpoznanie: <i>cukrzyca, zapalenie oskrzeli</i>									
WYZNACZNIKI OPIEKI	KATEGORIE OPIEKI								
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1. Poruszanie się	X								
2. Czynności higieniczne	X								
3. Odżywianie		X							
4. Wydalanie		X							
5. Pomiar objawów życiowych		X							
6. Leczenie			X						
7. Orientacja w sprawach zdrowia i opieki psychospołecznej	X								
RAZEM	3	3	1						

Beata Goszczyńska

Proces pielęgowania

Tradycyjne pielęgniarstwo opiera się na trzech modelach, są to:

- model pielęgowania podporządkowany decyzji lekarza,
- model podporządkowany specjalizacji czynnościowej pielęgniarki,
- model pielęgowania łączący w sobie dwa wyżej wymienione kryteria: podporządkowanie decyzji lekarza i specjalizacji czynnościowej pielęgniarki.

Najczęściej spotyka się typ trzeci tj. model pielęgowania łączący w sobie podporządkowanie decyzji lekarza i specjalizacji czynnościowej pielęgniarki. Oznacza to, że w szpitalu czy przychodni spotykamy się z pracą pielęgniarki, która jest podyktowana zleceniami lekarskimi i ma bezpośredni związek ze specjalizacją czynnościową pielęgniarki. Stąd pielęgniarka realizuje zadania wynikające z ustalonego przez lekarza programu leczenia i wykonuje u wszystkich pacjentów najczęściej tylko jeden rodzaj zleceń, zgodnie ze specjalizacją czynnościową (pielęgniarka zabiegowa - została jej przypisana czynność opatrunkowa). Takie pielęgowanie jest wygodne, bo nie stawia pielęgniarcze zbyt dużych wymagań, jednak przy takim stylu pracy horyzonty zawodu i pole samodzielności w profesji ulegają znacznemu zmniejszeniu.

Propozycją nowoczesnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem i jego środowiskiem jest PROCES PIELEGNOWANIA. Proces pielęgowania wg definicji WHO jest to: „termin odnoszący się do systemu interwencji charakterystycznych dla pielęgniarstwa, a znaczących dla zdrowia jednostki, rodziny i/albo innych grup. Proces pielęgowania wymaga stosowania metod naukowych dla zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych jednostki, rodziny lub innych społeczności oraz do znajdowania sposobów możliwie najlepszego zaspokojenia tych potrzeb przez pielęgowanie. Proces pielęgowania obejmuje planowanie postępowania oraz ocenę osiągalnych efektów.”

W procesie pielęgowania pielęgniarka dzięki wyposażeniu w szeroką wiedzę, operując się na doświadczeniu zawodowym w sposób zamierzony:

1. gromadzi systematyczne dane o człowieku jako jednostce bio-psycho-społecznej, istotne dla ustalenia diagnozy pielęgniarskiej i określenia celu lub celów opieki;
2. analizuje zgromadzone dane pod kątem ich przydatności dla celów opieki pielęgniarskiej;
3. określa stan pacjenta i środowiska, czyli mówiąc inaczej formuluje diagnozę pielęgniarską (rozpoznanie pielęgniarskie).

Zgodnie z dokonanym rozpoznaniem:

- planuje to, co powinno być podjęte na rzecz pacjenta i środowiska,
- realizuje plan opieki zgodnie z wcześniej określonym planem,
- ocenia wyniki uzyskane w pracy z pacjentem i wyciąga wnioski na przyszłość w odniesieniu do podopiecznego, siebie, praktyki oraz nauki o pielęgowaniu.

Zasadnicze różnice pomiędzy tradycyjnym pielęgowaniem a procesem pielęgowania

pielęgowanie tradycyjne	proces pielęgowania
1. Opieka pielęgniarska najczęściej oparta jest na diagnozie lekarskiej	1. Zakres i charakter opieki pielęgniarskiej wyznaczony jest przez rozpoznanie stanu i określenie problemów opiekuńczych człowieka i środowiska
2. Pielęgniarka w pracy z pacjentem podporządkowana jest zleceniom lekarskim	2. Pielęgniarka pracuje jako samodzielny specjalista w zakresie pielęgowania we współpracy z pacjentem, rodziną,

pielęgnowanie tradycyjne	proces pielęgnowania
	osobami bliskimi mu oraz członkami zespołu terapeutycznego
3. Główną troską pielęgniarki jest szybkie, bezbłędne wykonanie zleceń lekarskich	3. Główną troską pielęgniarki jest opieka nad człowiekiem jako całością, jednością bio-psycho-społeczną (nie wyklucza to jednak jej współdziałania w procesie leczenia)
4. Działania pielęgniarki koncentrują się na zleceniu lekarskim będącym do wykonania u pacjenta	4. Działanie pielęgniarki jest planowym krokiem w procesie pielęgnowania przybliżającym do zmian rozpoznanego stanu (a w niektórych przypadkach utrzymania lub potęgowania)
5. Opieka pielęgniarska zorientowana jest na chorobę pacjenta i likwidowanie jej	5. Opieka pielęgniarska zorientowana jest na człowieka rozumianego jako całość, jedność bio-psycho-społeczna
6. Opieka pielęgniarska ma charakter rutynowy lub intuicyjny	6. Opieka pielęgniarska oparta jest na planie wynikającym z rozpoznania stanu pacjenta i jego środowiska dokonany przez pielęgniarkę
7. Opieka pielęgniarska jest realizowana zazwyczaj bez udziału samego pacjenta, rodziny i/lub osób mu bliskich	7. Opieka pielęgniarska jest realizowana przy aktywnym udziale pacjenta, rodziny i/lub osób mu bliskich; pacjent i rodzina są zachęceni do świadczenia samoopieki i opieki nieprofesjonalnej

Opracowała
Dorota Bieniek

**Stanowisko położnych
dotyczące projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki
i ustawy o zawodzie położnej
wypracowane w dniu 19.07.1994 r. na spotkaniu przedstawicieli
wszystkich okręgowych rad pielęgniarek i położnych w Polsce**

Środowisko położnych zaskoczona decyzją Posłów o wszczęciu prac nad jednym wspólnym dokumentem, jakim miałyby być ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej wyraża swoje zaniepokojenie o dalsze losy zawodu położnej w Polsce.

Tradycje tego zawodu kultywowane przez całe stulecia są nie tylko chlubą położnych, ale i inspiracją do samodzielnej a zarazem twórczej pracy na rzecz społeczeństwa. Doceniono to już w roku 1775. Sejm Rzeczypospolitej uchwalił wtedy odrębne kształcenie położnych (na bazie szpitali wojewódzkich). Było to usankcjonowaniem

nowego zawodu medycznego. Uszanował to Sejm II Rzeczypospolitej, ustanawiając odrębne przepisy regulujące wykonywanie zawodu pielęgniarki i odrębne dla zawodu położnej. Istniejąca 66 lat instrukcja o zawodzie położnej jest dokumentem wymagającym aktualizacji a nie likwidacji zawartych w niej zapisów. Dla uzasadnienia potrzeby uchwalenia odrębnych regulacji (ustaw) pragniemy przytoczyć tylko kilka argumentów przemawiających za taką decyzją:

1. Istnienie zawodu położnej (akuszerki) datuje się od zarania ludzkości (najpierw trzeba było odebrać poród, by potem móc pielęgnować).
2. Położna wykonuje zadania wymagające wysokiego stopnia przygotowania profesjonalnego - odrębnego od zawodu pielęgniarskiego. Wyraża się to przez oddzielne kształcenie w tych zawodach. Do zadań położnych należy w szczególności:
 - przyjęcie dziecka na świat w akcie rodzenia,
 - pierwszy kontakt dziecka z matką,
 - promocja karmienia piersią,
 - edukacja młodzieży w zakresie odpowiedzialnego macierzyństwa i ojcostwa,
 - szeroko rozumiana profilaktyka chorób nowotworowych u kobiet itd.
3. Łączenie zadań położnych z pielęgniarstwem ogólnym jest nieporozumieniem. Nie pozwala na to specyfika zawodu położnej.
4. Połączenie obydwu ustaw w jeden akt prawny byłoby odebraniem nam upoważnień danych temu zawodowi przez Instrukcję z 16.03.1928 r. (Dz.U. RP Nr 34, poz. 316) a gwarantującym położnym:
 - samodzielne wykonywanie zawodu,
 - odrębność prawną,
 - samostanowienie o istotnych sprawach zawodu.
5. Utrzymanie odrębności zawodowej położnych ma też swoje uzasadnienie ekonomiczne.
6. Posiadanie uprawnień, których w świetle prawa nie posiada dotychczas pielęgniarka.

W związku z powyższym środowisko położnych polskich występuje do Pań Posłank i Panów Posłów z Podkomisji Sejmowej Komisji Zdrowia tym razem o rozpatrzenie - korzystne dla nas - tj. oddalenie wniosku z dnia 22.06.1994 r. o pracy nad jednym wspólnym dla obu zawodów projektem o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

W imieniu i z upoważnieniem położnych przedstawicieli
wszystkich rad okręgowych zebranych 19.07.1994 r.
w siedzibie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Nowak
- położna -

Przedruk z Biuletynu OIPiP w Lesznie Nr 3/94

Zmiana zasad przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz dostarczania odzieży roboczej

Problematyka przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz dostarczania odzieży roboczej uregulowana była dotychczas w uchwale nr 44 Rady Ministrów z dnia 27 maja 1990 r. (M.P. nr 14, poz. 109). W okresie ponad rocznego

stosowania tej uchwały zaszła potrzeba skorygowania tego przepisu w kierunku pełniejszego dostosowania do zasady samodzielności jednostek gospodarczych. Zmiany te wprowadzono uchwałą nr 121 Rady Ministrów z dnia 23 września 1991 r. (M.P. nr 28, poz. 201). I tak:

- umożliwiono obecnie zakładowi pracy podejmowanie decyzji o asortymencie nabywanej dla pracowników odzieży roboczej (poprzez wykreślenie przepisu § 4 dotychczasowej uchwały, ograniczającego możliwość zakupu niektórych asortymentów odzieży ochronnej i roboczej);
- dostosowano przepisy uchwały do art. 227 ust. 1 kodeksu pracy, który ustala obowiązek zakładu pracy dostarczania pracownikom odzieży i obuwia roboczego (przez skreślenie przepisu ust. 4 w § 5, który umożliwiał dotychczas pracownikowi nabywanie odzieży i obuwia roboczego we własnym zakresie, za rekompensatę pieniężną wypłacaną przez zakład pracy);
- pozostawiono do decyzji zakładu pracy możliwość wydawania pracownikom wykonującym krótkotrwałe prace albo czynności inspekcyjne - zarówno używanych, jak i nowych środków ochrony indywidualnej oraz odzieży roboczej (§ 6 ust. 1);
- rozszerzono możliwość używania przez pracowników, na stanowiskach pracy ustalonych przez zakład, własnej odzieży i obuwia roboczego spełniającego wymagania bhp, jednak z wyłączeniem tej możliwości w odniesieniu do prac powodujących intensywnie brudzenie odzieży oraz skażenie odzieży i obuwia środkami chemicznymi, promieniotwórczymi oraz materiałami biologicznie zakaźnymi, a także prac związanych z obsługą maszyn i innych urządzeń technicznych (§ 7);
- przekazano w gestię zakładu pracy uprawnienie do ustalenia szczegółowych zasad gospodarowania środkami ochrony indywidualnej oraz odzieżą i obuwiem roboczym (przez zmianę brzmienia § 12 oraz skreślenie § 13, ust. 4, § 15 i § 16).

Należy podkreślić, że zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, tabele norm przydziału środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego ustala zakład pracy w porozumieniu z zakładowymi organizacjami związkowymi i innymi przedstawicielami pracowników (§ 9 ust. 1), podobnie jak szczegółowe zasady gospodarowania tymi środkami, odzieżą, obuwiem (§ 12). Tę samą zasadę przyjęto przy ustalaniu stanowisk, na których może być używana przez pracowników, za ich zgodą, własna odzież i obuwie robocze (§ 7 ust. 1). Oznacza to, że w zakładach pracy, w których nie działają zakładowe organizacje związkowe, decyzje w powyższych sprawach muszą być podejmowane w porozumieniu z innymi przedstawicielami pracowników, np. z radą pracowniczą, a w zakładach, w których nie istnieją rady pracownicze - z innymi pracownikami wyznaczonymi przez załogę.

Uchwałą nr 121 Rady Ministrów wprowadzono także zmiany w załączniku nr 2. Rozszerzając tabelę norm przydziału środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego dla pracowników obsługi urzędów naczelnych, centralnych i terenowych organów administracji państwowej - określono zakres wyposażenia pracownika, który jest zatrudniony jako woźny (poz. 28 tabeli) lub intendent (poz. 31).

Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej
Ewa Siedlecka

Jak pomóc pacjentowi rzucić palenie

Minimalna interwencja personelu medycznego (cztery P)

1. PYTAJ każdego pacjenta czy pali

- pogratuluj tym, którzy przestali;
- zanotuj w dokumentacji fakt palenia lub niepalenia.

2. PORADŹ każdemu, aby przestał palić

- w obecności pacjenta opisz korzyści z rzucenia nalogu;
- daj prostą poradę niepalenia, np.: „Bardzo mnie to niepokoi, że Pan(i) pali. Uważam że powinien(na) Pan(i) przestać palić.”;
- powtarzaj tę poradę, kiedy pacjent usprawiedliwia się, że nie może przestać; nigdy nie dyskutuj, ani nie przyjmuj tych argumentów.

3. POMÓŻ palącemu rzucić palenie

- poproś pacjenta o ustalenie daty rzucenia palenia w przeciągu 1 do 4 tygodni;
- poproś pacjenta, który nie chce rzucić palenia o przemyślenie motywów do rzucenia palenia w czasie następnego tygodnia;
- poproś pacjenta, aby sam zapisał swoją datę rzucenia;
- wspomnij, że powinien:
 - a) robić coś innego zamiast palenia,
 - b) unikać kuszących sytuacji,
 - c) trzymać się swojej decyzji o zerwaniu z nalogiem;
- powiedz pacjentowi, że może odczuwać objawy odstawienia nikotyny przez 2 - 4 tygodni po rzuceniu palenia;
- poinformuj o lokalnych poradniach antynikotynowych;
- powiedz, że jesteś bardzo zainteresowany wynikami.

4. PRZYGOTUJ wizyty kontrolne (pokaż palaczowi, że ci zależy)

- zapytaj pacjenta czy pali przy następnej wizycie;
- współpracuj z personelem innych placówek, aby pozostać w kontakcie z pacjentem i wzmacniać jego decyzję o niepaleniu.

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Rzeszowie Nr III(XI), maj 1994 r.

Czy mężczyźni mają swoje małe problemy?

Andropauza jest to powolny proces wygasania plewnikotwórczej czynności jądra z towarzyszącymi zmianami ogólnoustrojowymi.

Nie ma określonej granicy występowania tego fizjologicznego procesu, ale pierwsze jego oznaki zaczynają się już około 30 roku życia tzw. somatopauzą. Somatopauza nie jest dostrzegana przez mężczyznę, a jedynie badania hormonalne mogą wykazać obniżanie się poziomu hormonu wzrostu czy siarczanu dehydroepiandrostenionu (marker starzenia się). Z procesem andropauzy wiążą się również zaburzenia metaboliczne, takie jak zmniejszenie masy mięśniowej na korzyść masy tłuszczowej - w tym okresie zaczynają się trudności z utrzymaniem młodej, szczupłej sylwetki. Wykładnikami andropauzy są: szybki rozwój miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, zmiany w gruczołach krokowym, zaburzenia seksualne, jak i problemy z gospodarką tłuszczową i węglowodanową. Nie każdy mężczyzna zdaje sobie sprawę, iż wzrost poziomu cholesterolu o 1% zwiększa każdorazowo ryzyko zawału serca o 2%. Także obfite kolacje popijane alkoholem, zakąszane lodami i papierosami przyspieszają proces starzenia. Bardzo rzadko zdarza się, iż mężczyzna pozwala sobie uswiadomić przemijający czas i konieczność konsultacji lekarskiej. Około 60% zgłaszających się do seksuologów

czy urologów mężczyźni podaje za główne dolegliwości zaburzenia w sferze seksualnej, spadek popędu płciowego, impotencję, słabe wytryski. Jest to fizjologicznie uzasadnione naturalnym obniżaniem się testosteronu (męskiego hormonu) odpowiedzialnego za zmiany fizyczne i psychiczne. Początkowo spadek popędu płciowego przejawia się brakiem erekcji porannych (szczyt testosteronu godz. 5.15). Mężczyźni odczuwają to jako życiową porażkę i często dla potwierdzenia swojej męskości pokazują się w miejscach publicznych z młodszą koleżanką, czy sekretarką patrząc na otoczenie z pozycji ja-samiec. Czasem nie tylko na spotkaniach się kończy, ale i tak zawsze przychodzi czas powrotu do domu, do swojej jesiennej żony i myśli o przemijającym czasie. Bardzo rzadko mężczyźni potrafią znajdować uroki tej pory swojego życia. Nie potrafią znaleźć miejsca dla siebie, jak również bardzo trudno jest im zrozumieć, iż jesień własnego życia może być piękna u boku jesiennej żony i wiosennego majowego otoczenia. Objawy psychiczne charakteryzują się głównie labilnością emocjonalną, obniżeniem sprawności intelektualnej, brakiem decyzyjności, gorszą pamięcią, jak również obniżeniem zdolności koncentracji. Placzący mężczyźni oglądający zabójczy romans, zachwycający się romantyczną miłością, wpadający w zadumę i melancholię, patrzący często w swoje lustrzane odbicie, budzi jedną refleksję - to tylko hormony, czyli andropauza. Do bardzo przykrych objawów tego okresu należy również otyłość typu kobiecego (piersi, pośladki), zlewne poty, przerzedzenie włosów, zmniejszenie zarostu, jak i osteoporoza, czyli po prostu za mało kości w kości. Jeżeli mężczyźni stwierdza u siebie wzrost częstości urazów fizycznych, zmniejszenie sprawności intelektualnej, zmianę sylwetki swojego ciała, kłopoty z przerostem gruczołu krokowego i objawem impotencji - wpadnięcie w depresję i zamknięcie się w czterech ścianach jest możliwe. Jakże łatwo wytknąć jest kobiecie w jesieni jej życia objawy wypadowe, związane z okresem klimakterium, takie jak: zaburzenia miesiączkowania, uderzenia ciepła do głowy, nadmierną pobudliwość, labilność emocjonalną, tak trudno przypisać podobne objawy sobie samemu. Antystrusem na ten czas jest jedynie pewna świadomość przemijającego czasu, odpowiednia dieta, ruch i okresowe wizyty u swojego lekarza.

Mając na uwadze postępujące starzenie się męskiej populacji, przewiduje się (wg danych amerykańskich), iż w ciągu najbliższych 20 lat częstość łagodnych schorzeń gruczołu krokowego przyjmie rozmiary epidemii. Według tych samych danych uważa się, że prawie każdego mężczyźnego, który będzie żył wystarczająco długo czeka łagodny przerost lub brak gruczołu krokowego. Jeżeli przyjmiemy, że obecnie żyją w Stanach Zjednoczonych Ameryki ponad 22 miliony mężczyzn powyżej 50 roku życia, a w Polsce 4 miliony i do 2000 roku liczba ta ma szansę podwoić się, nie jest przesadą nazwanie tej choroby „chorobą lat czterdziestych”. Dane z ostatnich lat wykazują, że łagodny przerost gruczołu krokowego dotyczy 50% mężczyzn w wieku 60 lat i 88% osiemdziesięciolatków.

Pierwsze objawy przerostu pojawiają się już w wieku około 30 lat, czyli od czasu kiedy zaczyna się somatopauza. Jak widać i mężczyźni mają swoje małe męskie problemy, których objawy zależne są od stopnia utrudnienia opróżniania pęcherza moczowego. Istnieje wiele metod leczenia zmian gruczołu krokowego, począwszy od chirurgicznych po zachowawcze, ale efekt zależny jest od nasilenia objawów i poziomu męskich hormonów.

Nadmienić tylko chciałam, że istnieje kilka jednostek dotyczących gruczołu krokowego, takich jak: zapalenie ostre i przewlekłe, bakteryjne i niebakteryjne, łagodny i złośliwy przerost, ropień i inne. Do tej grupy zalicza się również prostatodynia występująca najczęściej w młodym i średnim wieku, a najważniejszym czynnikiem wywołującym ją jest prawdopodobnie stres z towarzyszącymi mu niepokojem i depresją. To tylko kilka z kilkudziesięciu objawów z andropauzy, czasami określanej jako

męskie klimakterium. Istnieją możliwości leczenia prawie wszystkich objawów wypadowych tego okresu (hormonalne, chirurgiczne), ale dopóki cała męska populacja nie przyjmie do wiadomości, że ich organizm, a nie tylko kobiecy, ulega postępującemu starzeniu się, medycyna będzie bezsilna.

Violetta Ciszek

„Pielęgniarstwo i My” Warszawa, październik 1994 r.

OIPiP INFORMUJE

Wykaz kursów prowadzonych przez Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Społecznego CMPK na rok 1995

95200 - 1 - V

9 - 13.01.1995 r.

„Metodologia komunikowania się oraz aspekty socjologiczne działań pielęgniarstkich w promowaniu zdrowia” (*doskonalczy*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

95200 - 2 - V

27.02. - 3.03.1995 r.

„Metodologia komunikowania się oraz aspekty socjologiczne działań pielęgniarstkich w promowaniu zdrowia” (*doskonalczy*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

95203 - 7 - V

27 - 31.03.1995 r.

„Organizacja, zarządzanie i kierowanie w placówkach POZ - funkcje pielęgniarki środowiskowej” (*doskonalczy*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

95203 - 8 - V

24 - 28.04.1995 r.

„Organizacja, zarządzanie i kierowanie w placówkach POZ - funkcje pielęgniarki środowiskowej” (*doskonalczy*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

95203 - 9 - V

4 - 8.09.1995 r.

„Działalność opiekuńcza w pracy zespołu terapeutycznego” - zagadnienia medycyny niekonwencjonalnej, rehabilitacji i psychoterapii (*doskonalczy*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

95203 - 10 - V

2 - 6.10.1995 r.

„Działalność opiekuńcza w pracy zespołu terapeutycznego” - zagadnienia medycyny niekonwencjonalnej, rehabilitacji i psychoterapii (*doskonalczy*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

95203 - 11 - V

6 - 10.11.1995 r.

„Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa rodzinnego” - zadania, perspektywy, funkcje (*doskonalczy*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

95203 - 12 - V

11 - 15.12.1995 r.

„Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa rodzinnego” - zadania, perspektywy, funkcje
(*doskonalący*).

Kierownik kursu: *prof. J. Kopczyńska-Sikorska*

Telefon: **29-54-63** Warszawa

Oplata od uczestnika: **650 000** zł.

Skierowanie z DDKM Biała Podl.

**Kursy organizowane przez Ośrodek Doskonalenia
Kadr Medycznych Wojewódzkiego Zespołu Informatyki, Ekonomiki
i Szkolenia Medycznego w Lublinie
w roku 1995
dla średniego personelu medycznego**

S P E C J A L I Z A C J E:

Nr kursu **38/95**

Temat: **Specjalizacja z pielęgniarstwa środowiskowego** (tryb 2-letni)

Termin: I sesja - październik 1995 r.

Dni konsultacyjne: XI, XII

Kierownik specjalizacji: *mgr Stanisława Augustyniak*

Miejsce: sala wykładowa Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul.
Radziwillowska 5, II piętro

Nr kursu **39/95**

Temat: **Specjalizacja z pielęgniarstwa psychiatrycznego** (tryb 2-letni)

Termin: I sesja - wrzesień 1995 r.

Dni konsultacyjne: X, XI

Kierownik specjalizacji: *dr Aniela Plotka*

Miejsce: sala wykładowa Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul.
Radziwillowska 5, II piętro

Nr kursu **40/95**

Temat: **Specjalizacja z pielęgniarstwa zachowawczego** (tryb 2-letni)

Termin: I sesja - marzec 1995 r.

Dni konsultacyjne: X, XI

Kierownik specjalizacji: *dr Alicja Wierzbicka*

Miejsce: sala wykładowa Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul.
Radziwillowska 5, II piętro

K U R S Y:

Nr kursu **42/95**

Temat: **Pielęgniarstwo środowiskowe ze szczególnym uwzględnieniem środowiska
nauczania i wychowania** (kwalifikacyjny)

Termin: I sesja - styczeń 1995 r.

Kierownik kursu: *mgr Barbara Wińska*

Miejsce: sala wykładowa Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul.
Radziwillowska 5, II piętro

Nr kursu **43/95**

Temat: **Szczepienia ochronne** (doskonalący)

Termin: marzec 1995 r.

Kierownik kursu: *mgr Michalina Cuber*

Miejsce: sala wykładowa Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul. Radziwillowska 5, II piętro

Nr kursu **44/95**

Temat: **Komunikacja interpersonalna w relacji pacjent - pielęgniarka. Komunikacja terapeutyczna.** (kurs przeznaczony dla pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie psychiatrycznym)

Termin: 21 - 23 marzec 1995 r.

Liczba uczestników: 30

Miejsce szkolenia: Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublinie, ul. Abramowicka 2

Nr kursu **45/95**

Temat: **Wirusowe zapalenie wątroby. AIDS - zapobieganie zakażeniom** (kurs przeznaczony dla pielęgniarek i salowych zatrudnionych w oddziałach szpitalnych)

Termin: 17 - 19 październik 1995 r.

Liczba uczestników: 40

Miejsce szkolenia: Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublinie, ul. Abramowicka 2

Nr kursu **46/95**

Temat: **Organizacja pracy na stanowisku pielęgniarki oddziałowej. Nowoczesne metody pielęgnowania. Promocja zdrowia.**

Termin: marzec 1995 r. (5 dni)

Miejsce: sala wykładowa Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul. Radziwillowska 5, II piętro

Nr kursu **47/95**

Temat: **Pielęgniarstwo onkologiczne - opieka paliatywna**

Termin: kwiecień 1995 r.

Miejsce kursu: Onkologiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublinie, ul. Jaczewskiego 7 i Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul. Radziwillowska 5, II piętro

Nr kursu **50/95**

Temat: **Transfuzjologia** (kursokonferencja dla pielęgniarek oddziałowych i naczelnych)

Termin: podany zostanie odrębnym pismem

Miejsce kursu: sala wykładowa Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Lublinie, ul. Radziwillowska 5, II piętro

U W A G A: Wszystkie w/w kursy i szkolenia są odpłatne. Formularze zgłoszeń należy składać najpóźniej na **1 miesiąc** przed planowanym szkoleniem w **Dziale Doskonalenia Kadr Medycznych w Białej Podlaskiej ul. Warszawska 15.**

Oferta pracy

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej informuje, że pielęgniarki i położne zainteresowane pracą w Libii proszone są o kontakt z biurem tutejszej Izby - adres:

21-500 Biała Podlaska

ul. Warszawska 15

tel. 43-60-83

gdzie mogą uzyskać wstępne informacje na temat zatrudnienia. Zaznaczamy, że o pracę w Libii mogą ubiegać się osoby legitymujące się 3-letnim stażem pracy oraz osoby, które nie ukończyły 50 roku życia. Wskazana jest znajomość języka angielskiego w zakresie podstawowym.

Stanowisko Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7.10.1994 r. w sprawie postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze w grupie pielęgniarek i położnych w latach 1994 - 1995

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej mając na względzie realizację ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41, poz. 178) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu (Dz.U. Nr 22, poz. 96 wraz z późniejszymi zmianami) przyjmuje następujący tryb postępowania:

- w oparciu o informacje otrzymane od dyrektorów placówek służby zdrowia opracować należy wykaz stanowisk kierowniczych, na które należy przeprowadzić postępowanie konkursowe w latach 1994 - 1995;
- wykaz pielęgniarskich stanowisk kierowniczych należy przesłać do Pielęgniarki Wojewódzkiej celem uzyskania potwierdzenia zgodności podanych stanowisk z obowiązującą strukturą organizacyjną;
- na podstawie zebranych informacji należy opracować kalendarz postępowań konkursowych na lata 1994 - 1995.

Przyjęte stanowisko dotyczy również postępowań konkursowych, na które rekomendowane będą położne.

Sekretarz ORPiP
mgr Alicja Kozawska

Przewodnicząca ORPiP
mgr Jadwiga Żwiruk

**Pani Urszula Krzyżanowska-Łagowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

W odpowiedzi na pismo Pani Prezes z dnia 16.05.1994 r. Nr NRPiP/W/43/94, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej uprzejmie informuje, że sprawę obsadzania stanowisk kierowniczych w zakładach służby zdrowia regulują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5.03.1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje

w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu (Dz.U. Nr 22, poz. 96, zm. Dz.U. Nr 91, poz. 459).

Projekty cytowanego rozporządzenia były przedmiotem negocjacji z przedstawicielami związków zawodowych oraz organów samorządu zawodowego na konferencjach uzgadniających oraz komisji prawniczej w Urzędzie Rady Ministrów.

W wyniku tych uzgodnień ustalono, że nie ma możliwości powoływania na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej osób bez postępowania konkursowego.

Dlatego też w przypadku wcześniejszego zwolnienia stanowiska, o którym mowa w § 1 ust. 1 rozporządzenia, tj. przed upływem terminów określonych w § 12 rozporządzenia powinien być ogłoszony konkurs.

Wymienione na wstępie przepisy nie określają ile razy konkurs powinien być ogłoszony.

Aby jednak mógł się odbyć konkurs musi do niego przystąpić co najmniej dwóch kandydatów. Celem konkursu bowiem jest wybór kandydata najlepszego spośród kilku (minimum dwóch) rywalizujących ze sobą osób.

Z poważaniem

Dyrektor Departamentu Kadr
Izabela Ziemińska-Klepacz

Warszawa, dnia 17.06.1994 r.

Nie pozwólmy im umrzeć!

Nie możemy być obojętni wobec dramatycznych wydarzeń w **Ruandzie**. Stowarzyszenie „Lekarze Świata” organizuje pomoc humanitarną dla zagrożonej ludności tego kraju. Wkrótce grupa polskich lekarzy wyjeżdża do Ruandy. Każda wpłata na konto: **Stowarzyszenie „Lekarze Świata” Bank Przemysłowo-Handlowy, XVI Oddział w Warszawie, nr 320010-3564-132-3 z dopiskiem „Pomoc dla Ruandy”** może przyczynić się do uratowania życia umierającego dziś dziecka. Wpłaty przyjmowane są bez opłat przez wszystkie oddziały i agencje PKO BP oraz placówki Poczty Polskiej. **Wspomóżmy tę inicjatywę!**

Wicemarszałek Senatu RP
Zofia Kuratowska

Posel na Sejm RP
Iwona Śledzińska-Katarasińska

Wicemarszałek Sejmu RP
Olga Krzyżanowska

Informacja

W związku z dramatycznymi wydarzeniami rozgrywającymi się w Rwandzie Stowarzyszenie „Medecins du Monde” podjęło się organizacji pomocy humanitarnej dla zagrożonej ludności tego kraju. Stowarzyszenie „Lekarze Świata” poszukuje lekarzy oraz innych osób z personelu medycznego (położne, pielęgniarki), chcących wyjechać do pracy w szpitalach i punktach medycznych w Rwandzie.

Warunki wyjazdu:

1. Organizatorzy zapewniają:

- transport na miejsce
- zakwaterowanie
- wyżywienie
- ubezpieczenie
- w razie konieczności formalności wizowe (jak do tej pory wiza nie jest potrzebna)
- niewielkie wynagrodzenie (4000 franków francuskich, płatne dopiero od trzeciego miesiąca pobytu)

2. Kandydaci powinni spełniać następujące warunki:

- posiadać ważny paszport
- znać biegle język angielski (lub francuski)
- we własnym zakresie uzyskać urlop
- dokonać szczepień na: WZW, żółtą febrę, cholereę

Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie na podany niżej adres:

Krzysztof Gil

Stowarzyszenie „Lekarze Świata”

ul. Grzegorzeczka 16

31-531 Kraków

- podania zawierającego jednocześnie zgodę na wyjazd, dokładny adres i w miarę możliwości kontakt telefoniczny oraz C.V. (w/w dokumenty w języku angielskim lub francuskim).

Dodatkowe informacje można uzyskać także telefonicznie:

tel. (12) 18-84-84, fax (12) 21-09-93

PODZIĘKOWANIA

Z radością i satysfakcją informujemy, że kompetencje i efektywna praca naszych Koleżanek zostały zauważone i docenione przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Serdecznie gratulujemy Pani Przewodniczącej OIPiP w Białej Podlaskiej - mgr Jądwidzie Żwiruk wygranych wyborów do Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a Pani Wiceprzewodniczącej OIPiP w.m. - pol. Elżbiecie Maksymiuk członkostwa w Naczelnym Sądzie Pielęgniarek i Położnych.

Członkami Komisji Problemowych przy Naczelnej Radzie Izb Pielęgniarek i Położnych zostały:

1. W Komisji Etyki NRPIp -

- mgr Ewa Wikierska - Z-ca Dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Ekonomiczno-Administracyjnego Służby Zdrowia w Białej Podlaskiej

- piel. Ewa Piotrowska z ZOZ Radzyń Podlaski

2. W Komisji Kształcenia i Doskonalenia NRPIp -

- pol. Teresa Kośmała z ZOZ Łosice

- mgr Krystyna Bujnik - nauczyciel z ZSM w Białej Podlaskiej, pełniąca funkcję Przewodniczącej Zespołu d/s Doskonalenia Nauczycieli przy NRPIp

3. W Komisji Zmian Systemowych NRPIp -

- mgr Teresa Cetnarowicz - Pielęgniarka Naczelna ZOZ Radzyń Podlaski

Siedem reprezentantek z jednego okręgu w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych - to prawdziwy sukces!

Dziękujemy oraz życzymy owocnej pracy

Pielęgniarki i Położne
województwa białskopodlaskiego

Nie brakuje też okazji do gratulacji z tytułu sukcesów „lokalnych”. Codzienna rzetelna praca pielęgniarek zatrudnionych w Dziale Medycyny Szkolnej została zauważona i zyskała szacunek nie tylko przełożonych.

Do Dyrekcji WSzZ w Białej Podlaskiej wpłynął list od Dyrektora IV Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Staszica w Białej Podlaskiej. Z satysfakcją przytaczamy treść pisma.

Biała Podlaska, 18.10.1994 r.

Pieczczę podłużna
Szkoły

DYREKCJA
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO
w Białej Podlaskiej

Dyrekcja IV Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Staszica w Białej Podlaskiej na ręce Pana Dyrektora składa serdeczne podziękowania Pani Barbarze Santus - pielęgniarki zatrudnionej w naszej szkole za całokształt jej pracy.

Jesteśmy bardzo wdzięczni za oddelegowanie do pracy z naszą młodzieżą osoby, która odznacza się wysoką kulturą osobistą, taktem i dużym zaangażowaniem.

Dowodem tego jest nie tylko sumienna, wzorowa praca w zakresie swoich obowiązków, ale również inicjowanie działań propagujących kulturę zdrowotną i podejmowanie różnorodnych akcji zmierzających do poprawy sytuacji zdrowotnej w naszym środowisku.

Pani Barbara Santus zorganizowała wiele konkursów plastycznych i konkursów wiedzy z zakresu profilaktyki uzależnień (przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, chorobie AIDS), a także profilaktyki antynikotynowej. Przygotowała nauczycielom materiały z wychowania seksualnego na godzinę wychowawczą. Była współorganizatorem akcji oświatowo-zdrowotnej przeprowadzonej w ramach „TYGODNIA DLA SERCA”, w której nasza szkoła zajęła I miejsce.

Z poważaniem

Dyrektor
mgr Waldemar Mazur

Dziękujemy Pani Barbarze Santus za postawę podnoszącą rangę zawodu pielęgniarki w wypowiedziach i opiniach pracowników innych resortów.

Paniom Danucie Kukawskiej oraz Marii Klimiuk - pielęgniarkom zatrudnionym w Zespole Szkół Zawodowych przy ul. Brzeskiej w Białej Podlaskiej, słowa uznania za wzorową pracę pomimo trudności obiektywnych, przekazuje tą drogą

Pielęgniarka Naczelną WSzZ w Białej Podlaskiej
mgr Walentyna Sacharczuk

Gratulujemy

Pani Annie Paszkiewicz - pielęgniarce Oddziału Onkologii i Geriatrii WSzZ w Białej Podlaskiej, za udostępnienie do druku w Biuletynie OIPiP Jej poezji PODZIĘKOWANIA składa

Zespół Redakcyjny
w imieniu Czytelników i własnym

Pani Elżbiecie Wyczolek - pielęgniarce II Oddziału Ginekologii i Położnictwa WSzZ w Białej Podlaskiej, podziękowania za współpracę przy redagowaniu Biuletynu OIPiP oraz życzenia sukcesów zawodowych i osobistych w nowym miejscu zamieszkania składa

Zespół Redakcyjny

Z OSTATNIEJ CHWILI

Komunikaty

Nastąpiła zmiana adresu pracy Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady i członka Sądu Naczelnego Pani **mgr Elżbiety Maksymiuk**. Aktualny adres:
Przychodnia Rejonowa Nr 4
ul. Parkowa 11
tel. (0-57) 43-26-71 wewn. 26

* * *

Dyżury członka **Sądu Naczelnego Pielęgniarek i Położnych** pełnione są w każdy poniedziałek w godz. 13.00 - 14.00 w miejscu pracy (adres i telefon jak wyżej).

* * *

Z winy redakcji w Biuletynie nr 4(13) do notatki na str. 4 wkradł się błąd. W wierszu 6 powinno być: ...**Janinie Sznajder** - Przełożonej Przychodni Specjalistycznej w Białej Podlaskiej. Za powyższe Panią Janinę przepraszamy.

Otwarcie nowej przychodni

W dniu 15.10.1994 r. odbyło się uroczyste otwarcie Przychodni Rejonowej Nr 4 przy ul. Parkowej 11 w Białej Podlaskiej. W uroczystości udział wzięli: gospodarze województwa i miasta, dyrekcja WSzZ, kierownicy i przełożone pielęgniarek przychodni rejonowych i ordynatorzy podstawowych oddziałów szpitalnych, oraz przedstawiciele duchowieństwa, którzy dokonali poświęcenia nowej placówki oraz sprzętu i aparatury.

Wręczenie kluczy przez „Inwestora” odbyło się 11 kwietnia 1994 r. Do połowy października trwały urządzanie, sprzątanie i wyposażanie Przychodni. Przyjęcie pierwszych pacjentów nastąpiło w dniu 17.10.1994 r. Społeczeństwo miasta Biała Podlaska zyskało nowy, ładny obiekt służby zdrowia, świadczący usługi w zakresie: medycyny ogólnej, stomatologii dla dorosłych i dla dzieci, ginekologii, pediatrii, oraz pielęgniarstwa środowiskowego.

Rejon nowej Przychodni liczy ponad 18 tys. ludności, należącej uprzednio do Przychodni Rejonowej Nr 2. W chwili obecnej znalazło w niej zatrudnienie 9 lekarzy medycyny, 5 lekarzy stomatologów, oraz 24 pielęgniarki i 2 położne. Ambitne założenia kierownictwa Przychodni dotyczące szeroko rozumianej promocji zdrowia, rozwinięcia medycyny i pielęgniarstwa rodzinnego zależą w głównej mierze od środków finansowych będących w dyspozycji WSzZ.

mgr Elżbieta Stocka

W dniach 15 - 17 października 1994 r. w Międzybrodziu Żywieckim odbyła się Krajowa Konferencja na temat „Realizacja reformy podstawowej opieki zdrowotnej i jej efekty” pod protektorem prof. Jacka Zochowskiego - Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Organizatorem Konferencji był Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu. Uczestnikami w większości byli lekarze. Z naszego województwa uczestniczyła Pielęgniarka Naczelna ZOZ Parczew - Pani mgr Barbara Kowalska oraz Pani mgr Walentyna Sacharczuk - Pielęgniarka Naczelna Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białej Podlaskiej.

Podczas Konferencji wygłoszono 31 10-minutowych referatów. Podaję niektóre z tematów:

- Reforma podstawowej opieki zdrowotnej - oczekiwania, możliwości, warunki realizacji.
- Opinie lekarzy na temat praktycznej realizacji reformy systemu opieki zdrowotnej, udziału i oczekiwań samorządu terytorialnego.
- Bariery w przekształceniu opieki zdrowotnej.
- Program promocji zdrowia i opieka kompleksowa w podstawowej opiece zdrowotnej
- Lekarz rodzinny a inni specjaliści pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej.

Sprzęt medyczny oraz preparaty farmaceutyczne prezentowało 29 firm krajowych i zagranicznych.

W drugim dniu obrad odbyły się spotkania robocze w zespole ekonomicznym i ogólnym. Dyskusja w zespole ogólnym w całości dotyczyła funkcjonowania lekarza rodzinnego w zreformowanej opiece zdrowotnej.

Wnioski wypracowane w zespołach zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Walentyna Sacharczuk

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Koleżance
mgr Alicji Kozawskiej
nauczycielce Medycznego Studium Zawodowego
w Białej Podlaskiej

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają
koleżanki i współpracownicy

Koleżance
mgr Marii Szymczyk
nauczycielce Medycznego Studium Zawodowego
w Białej Podlaskiej

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają
koleżanki i współpracownicy

Koleżance
Małgorzacie Jaklińskiej
pielęgniarki Przychodni Specjalistycznej Nr 1
w Radzynie Podlaskim

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają
koleżanki

Koleżance
Annie Klajda
pielęgniarki Gminnego Ośrodka Zdrowia
w Siemieniu ZOZ Parczew

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

MATKI

składa
Samorząd Pielęgniarek i Położnych
w Parczewie

Koleżance
Marii Orębskiej
pielęgniarki Oddziału Ortopedii
Szpitala Rejonowego w Radzynie Podlaskim

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

MATKI

składają
koleżanki

Koleżance
Halinie Ślósarskiej
Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Położniczego
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Białej Podlaskiej

wyrazy serdecznego współczucia z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

składają
koleżanki i współpracownicy

POMORSKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE GRYF S.A.



Biuletyn sponsorowany przez:

POMORSKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE GRYF S.A.

Oddział Biała Podlaska, ul. Reformacka 9, tel./fax 44-39-37