

W CENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

ZASADY OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

**OD DZIŚ DO 2040 NA EMERYTURY PRZEJDZIE
10 241 PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

ZACZEPEK ETYCZNY



W CIENIU CZEPAKA

Biuletyn informacyjny Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
(www.doipip.wroc.pl)

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska, Dorota Pietrzak, Jolanta Kolasieńska, Beata Łabowicz, Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie do druku – Włodzkiej Sawicki

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycznych – językowych.

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy nadsyłać na adres redakcji: **Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław, fax 373-20-56, e-mail: info@doipip.wroc.pl**

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA: Nie przyjmujemy do publikacji tekstów przekazywanych telefonicznie!

Nasza okładka:

Numer zamknięto 25.04.2017 r.

Do druku przygotowano 1.05.2017 r.

Nakład 3200 egz.

Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych. Druk ABIS. Wszystkie artykuły (i nie tylko) na str. www.doipip.wroc.pl

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Sekretariat	71 333 57 02
Sekretariat	71 333 57 16
Sekretariat	71 373 20 56 tel/fax
Przewodnicząca.....	71 333 57 03
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 05
Sekretarz	71 333 57 04
Skarbnik	71 333 57 05
Dyrektor Biura	71 333 57 00
Ewidencja/rejestr piel. i pot.....	71 333 57 09
Praktyki zawodowe.....	71 333 57 07
Księgowość	71 333 57 06
Radca prawny	71 333 57 05
Kasa	71 333 57 01
Biblioteka	71 333 57 10
Okręgowy Rzecznik	
Odpowiedzialności Zawodowej	71 364 04 44
Okręgowy Sąd	
Pielęgniarek i Położnych.....	71 364 04 44
Dział Kształcenia (tel/fax).....	71 333 57 08
Dział Kształcenia.....	71 364 04 35
Kierownik Działu Kształcenia.....	71 333 57 12
Księgowość Działu Kształcenia.....	71 333 57 14
Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu,
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław,
e-mail: info@doipip.wroc.pl
tel. 71/ 333 57 02, tel/fax 71/ 373-20-56
www.doipip.wroc.pl

KONTO IZBY: NUMER KONTA BANKOWEGO,

na który należy przekazywać składki członkowskie:
Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław, Bank PEKAO SA O/Wrocław 63 1240 6670 1111 0000 5641 0435

GODZINY PRACY BIURA

Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
poniedziałek – czwartek – od 8⁰⁰ do 16⁰⁰
z wyjątkiem wtorków i piątków
wtorek – od 8⁰⁰ do 17⁰⁰ a w piątek do 15⁰⁰

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl
tel./fax 71 333 57 08, tel. 71/ 364 04 35
poniedziałek – czwartek – od 8⁰⁰ do 16⁰⁰
z wyjątkiem wtorków i piątków
wtorek – od 8⁰⁰ do 17⁰⁰, a w piątek do 15⁰⁰

BIURO W LUBINIE,

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin,
tel./fax 76/746 42 03

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
13 1240 6670 1111 0000 5648 5055

KASA

poniedziałek 10-16
wtorek 8 - 13
środa 10-16
czwartek..... 8-13
piątek.....NIECZYNNA

BIBLIOTEKA

wtorekod 13 do 17
czwartekod 13 do 16
piątek.....od 9 do 14

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71/ 364 04 44, informacja o dyżurach na stronie internetowej DOIPiP – INFORMACJE O SAMORZĄDZIE 2015-2019 - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OKRĘGOWY SĄD PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Inf.: tel. 71/ 364 04 44
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

poniedziałki 14 – 16; środa 14 – 17 (mgr E. Stasiak);

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr: 56 1020 5242 0000 2702 0019 9224

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej można uzyskać w czasie dyżuru w środy od 15⁰⁰ do 16³⁰ telefonicznie lub osobiście

KSIEGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELEŃNIARSTWA

– dr n. o zdr. **JOLANTA KOLASIŃSKA,**
UM Wydział Nauk o Zdrowiu,
ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław; tel. 0-71/ 784 18 45
e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl,

PIELEŃNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr **EWA PIELICHOWSKA**
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
e-mail: naczelnia.pieligniarka@4wsk.pl
tel: 261-660-207, 608-309-310

PIELEŃNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO

mgr **BEATA ŁABOWICZ**
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59-220 Legnica
tel: 76/72-11-401 661-999-104
e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELEŃNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr KATARZYNA SALIK

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58; 50-368 Wrocław
tel. 71 327-09-30, 71/784-21-75
606 99 30 95; e-mail: kasiatolik1@wp.pl,

PIELEŃNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr **URSZULA ŻMIJEWSKA,**
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
ul. Warszawska 2; 52-114 Wrocław,
tel. 0-71/342-86-31 wew. 344,
604-93-94-55, 667-977-735

PIELEŃNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12; 53-413 Wrocław
tel. 71/36-89-260 lub 603 38 58 98
e-mail: e.garwacka@gmail.com

PIELEŃNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ.

– dr n. med. **DOMINIK KRZYŻANOWSKI,**
Bonifraterskie Centrum Opieki Hospicyjnej w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
ul. Poświęcka 8a; 51-128 Wrocław
tel. 608 585 295; e-mail: d.krzyzanowski@bronifraterskiecentrumzdrowia.pl

PIELEŃNIARSTWA RATUNKOWEGO

– mgr **WIESŁAW ZIELONKA**
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7; 59-220 Legnica; tel. 502 676 039
e-mail: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

*Z okazji
Międzynarodowego
Dnia Pielęgniarki
i Dnia Położnej*

*życzę Państwu
wiele radości, zdrowia
i satysfakcji zawodowej.*

*Jednocześnie
pragnę wyrazić
ogromne uznanie
i szacunek
za odpowiedzialność
i zaangażowanie
w codziennej pracy
na rzecz chorych i ich rodzin.*

*Życzę Państwu
wiele sił
i pomyślności
w osiągnięciu
kolejnych celów
i wszelkiej osobistej pomyślności.*

*mgr Anna Szafran
Przewodnicząca
Dolnośląskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych*



W NUMERZE:

- | | | | | | |
|----------|---|-----------|--------------------------------|-----------|---------------------------------|
| 4 | Regulamin refundacji kosztów
doskonalenia zawodowego | 10 | Debata | 16 | Zasady ochrony danych osobowych |
| 6 | Informacje | 11 | Opinia | 19 | Ogłoszenie o konkursie |
| 7 | Przejdą na emeryturę | 12 | 60 lat PTP | 20 | Ocena bólu pooperacyjnego |
| 8 | Międzynarodowo o kształceniu | 14 | Wspomnienie – Irena Świdzińska | 24 | Pamięć i serce (str. 24-27) |
| | | 15 | Zaczepek etyczny | | |

REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW DOSKONALENIA ZAWODOWEGO PONIESIONYCH PRZEZ CZŁONKÓW DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

§ 1

1. Prawo ubiegania się o refundację kosztów poniesionych w związku z doskonaleniem zawodowym związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej **w formach określonych w §3**, posiadają członkowie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu aktywni zawodowo, zwani dalej „członkami”, którzy regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przez okres nie krótszy niż dwa lata od daty złożenia wniosku (brak zależności w opłaceniu składki członkowskiej na dzień złożenia wniosku).
2. **W przypadku absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo do otrzymania refundacji kosztów ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa §3 ust. 2, wymagany jest roczny okres odprowadzania składki członkowskiej na rzecz DOIPiP we Wrocławiu od momentu stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez DOIPiP we Wrocławiu na dzień złożenia wniosku o refundację.**

§ 2

Członkowie zwolnieni z opłacania składek zgodnie z §4 pkt1,2,3,4,5,6,7,8 tekstu jednolitego uchwały nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia grudnia 2016 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, mogą korzystać z dofinansowania po udokumentowaniu wymienionych w powyższej uchwale okresów zwolnienia.

§ 3

Formami doskonalenia zawodowego podlegającymi refundacji są:

1. sympozja, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe.
2. **kursy specjalistyczne, o których mowa**

w art. 72 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2016.1251 tj. z dnia 2016.08.16) prowadzone przez podmioty organizujące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 75 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2016.1251 tj. z dnia 2016.08.16) i Rozporządzeniem MZ z dnia 30 września 2016 r.

§ 4

1. Członek samorządu może skorzystać z refundacji jeden raz na dwa lata **po zakończeniu danej formy doskonalenia zawodowego objętej niniejszym regulaminem, potwierdzonym stosownym dokumentem za wyjątkiem absolwentów studiów kierunkowych, o których mowa w §1 ust. 2 Regulaminu.**
2. Członkowi samorządu może być przyznana refundacja faktycznie poniesionych kosztów uczestnictwa w formach doskonalenia określonych w §3 w kwocie:
 - 1) nie wyższej niż 500,00 zł. w przypadku sympozjów, konferencji, seminariów naukowych, zjazdów naukowych, warsztatów szkoleniowych.
 - 2) 200,00 zł. w przypadku kursów specjalistycznych.
3. Refundacja nie obejmuje wypłat diet, zwrotów kosztów zakwaterowania, przejazdu i wyżywienia.
4. **Formy kształcenia wskazane w §3, dofinansowane z innych źródeł tj. z budżetu Państwa, z Funduszu Unijnego i innego centralnego lub samorządowego finansowania nie podlegają refundacji przez DOIPiP.**

§ 5

1. Refundacja kosztów doskonalenia zawodowego może nastąpić wyłącznie na wniosek zainteresowanego członka samorządu.
2. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.
3. Wniosek składa się w ciągu dwóch miesię-

cy po ukończeniu danej formy doskonalenia zawodowego.

4. W przypadku uczestnictwa w miesiącu listopadzie i grudniu w jednej z form doskonalenia zawodowego wymienionych w §3 gdy wniosek o refundację będzie rozpatrywany w roku następnym refundacja będzie zaliczona za rok poprzedni.

§ 6

1. Wnioski rozpatruje Zespół ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i przedstawia do akceptacji Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP.
2. Posiedzenia Zespołu ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego odbywają się w biurze Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu jeden raz w miesiącu (w pierwszy roboczy poniedziałek miesiąca).
3. Wniosek złożony po terminie, o którym mowa w §5 pkt 3, pozostaje rozpatrzony odmownie.
4. W przypadku złożenia wniosku nie spełniającego wymagań określonych w §5 lub niedokładnie wypełnionego albo nieczytelnego, Zespół ds. Refundacji Kosztów Kształcenia wezwie jednorazowo wnioskodawcę do jego uzupełnienia lub poprawienia w terminie 21 dni od daty wysłania pisma, pod rygorem nierozpatrzenia wniosku.
5. Do kompletnie wypełnionego wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:
 - a) kserokopię zaświadczenia **o ukończeniu** danej formy doskonalenia zawodowego
 - b) kserokopię imiennego rachunku potwierdzającego poniesione przez członka samorządu koszty
 - c) dokument potwierdzający regularne opłacanie składki członkowskiej na rzecz samorządu (zał. nr 1 do Regulaminu).
 - d) informację podatkową (zał. nr 2 do Regulaminu)
 - e) podanie o dokonanie przelewu na kon-

- to (zał. nr 3 do Regulaminu)
- f) wniosek o aktualizację danych (załącznik nr 4 do Regulaminu)
- g) upoważnienie wystawione przez wnioskodawcę do odbioru refundacji z kasy DOIPIP przez osobę trzecią (zał. nr 5 do Regulaminu)
6. Rozpatrywane będą wyłącznie wnioski złożone w sekretariacie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub przesłane pocztą (liczy się data wpływu do sekretariatu lub data stempla pocztowego). Nie będą rozpatrywane wnioski przesłane faksem lub drogą elektroniczną w formie skanu.

§ 7

Od decyzji Prezydium lub Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przysługuje jednorazowe odwołanie do DORPIP w terminie 30 dni od daty wydania decyzji.

§ 8

Sposób odebrania refundacji;

1. refundacja może być wypłacona wnioskodawcy po okazaniu dokumentu tożsamości w kasie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub przełana na konto osobiste pod warunkiem załączenia do wniosku podania o dokonanie przelewu pieniędzy na konto (wzór stanowi załącznik nr 3 do regulaminu)
2. osobie upoważnionej przez wnioskodawcę za okazaniem pełnomocnictwa i dokumentu tożsamości tej osoby (wzór stanowi załącznik nr 5 do regulaminu).

§ 9

1. Refundacja będzie udzielana do wyczerpania kwoty zaplanowanej w budżecie na dany rok kalendarzowy.
2. W przypadku osób, które zostały zakwalifikowane do refundacji kosztów kształcenia w danym roku, a którym refundacja nie została wypłacona z uwagi na wyczerpanie środków finansowych, otrzymają przyznaną kwotę w pierwszej kolejności w roku następnym.

§ 10

1. Otrzymanie refundacji kosztów poniesionych w związku z doskonaleniem zawodowym jest dochodem członka samorządu i podlega rozliczeniu w rocznym zeznaniu podatkowym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu wyda stosowny dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzję podejmować będzie Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

§ 12

Postanowienia niniejszego Regulaminu nie naruszają uprawnień pielęgniarek i położnych członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu do korzystania z bezpłatnej formy kształcenia podyplomowego na warunkach określonych Regulaminem Kwalifikowania i Finan-

sowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego stanowiącym Załącznik do uchwały nr 177/2015/VI DORPIP we Wrocławiu z dnia 26 września 2015 r.

§ 13

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017r i ma zastosowanie do form uczestnictwa wymienionych w §3 rozpoczynających się po dacie wejścia jego w życie.
2. Formy doskonalenia zawodowego określone w §3 ust. 1 (sympozja, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe), ukończone przed dniem 1 maja 2017r, nie później niż w dniu 1 marca 2017r, podlegają refundacji na podstawie Regulaminu Kosztów Kształcenia Członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu stanowiącym załącznik do uchwały Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu nr 176/2015/VI z dnia 26 września 2015r.

§ 14

Z dniem wejścia w życie niniejszego regulaminu traci moc Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia Członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu stanowiący załącznik do uchwały Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu nr 176/2015/VI z dnia 26 września 2015 r.

Przewodnicząca Anna Szafran
Skarbnik Jolanta Kolasińska
Sekretarz Urszula Olechowska

**Z okazji Dnia Pielęgniarek i Położnych
 Wszystkim Koleżankom i Kolegom
 najserdeczniejsze życzenia,
 zdrowia, radości na każdy dzień, satysfakcji z pracy zawodowej,
 wszelkiej pomyślności w życiu osobistym
 składają**

Beata Dąbrowska
Przewodnicząca wraz Zarządem Oddziału
Polskiego Towarzystwa Położnych
we Wrocławiu

**Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki
 wszelkiej pomyślności w życiu osobistym,
 zdrowia, oraz satysfakcji z wykonywanego zawodu,
 radości i uśmiechu na każdy dzień
 życzy**

W imieniu Zarządu Oddziału PTP
we Wrocławiu
mgr Anna Skatubińska

UWAGA ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU NA NAJLEPSZY ARTYKUŁ

Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Półożnych we Wrocławiu, w oparciu o wniosek Komisji Konkursowej powołanej w trybie p-tu 1 Regulaminu konkursu stanowiącym załącznik do uchwały DORPiP nr 140/2016/VII z dnia 18 czerwca 2016 r w sprawie organizacji i przyjęcia regulaminu i ufundowania nagród dla członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Półożnych we Wrocławiu, laureatek konkursu na najlepszy artykuł o tematyce związanej z profilaktyką zdrowotną, zatwierdza wyniki konkursu i przyznaje nagrody:

a/ 1.000,00 zł (jeden tysiąc złotych) za zajęcie I-go miejsca dla Pani Agnieszki Surek za artykuł pt. „Zielone koktajle mit czy hit?”

b/ 600,00 zł (sześćset złotych) za zajęcie II-go miejsca dla Pani Anny Stępień za artykuł pt. „Profilaktyka zdrowotna to moja pasja i praca”

c/ 400,00 zł (czterysta złotych) za zajęcie III-go miejsca dla Pani Beaty Wysoczańskiej za artykuł pt. „Jak zapobiegać infekcjom dróg moczowych?”

Zwycięzcyom serdecznie gratulujemy !

**Dolnośląska Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Półożnych we Wrocławiu**

MARTA LEŚNIK KOBIETĄ MEDYCyny 2017



Marta Leśnik

Specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, pracuje na Oddziale Diabetologicznym w Miedziowym Centrum Zdrowia w Lubinie. Członek Zarządu Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej (SED).

Uzasadnienie nominacji

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu na Wydziale Nauk o Zdrowiu, na kierunku Pielęgniarstwo. Współautorka Standardów Holistycznej Edukacji Diabeto-

logicznej (SHED). Współpracuje na rzecz pacjentów diabetologicznych z samorządami lokalnymi oraz wojewódzkimi koordynatorami do spraw diabetologii. W minionych latach uhonorowana m.in. nagrodą „Kryształowy Koliber” tytułem „Pielęgniarka Roku”, oraz „Złotą Odznaką – Zasłużona dla Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków”. Autorka innowacyjnego projektu badawczego „Ocena stopnia niedokrwienia kończyn dolnych oraz występowania objawów neuropatii obwodowej u chorych z raną przewlekłą na goleni lub stopie” dotyczącego zaopatrywania ran

trudnogojących się. Z pasją i zaangażowaniem wraz ze swoim zespołem niesie pomoc pacjentom diabetologicznym edukując ich w ochronie przed amputacją z powodu zespołu stopy cukrzycowej.

Serdecznie gratulujemy Pani Marcie wygranej w tak prestiżowym konkursie. Jesteśmy dumni, że pielęgniarka z Dolnego Śląska została doceniona za profesjonalizm i pasję z jaką wykonuje zawód.

**Dolnośląska Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Półożnych we Wrocławiu**

Miło nam poinformować, że KOBIETĄ MEDYCyny 2017 została Pani Marta Leśnik, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego. Zagłosowało na nią 3376 osób!

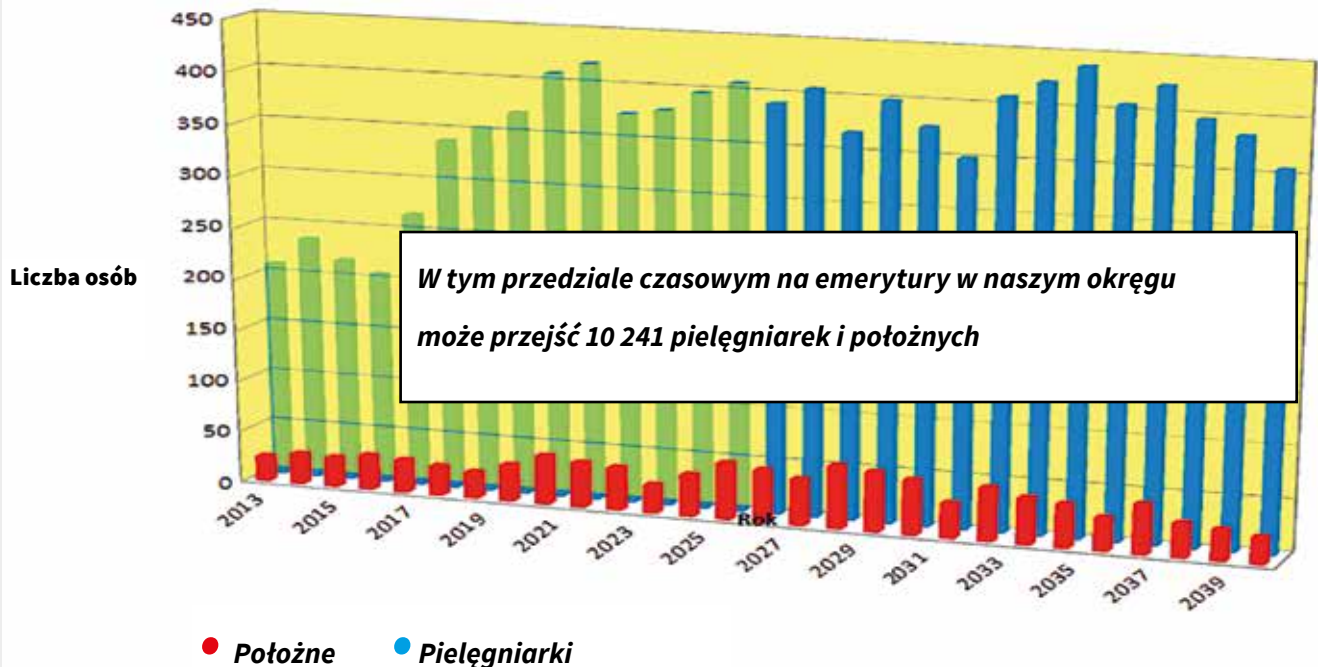
Pozostałe laureatki tegorocznej edycji to:

pediatra prof. Elżbieta Czekwianianc z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi (1555 oddanych głosów),

lekarz rodzinny, pediatra Teresa Dobrzańska-Pielichowska z Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie (1058 głosów),

psychoonkolog dr Mariola Kosowicz z Instytutu Centrum Onkologii w Warszawie (896 głosów) i diabetolog prof. Małgorzata Myśliwiec z Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii GUM-ed.

LICZBA CZŁONKÓW DOIPIP WE WROCŁAWIU NABYWAJĄCYCH UPRAWNIENIA DO PRZEJŚCIA NA EMERYTURĘ – OD 2017 – 2040 10241



Rok	Liczba pielęgniarek	Liczba położnych	Liczba pielęgniarek i położnych
2013	209	25	234
2014	236	30	266
2015	217	29	246
2016	206	34	240
2017	266	32	298
2018	339	29	368
2019	353	26	379
2020	369	36	405
2021	408	48	456
2022	419	44	463
2023	374	42	416
2024	379	28	407
2025	397	41	438
2026	408	55	463
2027	391	51	442
2028	406	45	451
2029	368	61	429
2030	399	58	457
2031	377	53	430
2032	350	34	384
2033	408	52	460
2034	423	45	468
2035	439	42	481
2036	406	32	438
2037	425	48	473
2038	397	33	430
2039	384	30	414
2040	356	26	382

KSZTAŁCENIE W ZAWODACH PIELEGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH W NIEMCZECH – QUO VADIS? – POLSCY SĄSIEDZI WZORCEM?

W dniach 23-25 marca 2017 r. z inicjatywy Saksońskiej Kancelarii Stanu, Saksońskiego Krajowego Ministerstwa ds. Oświaty oraz Saksońskiego Krajowego Ministerstwa Spraw Społecznych i Ochrony Konsumenta, odbyło się seminarium, którego celem było kompleksowe przybliżenie stronie niemieckiej struktury edukacji, zasad i warunków kształcenia w zawodach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Polsce w ujęciu teoretycznym i praktycznym.



Goście z Niemiec chcieli jak najwięcej dowiedzieć się o drogach kształcenia do zawodów pielęgniarki, położnej i opiekuna medycznego, możliwościach zatrudnienia i codzienności w pracy pielęgniarek i położnych we Wrocławiu.

Spotkanie zorganizowało Biuro Łączniko-



we Wolnego Państwa Saksonia we Wrocławiu ponieważ w Niemczech planowana jest reforma ustawy o zawodach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, która przewidywać ma nie tylko kształcenie zawodowe, ale również możliwość studiów kierunkowych, co w Polsce praktykowane jest już od dawna. Polska należy do krajów, w których kształcenie pielęgniarek i położnych dostosowane jest do norm europejskich od wielu lat.

Ze strony gości w spotkaniu udział wzięli kierownicy działów zajmujących się tematem szeroko pojętej opieki i pielęgniarstwa klinicznego w Ministerstwie ds. Oświaty w poszczególnych niemieckich landach.

Ze strony polskiej do czynnego udziału w seminarium zaproszeni zostali:

– Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,

dr hab. Joanna Rosińczuk prof.nadzw – „Kształcenie pielęgniarek w Polsce na podstawie regulacji europejskich. Uwarunkowania prawne i organizacyjne”.

– dr hab. Izabella Uchmanowicz adiunkt Katedry Pielęgniarstwa Internistycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – „Kształcenie praktyczne i podyplomowe pielęgniarek w Polsce w oparciu o Evidence Based Nursing. Egzaminu obiektywne (OSCE) w kształceniu kadr medycznych”.

– Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych mgr Anna Szafran – „Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych w Polsce”.

– Przedstawiciel Kuratorium Oświaty we Wrocławiu mgr Wiesława Ludwiczynska – „Kształcenie na poziomie ponadgimnazjalnym w Polsce”.



Program zajmował się zagadnieniami z zakresu struktur finansowania kształcenia, standardów pedagogiczno-dydaktycznych, wdrażania reform dostosowujących kształcenie do dyrektyw unijnych, możli-



wości specjalizacji w zawodzie, praktycznego planu kształcenia w oferujących je placówkach, a także struktur organizacji i funk-

cjonowania samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych w Polsce.



Następnie delegacja zwiedziła:

- Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego,
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego,
- Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych przy ulicy Trzebnickiej,
- Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu,
- Prywatny Dom Opieki i centrum seniora Angel Care

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego grupa gości z Niemiec zapoznała się z bazą dydaktyczną dla praktycznej nauki zawodów pielęgniarzy i położnej oraz innych zawodów medycznych. Uniwersytecki Szpital Kliniczny jest podmiotem biorącym udział w kształceniu

zarówno przeddyplomowym jak i podyplomowym. W zakresie kształcenia przeddyplomowego na terenie szpitala prowadzona jest praktyczna nauka zawodu (zajęcia praktyczne oraz praktyki zawodowe) dla studentów pielęgniarstwa, położnictwa, ratowników medycznych oraz studentów kierunków: dietetyka, fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. W wyżej wymienionym typie kształcenia odbywa się także praktyczna nauka zawodu opiekunów



medycznych oraz techników sterylizacji.

Natomiast w zakresie kształcenia podyplomowego szpital jest bazą dydaktyczną dla uczestników: szkoleń, kursów organizowanych przez podmioty zewnętrzne m.in. DOIPIP we Wrocławiu, ECKP, ale także sam jest organizatorem kształcenia, ponieważ w szpitalu od kilku lat funkcjonuje Ośrodek Kształcenia.

Wizyta na trzech oddziałach szpitalnych

pokazała potencjał jaki posiada szpital zarówno jako baza kliniczna jak i dydaktyczna. Najczęściej zadawane pytania ze strony gości to m.in. o zakres kompetencji pielęgniarzek; rodzaj i zakres odpowiedzialności; rodzaj dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki; zależność służbową między lekarzem i pielęgniarką; liczbę personelu pielęgniarstwa i pomocniczego zatrudnionego na danym oddziale; rozwiązania związane z wyposażeniem stanowisk pracy

Następnie delegacja z Niemiec złożyła wizytę w siedzibie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Ponieważ w Niemczech nie został powołany samorząd pielęgniarzek i położnych nasi goście mieli wiele pytań związanych z zadaniami realizowanymi przez okręgowe izby pielęgniarzek i położnych, prawami i obowiązkami wynikającymi z przynależności do samorządu, zagadnieniami związanymi z prawem wykonywania zawodu i odpowiedzialnością zawodową. Zapoznali się również z organizacją kształcenia podyplomowego, warunkami lokalowymi zapewnionymi uczestnikom kształcenia, sprzętem do ćwiczeń w warunkach symulowanych.

Dla obu stron ta wizyta wniosła dużo wiadomości na temat kształcenia, samorządności i warunków zatrudniania pielęgniarzek i położnych w Polsce i w Niemczech.



DEBATA

– PROBLEMY WSPÓŁCZESNEGO PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA

27 marca 2017 roku odbyła się debata poświęcona problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, zorganizowana przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, przy współudziale Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Celem spotkania było przedstawienie kierunku działań oraz możliwości promocji zawodu, a także projektów zmian w tzw. „Rozporządzeniu koszykowym”.

STRATEGIA KLUCZOWYCH PROBLEMÓW WG MINISTERSTWA ZDROWIA

Debatę otworzył Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, który już na samym początku zaznaczył, iż problemy pielęgniarstwa są problemami całego kraju, dlatego nie można ich lekceważyć. Ministerstwo Zdrowia wi-



dzi potrzebę określenia strategii, z uwzględnieniem kluczowych problemów, na podstawie której będą planowane działania poprawiające status pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Jednym z najważniejszych problemów według Ministra jest zbyt mała liczba pielęgniarek i położnych w systemie zdrowia. Obecnie w szpitalach, przez niedobór kadry, na jednej zmianie pracują najczęściej dwie pielęgniarki, zdecydowanie za mało, by zapewnić pacjentom należytą, bezpieczną opiekę. Kolejny problem dotyczy społecznego postrzegania tych zawodów. Zamiarem Ministerstwa jest wzmocnienie prestiżu poprzez zaproszenie różnych środowisk medycznych do prowadzenia wspólnej kampanii społecznej. Problem stanowi również nadmierna biurokracja w środowisku medycznym, zabierająca zbyt dużo czasu pielęgniarkom i położnym. W debacie udział wzięli również Wicepremier Jarosław Gowin, który

zapewnił oficjalnie, że nie przewiduje zmian w kształceniu przeddyplomowym, czyli tworzeniu szkół branżowych jako antidotum na braki pielęgniarek i położnych.

KONCEPCJA STWORZENIA ZAWODU POMOCNICZEGO DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Jednym z ważnych tematów poruszanych podczas debaty przez wszystkich jej uczestników była koncepcja stworzenia zawodu pomocniczego dla pielęgniarek i położnych. Celem kształcenia osób w tym kierunku byłoby przede wszystkim umożliwienie uzupełniania brakującej siły w szpitalach oraz możliwości zastępowania pielęgni-



rek i położnych w czynnościach, które nie wymagają ich profesjonalnej wiedzy i doświadczenia. Dzięki temu będą mogły poświęcać więcej czasu pacjentom, którzy naprawdę potrzebują ich pomocy. Irena Wrońska, Przewodnicząca Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych zaznaczyła, iż pomocnik/asystent nie musi mieć ukończonych studiów wyższych, edukacja na poziomie szkół policealnych/pomaturalnych będzie wystarczająca. Izabela Pyra, Dyrektor Medyczno-Społecznego Centrum

Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie, dodaje: – Szkoły policealne mają znakomitą bazę oraz kadre, dlatego warto właśnie tam kształcić asystentów pielęgniarstwa. Na uniwersytetach kształcą pielęgniarki i położne, natomiast pomocników w szkołach pomaturalnych.

GODNE WARUNKI PRACY DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POLSCE

Każdy z prelegentów zgodził się, iż polskie pielęgniarki i położne są bardzo dobrze wykształcone. Jednak warunki pracy, z którymi zmagają się na co dzień oraz zbyt niskie płace, często są powodem ich emigracji. Pielęgniarka zarabia brutto: w Skandynawii średnio 4 300 euro, a w Niemczech 2 800 euro. Natomiast średnia pensja polskiej pielęgniarki to jedynie brutto 800 euro. Zawód ten jest zawodem publicznego zaufania, dlatego powinien być odpowiednio opłacany. Jest to jednym z głównych powodów, przez który młode kobiety go nie wybierają, a jeśli absolwentki ukończyły tak trudny i kosztowny zawód to decydują się na wyjazd zagranicę zamiast pracować w Polsce.

– Z tegorocznego raportu NIPiP wynika,



że obecnie na rynku funkcjonuje jedynie 2% osób do 30. roku życia, co jest stanowczo za mało. Trzeba zwiększyć tę liczbę poprzez stworzenie dobrej oferty dla absolwentów, by chcieli pozostać i pracować w Polsce, ponieważ młodzież jest chętna do studiowania pielęgniarstwa czy położnictwa, ale zdaje sobie sprawę, co może czekać ją po skończeniu studiów. Dodatkowo średnia wieku pielęgniarek i położnych jest coraz wyższa – obecnie wynosi prawie 51 lat, natomiast

jeszcze w 2015 roku – 48 lat.

Aktualnie ponad 42 tys. z nich jest uprawniających do świadczeń emerytalnych, jednak jeśli przeszłoby na emeryturę, nie byłoby komu pracować, a najbardziej ucierpiałoby na tym pacjenci – uważa Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jak wynika z raportu, co roku kształconych jest średnio około 5 tysięcy absolwentów, natomiast do zawodu przystępuje ok 2-3 tysiące pielęgniarek.

ZAWODY DUŻEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI SPOŁECZNEJ, A WCIĄŻ NIEDOCENIANE

Dodatkowym czynnikiem zniechęcającym jest niski prestiż zawodów, z którym wiążą się niskie płace i trudne warunki pracy. Młode osoby coraz rzadziej widzą pozytywne strony tych profesji, są zniechęcone niskimi zarobkami, rosnącą biurokracją, brakiem wsparcia w środowisku medycznym oraz zbyt długimi godzinami pracy. – Pierwszym krokiem powinno być ułożenie relacji pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami, by lekarze w końcu zaakceptowali pielęgniarki jako równoległego partnera. Również w promocję tego zawodu warto było-

by zaangażować rząd, by wspólnie stworzyć profesjonalną kampanię społeczną, ukazującą młodym ludziom jak ważne dla środowiska są pielęgniarki i położne – zauważa Grażyna Wójcik, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Beata Pięta, prof. Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych dodaje: – Duża część społeczeństwa nadal nie darzy zaufaniem pielęgniarek i położnych, a one same nie zawsze czują przynależność do zespołu medycznego i odpowiedni szacunek. Dlatego potrzebna jest kampania społeczna, która uświadomi ludziom potrzebę tych osób w ochronie zdrowia oraz pozwoli określić od nowa ich rolę zawodową. Chcąc promować owe zawody należy określić ścieżkę kariery zawodowej połączoną z finansową czy opracować odpowiednie informatory, które udzielałyby pomocy osobom na początku ich kariery zawodowej.

WYKORZYSTANIE NOWYCH TECHNOLOGII DO USPRAWNIENIA SŁUŻBY ZDROWIA

Istotnym tematem poruszonym podczas debaty była cyfryzacja w systemie ochrony zdrowia. Coraz więcej szpitali decyduje się na wprowadzenie dokumentacji elektronicznej, co jest ułatwieniem zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy. Dzięki temu w czytelny sposób będzie można odczytać zalecenia lekarskie, postawioną diagnozę, przepisane leki oraz dawkę. Dodatkowym atutem dokumentacji umieszczonej w tzw. chmurze jest to, iż wiedza o stanie zdrowia pacjenta będzie dostępna dla wszystkich ekspertów medycznych, niezależnie od przychodni czy nawet kraju. – Warto fragmenty dokumen-

tacji zachowywać w chmurze (w internecie), gdyż wiadomo, że papierowe dane czy te na serwerze mogą zniknąć lub zostać przez przypadek zniszczone – uważa Tomasz Krzysztyniak, Członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Z pewnością nie należy bać się informatyzacji. Jego zadaniem informatyzacja będzie dużym ułatwieniem w pracy pielęgniarek i położnych, a nie jej utrudnieniem. Dzięki oszczędności pracy będą mogły poświęcić więcej czasu dla swoich pacjentów.

Zawód pielęgniarki i położnej powstał po to, by zaopiekować się pacjentem, a celem debaty było zaproponowanie polepszenia opieki. Ważny jest dialog różnych środowisk medycznych, a nie konkurencja, gdyż tylko współpraca zaowocuje poprawą warunków i statusu pielęgniarek i położnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od roku zabiegała o spotkanie różnych środowisk, dla których problemy pielęgniarstwa i położnictwa są niezwykle ważne. We wspólnym interesie jest znalezienie rozwiązań, które następnie zostaną wprowadzone w życie, by zapewnić pielęgniarkom i położnym takie warunki zatrudnienia, aby coraz więcej młodych osób chciało podejmować w Polsce pracę w tych zawodach. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł zadeklarował, że w ciągu trzech miesięcy ma zostać opracowana strategia działań. Jej przygotowaniem zajmie się specjalnie powołany zespół ds. pielęgniarstwa, na czele z wiceminister Józefą Szczurek-Żelazko, w skład którego wejdą m.in. przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych, prawnicy i przedstawiciele rządu.



OPINIA

Warszawa, 17. 03.2017

Ministerstwo Zdrowia
Departament
Polityki Lekowej i Farmacji

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 lutego 2017 r. znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.47.2017. TK (także z 21 listopada 2016 r.) w sprawie wydania opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte), proszę o przyjęcie poniższego.

Jeżeli produkt leczniczy, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142), jest zakwalifikowany do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, to nie może być stosowany w innych warunkach.

Lekarz nie powinien wystawić recepty Lz poza leczeniem zamkniętym a apteki ogólnodostępne nie powinny jej realizować. Jest to zarezerwowane dla aptek szpitalnych.

Natomiast pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, powinien odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jako niezgodnego z przepisami prawa.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz.U. z 2016 r. poz. 1769) podano kryteria, zgodnie z którymi produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz”, wskazując przy tym właściwości farmakologiczne, sposób podania, wskazania, innowacyjność lub interes zdrowia publicznego

Z poważaniem

Zastępca Dyrektora
Departamentu
Polityki Lekowej i Farmacji
Ewa Warmańska

60 LAT POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIEŁĘGNIARSKIEGO



Dnia 10-04-2017 Zarząd Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy USK zorganizował uroczystą konferencję związaną z obchodami 60-lecia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.



Przewodnicząca Zarządu Koła PTP Ewa Postowicz



**Laureatki II Etapu XII Ogólnopolskiego konkursu „Pielęgniarka roku 2016”
– Anna Juskowiak, Magdalena Nizioł, Jolanta Zdeb**

Przewodniczącą Zarządu Koła PTP Ewa Postowicz, powitała zaproszonych gości:

Przewodniczącą Oddziału Wrocławskiego PTP panią mgr Teresę Fichter-Jaruzel,

Zastępcę Dyrektora ds. pielęgniarstwa panią mgr Dorotę Milecką, pani mgr Dorota Milecka pełni również funkcję członka prezydium Zarządu Głównego PTP w Warszawie.

Przełożoną Pielęgniarek i Położnych panią mgr Beatę Dąbrowską

Przewodniczącą Związku zawodowego Pielęgniarek i Położnych panią Annę Staniuk.

Wśród zaproszonych gości były również laureatki II Etapu XII Ogólnopolskiego konkursu „Pielęgniarka roku 2016”:

Panie Annę Juskowiak i Magdalena Nizioł, które zajęły II miejsce ww. konkursie, oraz panią Jolantę Zdeb, która zajęła III miejsce.



Przewodnicząca Koła PTP wręczyła laureatkom skromne upominki

W swoim wystąpieniu Przewodniczącą Oddziału Wrocławskiego PTP pani



**Przewodnicząca
Oddziału Wrocławskiego PTP
pani mgr Teresa Fichter-Jaruzel**

mgr Teresa Fichter-Jaruzel przedstawiła historię działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego od czasu powstania 06.01.1957 r. do dni obecnych.

Dowiedzieliśmy się nie tylko o faktach prawnych, ale również o żywej historii, o osobach, które miały wpływ na kształtowanie

się w przestrzeni 60 lat dyscypliny naukowej – pielęgniarstwa.

Na zakończenie pani Przewodnicząca Oddziału zaprosiła do uczestnictwa w Konferencji w Lasocinie, która odbędzie się w dniach 26, 27 maja 2017r.

Temat Konferencji: 60-lecie Polskiego

Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Głos zabrała również pani Dyrektor Dorota Milecka i podziękowała za wystąpienie pani Przewodniczącej Oddziału, wszystkim uczestnikom oraz pani Przewodniczącej Koła przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym.



POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSKIE

- (PTP) jest towarzystwem naukowym i posiada osobowość prawną.
- Teren działalności Towarzystwa to obszar Rzeczypospolitej Polskiej a siedzibą władz naukowych jest Warszawa.
- Towarzystwo jest stowarzyszeniem zarejestrowanym, działającym na podstawie obowiązującego prawa o stowarzyszeniach.

PTP zostało powołane do życia 6 stycznia 1957r.

Na zjeździe 23 marca 1957 wybrano władze i uchwalono Statut Towarzystwa.

Cele PTP

- popularyzowanie nauki w zakresie pielęgniarstwa i dziedzinach pokrewnych oraz kształtowanie postaw etycznych.
- wspieranie pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w zakresie naukowego i zawodowego rozwoju.
- prowadzenie badań naukowych.
- współpraca krajowa i międzynarodowa z instytucjami i organizacjami naukowymi w zakresie wymiany doświadczeń.

WSPOMNIENIE – IRENA ŚWIDZIŃSKA – PIERWSZA PRZEWODNICZĄCA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO NA DOLNYM ŚLĄSKU

Opracowała Teresa Fichtner-Jeruzel



Irena Świdzińska [z domu Popkow] urodziła się 28 marca 1917 roku w Śmiełej na terenie byłego Związku Radzieckiego. Ojciec był lekarzem laryngologiem, matka pielęgniarką.

Po śmierci rodziców wychowywała się w rodzinie matki w Warszawie, gdzie w 1935 roku ukończyła Gimnazjum im. Marii Konopnickiej. Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości rozpoczęła naukę w 2,5-letniej Szkole Pielęgniarskiej przy ul. Smolnej 6 w Warszawie. Dyplom pielęgniarki otrzymała w 1938 r.

Pierwszą pracę zawodową podjęła w wiejskim Ośrodku Zdrowia w Tuchowiczu w powiecie łukowskim. Tam wyszła za mąż za inżyniera rolnika Władysława Świdzińskiego i przeniosiła się do miasta Łodzi, gdzie pracowała jako kierownicza Ośrodka Zdrowia Łódź – Bałuty.

Po wybuchu wojny od 06.09. 1939 r. do 15. 10. 1939 r. brała udział w obronie Warszawy pracując jako pielęgniarka w Polowym Szpitalu na terenie banku przy ul. Czackiego w Warszawie.

Po wysiedleniu z Warszawy przeniosiła

się do Buska Zdroju, gdzie zamieszkała u rodziców męża. Pracowała tam na stanowisku pielęgniarki w sanatorium dziecięcym „Górka”.

Jesienią w 1941 roku wraz z rodziną [mężem i córką] przeniosiła się do Kraśnika Lubelskiego, gdzie współorganizowała Szpital Zakaźny dla żołnierzy II Armii Wojska Polskiego.

Po zakończeniu wojny zamieszkała na Ziemiach Odzyskanych w Witosławicach a od 1947 roku we Wrocławiu. Pracowała w Szkole Pielęgniarskiej we Wrocławiu przy ul. Bartła 5.

Początkowo jako instruktorka a następnie jako kierownik szkolenia praktycznego.

Od 1956 roku organizowała pracę pielęgniarską w Stacji Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu gdzie pełniła funkcję przełożonej pielęgniarek.

Od 1958 roku objęła stanowisko przełożonej pielęgniarek w Miejskim Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. Madurowicza przy ul. Glinianej we Wrocławiu.

W tym czasie szpital był bazą szkoleniową dla trzech szkół pielęgniarskich i szkoły położnych.

Pani Irena była wykładowcą w tych szkołach, uczyła pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, etyki zawodowej oraz organizacji i zarządzania w pracy pielęgniarek i położnych.

Na stanowisku przełożonej pielęgniarek w tym szpitalu pracowała do czasu przejścia na emeryturę.

Praca społeczna Pani Ireny Świdzińskiej związana była z pielęgniarstwem i ze służbą zdrowia. Przez wiele lat była wice przewodniczącą Zarządu Wojewódzkiego Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia we Wrocławiu. W Zarządzie Głównym tego związku w Warszawie przez okres 4 kadencji pełniła funkcję przewodniczącej Głównej Sekcji Pielęgniarskiej.

W latach 1954-1960 była radną miasta Wrocławia.

Była wice przewodniczącą Komisji Zdrowia Rady Narodowej m. Wrocławia.

W latach 1953–1962 brała czynny udział w pracach Zarządu Wojewódzkiego PCK we Wrocławiu.

Od 1956 roku była współorganizatorką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Polsce. Na I Krajowym Zjeździe 8 stycznia 1957 roku w Warszawie Pani Irena Świdzińska została wybrana i weszła w skład 12 osobowego Zarządu Głównego

Postulaty I Zjazdu to:

- 1/ ujednolicenie kształcenia zawodowego,
- 2/ zagwarantowanie dla pielęgniarek stanowisk dyrektorów i wizytatorów szkół pielęgniarskich
- 3/ weryfikacja i modernizowania programów nauczania
- 4/ utworzenie ośrodka specjalizacji podyplomowej
- 5/ Utworzenie w Ministerstwie Zdrowia komórki ds pielęgniarstwa.
- 6/ Opracowanie projektu nowej ustawy o zawodzie.

W 1957 roku Pani Irena Świdzińska została wybrana pierwszą przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego- oddziału dolnośląskiego. Wybierana na kolejnych Zjazdach pełniła tę funkcję przez wiele lat. Dzięki Jej aktywności na terenie ówczesnego województwa Dolnośląskiego funkcjonowało ponad 30 kół PTP. W tym czasie wszystkie zatrudnione pielęgniarki i położne były członkiniami PTP. i były bardzo z tego powodu dumne.

Za wzorową pracę zawodową i społeczną na rzecz zawodu pielęgniarek i położnych, profesjonalizm, serce, życzliwość i przyjaźń okazywaną ludziom otrzymała wiele odznaczeń państwowych, resortowych oraz złotą Honorową Odznakę Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

10 lipca 1994 roku odeszła na zawsze. Pochowana jest we Wrocławiu na cmentarzu przy ul. Bujwida

W naszej pamięci i wspomnieniach pozostanie niedoścignionym wzorem, wspólną Koleżanką, Wielką Społecznicą, oddaną pielęgniarką i oddanym przyjacielem.

ZACZEPEK ETYCZNY O INTYMNOŚCI I WSTYDZIE

dr hab. Jarosław Barański – etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Chory lęka się choroby i tego, co ona sobą niesie – odarcia z godności. Dlatego jest on istotą nader delikatną, bo jakkolwiek niedbały gest i słowo nieprzemyślane bądź niestaranność i pośpieszność w opiece nad nim sprawia, że czuje się zraniony i poniżony. Wymaga on bowiem ochrony, a nade wszystko zachowania jego intymności, ponieważ jej choćby drobne naruszenie dotkliwie „dotyka” godności chorego. Z tego też powodu w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej kładzie się nacisk na zasadę respektowania prawa „pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych”.

Ochrona intymności pacjenta jest możliwa jedynie wtedy, gdy pielęgniarka i położna są zdolne do tego, aby być gotowe do wysłuchania i zrozumienia trosk, które pacjent pragnie lub musi im powierzyć. Konieczna jest wtedy właściwa atmosfera kontaktu, która pozwoli osobom – zazwyczaj obcym sobie – zbudować emocjonalną bliskość, czyli intymną relację. Poczucie bezpieczeństwa i deklarowana przez personel medyczny życzliwość umożliwi zrozumienie wzajemnych oczekiwań, co jest gwarantem właściwej opieki medycznej, a przede wszystkim da sposobność do zachowania intymności pacjenta. A jest ona wyrażeniem werbalnym lub pozawerbalnym tego, co osobiste, co skryte, dotąd i skrzętnie zatajone, wobec innej osoby. Jest więc relacją, w której jedna osoba odsłania się, a druga odpowiada empatią i zdolnością do utrzymania poufności.

Tylko wtedy potrafimy odstąpić się w swoich uczuciach i pragnieniach, w niepokojach i lękach, a także w swojej cielesności. Gdy więc zabraknie zrozumienia, życzliwości i współczucia; gdy zaufanie zniweczone zostaje brakiem zachowania poufności, wtedy to czujemy się obnażeni tak w uczuciach, jak i ciałem – odarci w szaty, która chroniła nas przed innymi. Czujemy się wtedy pozbawieni godności, bezbronni i bezzadni. A co najważniejsze: odczuwamy sobą, jak obraz siebie (tak pieczętowiec budowany i osłaniany) ulega zachwianiu przez postępowanie innych. Przyjmujemy to ze wstydem i gniewem kierowanym nie tylko wobec innych, ale także wobec siebie, że nie zapobiegliśmy temu, że daliśmy na to przyzwolenie swoją biernością.

Intymność ma wiele sfer, choć najczęściej kojarzona jest z cielesnością – z nagością ciała i jego wyglądem. Ciało napiętnowane jest intymnością, dlatego chcemy ukryć wiele jego niedoskonałości i wad, aby nie utracić

w oczach innych tego, co pragniemy w nich widzieć. Ciało schorzone, z właściwymi mu w chorobie objawami i dysfunkcjami, ciało, nad którym tracimy kontrolę, tym bardziej pragniemy skryć, ponieważ jako chore nie jest moim ciałem, tym, z którym się identyfikuję: nie chcę, aby chore ciało było mną, bo nie czuję z nim tożsamości, a zatem nie stanowi ono o mojej tożsamości.

Do sfery intymności należą też zachowania, jakie właściwe są pacjentowi w sytuacji ujawniania własnych lęków i niepokojów o swoje zdrowie, reagowania na przekazywane przez personel medyczny informacje, na sposób badania, leczenia i pielęgnacji. Towarzyszy temu intymność emocjonalna, dotycząca skrywanych przez innymi uczuć i emocji ujawnianych podczas leczenia. Temu ukryciu przed innymi podlegają również wszelkie wiadomości, jakie pozyskały pielęgniarka i położna w trakcie leczenia, oraz informacje medyczne, które stan zdrowia pacjenta określają.

Zawsze należy pamiętać, że gest lub słowo zawstydzające trwają krótko, poczucie wstydu może nie mieć końca i może być treścią głębokich negatywnych przeżyć u pacjenta. Dlatego należy być niezwykle ostrożnym i uważnym w kontakcie i w postępowaniu z chorym. Nie jest bowiem takim, czyli roztropnym, postępowaniem publiczne wypowiedzianie przez pielęgniarkę nazw chorób, na które skarży się pacjent, względnie tych, które przeszedł, a także specjalności lekarza, do którego pragnie się udać; głośne przekazywanie informacji o rodzaju badań lub ich wynikach; a dalej: niedelikatne czynności, którym towarzyszy upominanie pacjenta za poczucie wstydlivosti i niechęć pacjenta do obnażenia się; krępująca pacjenta rozmowa na temat jego choroby w obecności osób trzecich; publiczne komentowanie jego zachowań i postaw.



Jeśli więc zawstydzamy się, to wstydzimy się za siebie, a jak pisał J.P. Sartre – wstyd za siebie „jest wstydem przed kimś, wstydem wobec kogoś”. Jest to nade wszystko lęk przed utratą szacunku w oczach i w postępowaniu innych. Każde obnażenie i brak poufności powoduje, że zawstydzamy się swoim chorym ciałem, sobą – i głęboko przeżywamy to, co inni czują i myślą, gdy kierują na nas spojrzenie. Widzimy bowiem, jak to spojrzenie denuncjuje każdą naszą słabość, każdy deficyt, każdą wadę naszego ciała – i nic wtedy uczynić nie potrafimy. Ten wstyd za siebie, za własne schorzone ciało odbiera nam również szacunek do siebie – rzecz najgorszą. Wstydzę się wtedy tego, czym jestem, swojego chorego ciała, które jest przecież mną, a jednocześnie czuję się inny od niego, bo właśnie mnie zawstydza.

Jakże więc ochronić intymność pacjenta i nie zawstydzić go aż do utraty poczucia godności? Jedynym właściwym postępowaniem jest wnikliwe obserwowanie pacjenta, szczerza z nim rozmowa i częste pytania, czy nie czuje się skrępowany podczas rozmowy bądź pielęgnacji. I stała gotowość do podjęcia starań, aby uniknąć zawstyżenia u pacjenta. Nawet wtedy, gdy nam się nie uda w pełni ochronić intymności chorego, nie należy udawać, że nic się nie stało. Właśnie wtedy należy przeprosić i jednocześnie zadeklarować, że troska o pacjenta czy pacjentkę jest naszym głównym celem; że podejmiemy trud, aby uniknąć przykrych dla chorego sytuacji. To wzbudzi zaufanie do pielęgniarki i położnej bardziej, niż udawanie, które to zaufanie nadwątlą. Ufności pacjenta, jak i każdego innego, nie dostaje się w prezencie – trzeba je wypracować. A sprawić to można jedynie wtedy, gdy uszanuje się godność drugiego człowieka, także poprzez zadbanie o to, aby nie naruszyć jego sfery intymności.

ZASADY OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH W DZIAŁALNOŚCI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – WYBRANE ZAGADNIENIA

Monika Krasieńska, Dyrektor Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg,
Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Rok 2017 jest rokiem 20-lecia ochrony danych osobowych w Polsce. Wejście w życie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹ z dniem 30 marca 1998 r. zapoczątkowało bieg nowoczesnej historii ochrony danych osobowych. Przed tym okresem ochrona danych osobowych była postrzegana wyłącznie w kontekście ochrony dóbr osobistych i brakowało szczególnych regulacji (oprócz gwarancji konstytucyjnych) odnoszących się do tej dziedziny. Pamiętać należy, iż polskie przepisy o ochronie danych osobowych stanowią implementację przepisów Dyrektywy 95/46/WE² a zatem przystąpienie Polski do struktur UE wymusiło niejako wprowadzenie rozwiązań dedykowanych ochronie danych osobowych, które w sposób spójny i kompleksowy uregulowały materię ochrony lawinowo pozyskiwanych danych gromadzonych w sposób coraz bardziej zautomatyzowany i za pomocą coraz bardziej wyrafinowanych technologii. Skala zmian jakie zaszły na świecie od wprowadzenia wspomnianej dyrektywy z 1995 roku, postępująca globalizacja, informatyzacja podmiotów z sektora publicznego i prywatnego a zwłaszcza przeobrażenia rynków światowych inspirowane zjawiskiem internetu, doprowadziły do postawienia sobie pytania o aktualność dotychczasowych regulacji z punktu widzenia praw osób, których dane dotyczą. Odpowiedź na to pytanie była jednoznacznie negatywna. Dyrektywa 95/46/WE przestała gwarantować poziom ochrony danych adekwatny do potrzeb ludzi i szeroko rozumianego biznesu. Poziom implementacji tej dyrektywy był ponadto bardzo zróżnicowany w poszczególnych krajach UE co nie tylko nie sprzyjało zapewnieniu podobnych standardów ochrony danych ale wręcz prowadziło do hamowania przepływu tych danych. W konsekwencji dochodziło do utrudniania organom realizacji ich zadań i stawiania przeszkód przedsiębiorcom dla prowadzenia działalności gospodarczej.

Mając powyższe na względzie, jednym z priorytetów UE stało się wypracowanie nowych ram ochrony danych osobowych, które pełniłyby funkcję gwarancyjną w dobie postępujących przemian społeczno-gospodarczych inspirowanych przemianami technologicznymi. Efektem finalnym tych prac jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27

kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych³ (zwane dalej RODO)

Rozporządzenie, choć weszło w życie w 2016 r., będzie stosowane wprost od 25 maja 2018 r. Jest to końcowa data dla dokonania przeglądu dotychczasowych ram prawnych celem i dostosowania prawa krajowego do przepisów ww. regulacji prawa międzynarodowego ale także moment, w którym wszyscy administratorzy i przetwarzający muszą być przygotowani technicznie i organizacyjnie do wdrożenia wszelkich zasad i obowiązków płynących z RODO. Z dniem 25 maja 2017 r. odpowiedzialni za proces przetwarzania danych osobowych będą ponosić odpowiedzialność za niedokonanie analiz wszystkich procesów przetwarzania i nieoszacowanie ryzyk naruszenia praw podmiotów danych. Poszerzeniu ulegają także uprawnienia osób, których dane podlegają procesom przetwarzania. Podmiot danych, w sytuacji stwierdzenia uchybienia zasadom ochrony danych ukształtowanym treścią RODO, będzie mógł domagać się m.in. odszkodowania za naruszenie a organ ochrony danych osobowych będzie wyposażony w możliwość nakładania wysokich administracyjnych kar finansowych⁴

Szczególne wyzwanie stoi zwłaszcza przed sektorem zdrowia, w ramach którego przetwarzane są najwrażliwsze dane osobowe człowieka, i w którym to niezwykle istotną rolę odgrywają pielęgniarki i położne.

Obowiązki administratora danych

Właściwa organizacja pracy na odcinku przetwarzania danych osobowych jest jednym z warunków dla właściwego zarządzania informacją o statusie danych osobowych. Realizacja tego zadania obarcza jednak nie wszystkich biorących udział w przetwarzaniu danych ale administratora danych. Jest to podmiot decydujący o celach i środkach przetwarzania danych osobowych i to on ponosi odpowiedzialność za wypełnienie wszystkich obowiązków wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych.

Należą do nich:

- Obowiązek przetwarzania danych w oparciu

o przesłanki przetwarzania danych zwykłych i wrażliwych

- Obowiązek informacyjny
- Obowiązek rejestracji/aktualizacji zbiorów danych osobowych i zgłoszenia powołanego administratora danych osobowych
- Obowiązek zabezpieczenia danych osobowych

Realizacji obowiązków musi towarzyszyć zrozumienie sztandarowych zasad ochrony danych osobowych a należą do nich:

Zasada legalizmu – oznacza ona, iż przetwarzanie danych musi być zgodne z prawem, oparte o wskazaną podstawę prawną lub inną z przesłanek przetwarzania danych zwykłych lub wrażliwych

Zasada celowości – przetwarzanie danych może być prowadzone tylko dla oznaczonych (a nie bliżej niezanych) celów, zgodnych z prawem i nie może być poddawane dalszemu przetwarzaniu z tymi celami niezwiązanymi

Zasada merytorycznej poprawności – oznacza, iż przetwarzane dane powinny być prawdziwe, aktualne, stale weryfikowane

Zasada adekwatności – przetwarzanie danych nie może prowadzić do pozyskiwania danych „na zapas”, „na wszelki wypadek” - dane powinny być przetwarzane tylko w takim zakresie w jakim są one rzeczywiście niezbędne dla określonego celu

Zasada okresowości – dane powinny być przechowywane w postaci umożliwiającej identyfikację osób nie dłużej niż jest to niezbędne dla osiągnięcia celu przetwarzania a po jego ustaniu proces przetwarzania nie powinien mieć miejsca

Zastosowanie zasad w praktyce wymaga ustalenia w pierwszej kolejności, kto jest administratorem danych odpowiedzialnym za zaprogramowanie procesu przetwarzania danych osobowych i wdrożenie prawidłowego wzorca zachowań w tym procesie. Administratorem danych osobowych jest organ, jednostka organizacyjna, podmiot lub osoba, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych⁵. Atrybutem administratora danych jest autonomia w rozstrzygnięciu o celach i środkach przetwarzania danych. Sprawowanie władztwa nad procesem przetwarzania nie musi przy tym zawsze oznaczać faktycznego posiadania danych⁶ choć zwykle administrator danych jest jednocześnie

ich posiadaczem. Zasadnicze znaczenie ma rodzaj i charakter nadanych kompetencji, te zaś mogą wypływać wprost z obowiązujących przepisów prawa czy z zawartych umów⁷.

Status pielęgniarek i położnych należy określić w powiązaniu z przepisami branżowymi regulującymi ich działalność, w szczególności z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej.⁸ **Zgodnie z art. 19 ust. 1 pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:**

- 1) w ramach umowy o pracę;
- 2) w ramach stosunku służbowego;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) w ramach wolontariatu;
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Realizując czynności w ramach stosunku pracy lub na podstawie zatrudnienia inspirowanego umową cywilno-prawną, pielęgniarka i położna funkcjonują nie jako samodzielny administrator ale jako administrujący, tj. pracownik, któremu pracodawca zlecił realizację określonych zadań. W takim przypadku to podmiot zatrudniający uzyska status administratora danych, np. dom opieki społecznej, przedszkole, szkoła, zakład opieki zdrowotnej, itp. Podobnie w przypadku realizacji praktyk czy stażu. Podmiot, u którego w procesie przetwarzania uczestniczą praktykanci, stażyści, wolontariusze czy inne osoby, którym zlecono wykonanie czynności związanych z przetwarzaniem danych osobowych, jest zobowiązany – jako administrator – do zapewnienia ich funkcjonowania w sposób zgodny z przepisami o ochronie danych osobowych i odpowiada za kontrolę tego procesu.

Odmierna sytuacja prawna występuje wtedy, gdy pielęgniarka lub położna wykonują indywidualną praktykę albo indywidualną specjalistyczną praktykę a zatem prowadzą działalność gospodarczą. Wówczas stają się administratorami danych osobowych ze wszystkimi tego konsekwencjami. Także w sytuacji gdy w podmiocie leczniczym wykonują dodatkową opiekę pielęgnacyjną, jako administrator danych, odpowiadają za wszystkie dane pozyskane z tytułu takiej umowy i są zobowiązane do ich ochrony. W przypadku zatrudnienia osób niebędących pielęgniarkami lub położnymi do wykonywania czynności pomocniczych¹⁰ prowadzące działalność gospodarczą pielęgniarki lub położne odpowiadają w ramach takiej współpracy za wszelkie działania i zaniechania zatrudnionego personelu mające związek z przetwarzaniem danych osobowych.

Określenie kto pełni funkcję administratora danych ma fundamentalne znaczenie, gdyż to on – a nie administrujący z jego poruczenia – odpowiada za całość procesu przetwarzania. To on nadaje rolę w tym procesie poszczególnym administrującym (pracownikom), i tylko on może ich dopuścić do przetwarzania danych osobowych. Czyni to w postaci nadania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.

Administrator danych jest zobowiązany do identyfikacji wszystkich danych pozostających

w jego zasobach oraz sposobów ich przetwarzania. Niewłaściwa ocena informacji może doprowadzić do powstania ryzyka, np. udostępnienia danych osobom nieupoważnionym. Za dane osobowe uznaje się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do identyfikacji osoby fizycznej, przy czym pojęcie osoby „możliwej do zidentyfikowania” należy rozumieć bardzo szeroko, gdyż nawet jeśli bezpośrednio takiej osoby nie można określić, to już określenie jej w sposób pośredni przez powołanie się np. na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe, bądź społeczne, czyni informację daną osobową.¹¹ Działalności pielęgniarek i położnych, czy to realizowanej z upoważnienia administratora, czy też wskutek pełnienia funkcji administratora danych, towarzyszy nierozłączny proces przetwarzania szerokiego spektrum danych osobowych. Są to i dane zwykłe i dane wrażliwe (szczególnie chronione, sensytywne). Dane wrażliwe wymienione są enumeratywnie w przepisach o ochronie danych osobowych i należą do nich: dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniowa, partyjna, związkowa, dane o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach, życiu seksualnym oraz dane dotyczące skazań, orzeczeń o ukaraniu, mandatów karnych oraz innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym¹².

Są one przetwarzane w różnych systemach tradycyjnych (papierowych) oraz informatycznych. **Gromadzenie danych odbywa się w ramach wykonywania przez pielęgniarki i położne wielu zadań do których należy m.in.:**

- a. prowadzenie dokumentacji medycznej
- b. prowadzenie określonych badań i czynności ratunkowych
- c. wystawianie recept, skierowań
- d. prowadzenie działalności edukacyjnej i prac naukowo-badawczych

Zakres zadań tego środowiska sukcesywnie się od wielu lat się poszerza, co łączy się w sposób naturalny z poszerzeniem celów przetwarzania i wzrostem ilości gromadzonych danych osobowych różnicowanych rodzajowo. Przykładowo, wyposażenie pielęgniarek od 2016 r. w prawo do wystawiania recept, spowodowało gromadzenie i utrwalenie danych o stanie zdrowia w postaci przepisanych pacjentowi leków i zasad ich przyjmowania.

Identyfikacji danych osobowych należy dokonać poprzez zweryfikowanie nie tylko zasobów ewidencji, kartotek, wykazów, skorowidzów (a więc danych przykładowo zawartych w dokumentacji medycznej) ale także zasobów systemów informatycznych (np. systemu elektronicznego obiegu dokumentacji, systemu wideonadзору, systemu rejestracji pacjentów, itp.).

Istotne jest aby przetwarzanie danych następowało w sposób uporządkowany, usystematyzowany a to z kolei rodzi pytanie o właściwe zdiagnozowanie tzw. zbiorów danych osobowych. Wszystkie zbiory danych powinny być zidenty-

fikowane przez administratora danych osobowych tak aby dokonać analizy czy podlegają np. obowiązkowi zgłoszenia do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych¹³, czy też są zwolnione ze wspomnianego obowiązku¹⁴. Zbiory zawierające dane zwykłe nie muszą być rejestrowane u GIODO w przypadku powołania Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI), który rejestruje je w prowadzonym przez siebie rejestrze¹⁵. W praktyce powołanie ABI oznacza wsparcie administratora danych osobowych w realizacji kontroli wszelkich sposobów i metod przetwarzania danych osobowych gromadzonych w zbiorach jak i poza zbiorami.

Do naruszenia zasad ochrony danych osobowych może dojść, gdy w sposób nieprawidłowy zostanie oceniona sama czynność przetwarzania danych. Poprzez przetwarzanie danych osobowych należy rozumieć nie tylko wszelkie operacje na danych osobowych o charakterze dynamicznym (pozyskiwanie, udostępnianie, usuwanie, zmienianie, opracowywanie) ale i statycznym (przechowywanie, utrwalanie, porównywanie). Powszechnym zjawiskiem jest umożliwienie wglądu w dane, dokonywane przy okazji realizacji różnych czynności. Proces ten jest w istocie procesem udostępnienia danych, który powinna poprzedzać, tak jak i wszelkie inne procesy przetwarzania, ocena ryzyka. Umożliwienie wglądu w dokumentację pozostawioną w pomieszczeniu niezabezpieczonym przed dostępem osób trzecich (przypadkowych), będzie prowadzić do ryzyka nie tylko udostępnienia danych osobom nieupoważnionym i złamania zasad bezpieczeństwa danych określonych przepisami o ochronie danych ale także naruszenia odrębnej tajemnicy prawnie chronionej obowiązującej za życia i po śmierci pacjenta¹⁶. Tajemnica ta zresztą chroni wszelkie informacje związane z pacjentem, z którymi pielęgniarki i położne zapoznają się w związku z wykonywaniem zawodu, podczas gdy ochrona danych osobowych jest zagwarantowana wyłącznie w odniesieniu do danych osób żyjących¹⁷.

Miejszem dla określenia sposobów realizacji obowiązków administratora danych i oceny wszelkich przewidywanych ryzyk celem ich wykluczenia bądź minimalizacji jest dokumentacja przetwarzania danych osobowych na którą składają się dwa dokumenty¹⁸:

- a. polityka bezpieczeństwa
- b. instrukcja zarządzania systemem informatycznym

Szczególna staranność i merytoryczna poprawność w procesie przetwarzania

Administrator danych jest zobowiązany do zachowania szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą. Zasada rzetelności przy przetwarzaniu pełni podstawową funkcję i jest punktem wyjściowym dla oceny stopnia wdrażania zasad ochrony danych osobowych przez administratora i przetwarzających w jego imieniu. Najmniejszą niedbałość lub opieszałość mogą doprowadzić do postawienia zarzutu niezachowania szczególnej (najwyższej) staranności. W praktyce oznacza to konieczność dokonywania stałego przeglądu stosowanych

praktyk pod kątem obowiązujących przepisów i dokonywanie analiz stopnia ich wdrożenia.

Ocena przetwarzania danych osobowych nie powinna mieć zatem charakteru jednorazowego. Sam proces przetwarzania ulega stałym przeobrażeniom z uwagi na zakres informacji pozyskiwanych z różnych źródeł i w różnej formie oraz z uwagi na szybko zachodzące zmiany technologiczne. Dane bowiem mogą być pozyskiwane zarówno bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą (pacjenta, osoby przez niego upoważnionej), jak i z innych źródeł osobowych i rzeczowych. Źródłem danych może być urządzenie za pomocą którego dane są pozyskiwane i utrwalane (np. urządzenie służące do przeprowadzania badań specjalistycznych ale też kserokopiarka). Proporcjonalność przetwarzania powinna być rozumiana jako dążenie do minimalizacji danych poprzez przetwarzanie danych niezbędnych, adekwatnych i koniecznych do realizacji ściśle określonych celów. Zastosowanie wskazanej zasady jest szczególnie istotne przy badaniu praktyk kopiowania bądź skanowania dokumentacji. Pozyskiwane w ten sposób dane osobowe nie mogą wykraczać poza zakres danych niezbędnych, koniecznych dla urzeczywistnienia określonego zadania. Przykładowo, przy wykonywaniu kopii do wodu osobistego będzie dochodziło do pozyskiwania nie tylko nr PESEL lub serii i numeru do wodu osobistego koniecznych dla identyfikacji pacjenta ale także do pozyskiwania informacji o jego wzroście, kolorze oczu, czy też wystawcy takiego dokumentu, co do których koniecznym stanie się wykazanie faktycznej potrzeby ich gromadzenia. Przetwarzanie danych „przy okazji” jest niedopuszczalne bo prowadzi do gromadzenia danych nadmiarowych, niepotrzebnych a zatem nieadekwatnych.

Administrator danych jest zobowiązany zapewnić aby przetwarzane dane były prawdziwe a w przypadku zgłoszenia wniosków o aktualizację lub zmianę niezwłocznie zaktualizowane lub poprawione. Istotna jest zatem ocena wiarygodności źródeł danych oraz wprowadzenie trybu weryfikacji prawdziwości pozyskiwanych danych.

Zachowanie zasady szczególnej staranności w przetwarzaniu danych adekwatnych, stale weryfikowanych i aktualizowanych jest jednym z fundamentalnych obowiązków administratorów funkcjonujących w sektorze zdrowia z uwagi na interesy życiowe pacjentów – podmiotów danych. Niewłaściwe oznaczenie przez pielęgniarkę lub położną pacjenta i zaaplikowanie innych niż zlecone leków może prowadzić do nieodwracalnych skutków w postaci uszkodzenia zdrowia czy też wręcz utraty życia. Opisywane zasady ochrony danych urzeczywistnia szereg przepisów branżowych regulujących np. sposób prowadzenia dokumentacji medycznej¹⁹, oznakowania zleceń na badania²⁰, czy też oznaczenia samego pacjenta²¹.

Zachowanie zasad ochrony danych osobowych odnosi się nie tylko do procesu przetwarzania danych osób będących pacjentami – świadczeniobiorcami ale do przetwarzania wszelkich danych znajdujących się w zasobach administra-

tora danych, w tym danych osób upoważnianych przez pacjenta. W sytuacji gdy pacjent upoważnia do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach, albo upoważnia do uzyskiwania swojej dokumentacji medycznej, osoba upoważniona powinna być zidentyfikowana na tyle starannie aby nie doprowadzić do sytuacji ujawnienia informacji osobie trzeciej. Przepisy stanowiące o zakresie danych osób upoważnianych wydają się niewystarczające. Trudno dokonać w praktyce takiej weryfikacji w oparciu o wyłącznie imię i nazwisko wraz z danymi adresowymi czy też samo imię i nazwisko²². Brak jest także przepisów wskazujących w jaki sposób taka weryfikacja miałaby się odbywać²³. Jeszcze większe wątpliwości budzi weryfikacja danych osób uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego a związane wskazaną tajemnicą ma miejsce także po śmierci pacjenta. Przy czym zwolnienie z tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska²⁴. Biorąc pod uwagę definicję osoby bliskiej²⁵, którą może być także osoba pozostająca w konkubinacie ze zmarłym pacjentem, brak jest w istocie możliwości zweryfikowania takiej okoliczności. Polskie ustawodawstwo nie przewiduje bowiem możliwości prowadzenia rejestrów osób pozostających w nieformalnych związkach i urzędowego potwierdzenia tego faktu.²⁶

Wydaje się zatem, iż wskazane przepisy nie pełnią wystarczającej funkcji gwarancyjnej tak dla podmiotów danych jak i dla samego administratora, który pozostaje w stanie niepewności co do sposobu realizacji nałożonych na niego ustawowo obowiązków a tym samym zgodności jego działań z przepisami o ochronie danych osobowych. W takiej sytuacji administratorzy danych powinni wprowadzać na grunt wewnętrznych regulacji (regulaminów, zarządzeń, wytycznych) wzory upoważnień i przyjmować własne strategie weryfikacji tożsamości osób upoważnianych celem wyeliminowania ryzyka ujawnienia danych innej osobie niż upoważniona przez pacjenta.

Brak zachowania należytej staranności w zakresie przetwarzania danych osobowych jest często konsekwencją nieznanomości przepisów wewnętrznych kształtujących wzorec określonych zachowań administratora i działających z jego upoważnienia administrujących. Choć przykładowo przepisy o ochronie danych osobowych przewidują żądanie usunięcia danych osobowych, gdy dane są niekompletne, nieprawdziwe, nieaktualne lub zebrane z naruszeniem ustawy²⁷, to w przypadku danych zawartych w dokumentacji medycznej, takie żądanie w istocie nie może być zrealizowane gdyż wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty a informacja o błędzie musi być utrwalona w samej jej treści w sposób wskazany w odrębnych przepisach²⁸. Konieczna

staje się zatem dla podniesienia poziomu ochrony danych osobowych stała edukacja zobowiązanych do przetwarzania danych osobowych także w obszarze stosowania przepisów sektorowych nie zawsze znanych przez pacjentów i przez nich właściwie interpretowanych.

Kontrola sposobu realizacji zasad

Kontrola realizacji zasad ochrony danych osobowych i poziomu wypełniania obowiązków wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych może być przeprowadzana albo przez samego administratora albo przez powołanego przez niego administratora bezpieczeństwa informacji, wkrótce nazywanego inspektorem ochrony danych²⁹. Powołanie takiej osoby leży w głęboko pojętym interesie każdego administratora gdyż tylko wyposażony w określone kompetencje ABI jest w stanie w sposób horyzontalny dokonać oceny zjawisk zachodzących u administratora kształtujących poziom przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych. Powołanie ABI aktualnie jest fakultatywne ale z dniem 25 maja 2018 r. stanie się obligatoryjne dla administratorów z sektora publicznego albo takich, których główna działalność polega na przetwarzaniu na dużą skalę o charakterze, zakresie i celu wymagającym regularnego i systematycznego monitorowania osób, których dane dotyczą³⁰. Do takiego przetwarzania niewątpliwie dochodzi w sektorze zdrowia. Weryfikacji przez ABI powinny podlegać tak aktualne przyjęte rozwiązania jak i planowane, które dotyczą przetwarzania danych osobowych i nie tylko podejmowane przez administratora danych i jego personel ale także przez podmioty, którym administrator danych powierzył przetwarzanie danych. W tym ostatnim przypadku, choć dochodzi do przetwarzania danych przez inny podmiot, to jednak nie działa on autonomicznie ale realizuje wyłącznie cele wytyczone przez administratora i w zakresie wynikającym z zawartej z nim umowy³¹.

ABI jest zobowiązany w szczególności³²:

- do nadzorowania opracowania i aktualizowania dokumentacji przetwarzania (polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym)
- do weryfikacji obowiązków związanych z rejestracją zbiorów danych osobowych
- sprawdzania zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowanie w tym zakresie sprawozdania dla administratora danych
- zapewnienia zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych
- prowadzenia rejestru zbiorów danych osobowych przetwarzanych przez administratora

Wachlarz zadań ABI jest zróżnicowany a pełnienie tej funkcji przez profesjonalistę, któremu zapewniona została organizacyjna odrębność³³, niewątpliwie pozwala każdemu administratorowi na dokonanie wszechstronnej oceny prawdziwości wszelkich procesów przetwarzania, jakie mają miejsce z udziałem danych osobowych. Osoba taka powinna być zasadniczym ogniwem spajającym faktyczne potrzeby w obszarze bez-

pieczeństwa danych z możliwością ich realizacji, a w konsekwencji zapewnienia najwyższych gwarancji ochrony danych osobowych pacjentów i innych osób.

Podsumowanie

Ryzyka towarzyszące przetwarzaniu danych osobowych przez pielęgniarki i położne są bardzo wysokie z uwagi nie tylko na wielość realizowanych równolegle zadań, często trudnych i wymagających szybkości reakcji ale przede wszystkim charakter przetwarzanych danych (dane szczególnie chronione) i ich ilość. Wyłączenie stanu niepewności w obszarze stosowania przepisów o ochronie danych osobowych przez odpowiedzialnego administratora danych i kontrolującego administratora bezpieczeństwa informacji pozwoli pielęgniarkom i położnym na jeszcze efektywniejsze pełnienie swej funkcji. Kwestie ochrony danych nabierają z każdym rokiem coraz większego znaczenia dla pacjentów

i członków ich rodzin. Sektor ochrony zdrowia musi być przygotowany na pojawiające się coraz częściej pytania i oczekiwania, zwłaszcza, że – w perspektywie nowych unijnych ram ochrony danych osobowych – uprawnienia podmiotów danych ulegają wzmocnieniu a poszerzeniu zakresu obowiązków przetwarzających dane osobowe w różnych rolach. Potrzebna jest analiza obowiązujących przepisów prawa pod kątem ich dostosowania do przepisów rozporządzenia, gdyż w przypadku braku określonych regulacji lub ich niezgodności z RODO, pierwszeństwo w stosowaniu będzie miało nie prawo krajowe ale ww. rozporządzenie. Konieczna jest także szeroka kampania edukacyjna celem podniesienia poziomu świadomości odpowiedzialnych za przetwarzanie danych osobowych administratorów, którzy często nie zdają sobie sprawy z zakresu spoczywającej na nich odpowiedzialności za niestosowanie lub jedynie fragmentaryczne stosowanie przepisów o ochronie danych osobowych.

Przypomnieć należy nie tylko o przyszłych sankcjach finansowych z tego tytułu ale istniejącej od 20 lat odpowiedzialności karnej za niedopełnienie obowiązków wykreowanych ustawą o ochronie danych osobowych³⁴. Za niezgodne przetwarzanie danych osobowych wrażliwych grozi kara nawet do 3 lat pozbawienia wolności.

Elementy ochrony danych osobowych muszą zostać wbudowane w strukturę funkcjonowania każdej firmy i instytucji realizującej zadania na rzecz ochrony zdrowia. Prawa pacjenta są bowiem immanentnie związane z jego ochroną danych osobowych. Przy niestępaniu dynamicznie rozwijających się w medycynie technologiach, wzrostie skali zagrożeń związanych z atakami płynącymi z sieci publicznej, przy wzroście zainteresowania handlem najwrażliwszymi danymi człowieka, dziedzina ochrony danych osobowych, nie może pozostawać na obrzeżach zainteresowania odpowiedzialnych za budowanie i wdrażanie systemu ochrony zdrowia.

UWAGA KONKURS

Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy
w porozumieniu z Dolnośląską Okręgową Radą
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
ogłasza konkurs na stanowisko:

NACZELNEJ PIELĘGNIARKI PZS W OLEŚNICY.

Kandydaci na w/w stanowisko winni posiadać kwalifikacje zgodne z:

Rozporządzeniem ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896).

Kandydaci proszeni są o składanie dokumentów określonych w § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2012r., poz. 182)

Dokumenty, o których mowa w w/w rozporządzeniu, kandydaci zgłaszający się do konkursu składają w terminie do 30 dni od dnia opublikowania ogłoszenia na adres:

Powiatowy Zespół Szpitali
ul. Armii Krajowej 1
56-400 Oleśnica

Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres i numer telefonu kontaktowego, a także adnotację o treści: „Konkurs na stanowisko ...” (należy wpisać nazwę)

Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur czerwiec/lipiec 2017 r.

Materiały i informacje o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego można uzyskać w Dyrekcji Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.

Dyrektor Szpitala
mgr inż. Kamil Dybizbański

Szanowni Państwo,

Zachęcamy serdecznie do skorzystania z nowej możliwości jaką oferuje nasza strona internetowa.

Jeżeli chcecie być Państwo informowani na bieżąco o aktualnych wiadomościach prosimy o wpisanie swojego adresu mailowego w oknie NEWSLETTERA.

Umożliwi to przesyłanie Państwu drogą mailową wszelkich aktualności.
www.doipip.wroc.pl



WITAMY NA STRONIE
DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

UWAGA!!!
OD DNIA 01 MAJA 2017 R. ZMIANA ZASAD REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOKONAŁA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW DOIPIP WE WROCŁAWIU. Szczegółowe informacje w zakładce POMOĆ FINANSOWA.

NEWSLETTER

UPRZĘDLIMIE INFORMUJEMY, ŻE W DNIU 2.05.2017 WYTOREK! BIURO DOIPIP BEZDŁUGO NIEZŁYCH.

ROLA PIELĘGNIARKI W OCENIE BÓLU POOPERACYJNEGO ORAZ STOSOWANE SKALE OCENY BÓLU.

mgr. Beata Wysoczańska
specjalistka w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
Dział Organizacji Pracy Pielęgniarskiej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

„Gdyby bowiem ból oceniać z takim samym zapętem jak w przypadku innych parametrów życiowych, byłoby o wiele większe prawdopodobieństwo, że będzie prawidłowo leczony. Musimy szkolić lekarzy i pielęgniarki, by traktować ból jako parametr życiowy. Jakość opieki polega na tym, by ból mierzyć i leczyć”. Dr James Campbell 1995

1.1. Wyjaśnienia terminologiczne

Ból (łac. dolor, gr. algos, odyne) według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) jest „nieprzyjemnym przeżyciem zmysłowym i emocjonalnym, połączonym z aktualnym albo potencjalnym uszkodzeniem tkanki, lub związanym z wyobrażeniem tego typu uszkodzenia.”

Jest stanem, w którym chory doświadcza i zgłasza obecność ciężkiego dyskomfortu lub niekomfortowe odczucia związane z występowaniem dolegliwości bólowych, o różnym umiędziawieniu i natężeniu.

W 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Bólu uznało ból za piąty parametr życiowy czyli należy go oceniać jak inne parametry życiowe człowieka. Jakość opieki polega na tym, by ból mierzyć i leczyć. Pielęgniarka podczas swoich rutynowych czynności, prócz mierzenia choremu ciśnienia krwi, tętna, saturacji, temperatury, powinna spytać chorego, w jakim stopniu go boli i zanotować to w Karcie Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej. Ten piąty objaw życiowy jest ważny, ponieważ służy jako dokumentacja postępowania lekarskiego jak i pielęgniarskiego.

Ból jest niezwykle złożonym doznaniem, trudnym do zdefiniowania i równie trudnym do zmierzenia w dokładny i obiektywny sposób. Należy podkreślić subiektywny charakter tego objawu.

Ból pooperacyjny jest nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym, któremu towarzyszy autonomiczna, emocjonalna i behawioralna odpowiedź ustroju na uraz. Na stopień odczuwania bólu wpływa rozległość interwencji chirurgicznej, stopień uszkodzenia tkanek lub narządów, kierunek cięcia skórno-mięśniowego, a także stosowanie w okresie przedoperacyjnym „analghezji z wyprzedzeniem”.

Każdemu naruszeniu integralności tkanek towarzyszy ból, który pojawia się wtedy, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja. Występuje z różnym nasileniem po wszystkich zabiegach. We wczesnym okresie pooperacyjnym jest najsilniejszy, następnie słabnie. Źródłem tego bólu mogą być uszkodzone tkanki powierzchowne

we jak skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe, jak również struktury położone głębiej: powięź, mięśnie, okostna, więzadła oraz trzewia, które w czasie zabiegów podlegają rozciąganiu czy procesom zapalnym.

1.2. Kliniczna ocena chorego z bólem pooperacyjnym.

Kliniczna ocena chorego z bólem jest jednym z kluczowych składników postępowania pielęgniarskiego. Pomiar bólu został włączony do rutynowej praktyki klinicznej jako standard opieki pielęgniarskiej traktowany na równi z zapisem pomiarów ciśnienia, tętna, saturacji, czy temperatury. Zaczął być określany piątą oznaką życia w strategii poprawy postępowania w bólu ostrym. Dopiero ostatnio zauważa się wiele korzyści w wyniku pomiaru bólu. Wymienić należy jego wartość diagnostyczną, ułatwienie rozwiązywania problemów, możliwość jego kontrolowania, zademonstrowanie skuteczności leczenia oraz badań naukowych. Ból źle leczony i diagnozowany wiąże się z większym wskaźnikiem chorobowości i śmiertelności. Systematyczna ocena bólu pooperacyjnego prowadzi do polepszenia postępowania przeciwbólowego co skutkuje zmniejszeniem jego intensywności.

Ze względu na subiektywny charakter bólu i jego wymiarowe doznanie postępowanie diagnostyczne powinno zmierzać do ustalenia możliwie wszystkich czynników biomedycznych, psychologicznych i społecznych, wpływających na charakter bólu, stopień jego natężenia, czas trwania oraz stopień upośledzenia fizycznego i psychicznego pacjenta, uniemożliwiający prowadzenie normalnego życia albo podjęcie pracy.

Ból można ocenić poprzez osobiste określenie stanu pacjenta, obserwację zmian zachowania, osoby trzeciej lub też zmiany wywołane węgetatywnymi reakcjami na ból. Najlepiej jednak ból powinien być oceniany przez osobę go odczuwającą czyli pacjenta. Własna ocena bólu po zabiegu jest najprostszą metodą oceniającą ból. Ocena pomiaru bólu na podstawie własnej su-

biektywnej wypowiedzi pacjenta może być ograniczona jego wiekiem i zdolnością do komunikowania się z otoczeniem oraz umiejętnością werbalizacji własnych odczuć. W zależności od wieku i stanu badanego pacjenta ból możemy ocenić na podstawie bezpośredniej komunikacji, zachowania się w określonej sytuacji stresowej (ocena behawioralna) lub też na podstawie zmian możliwych do określenia w wyniku badań laboratoryjnych lub klinicznych (ocena biologiczna). Ludzie dorośli, starsze dzieci z którymi można nawiązać bezpośredni komunikatywny kontakt słowny precyzyjnie odpowiadają na wywiady dotyczące bólu pooperacyjnego. Ocena behawioralna polega na obserwacji chorego. Odruchy behawioralne związane z bólem wyrażane są poprzez ekspresję twarzy (różnorodne grymasy), postawę ciała (wyprostowane lub ułożenie przymusowe) oraz wokalizację i werbalizację doznań (płacz, krzyk). Pielęgniarka przeprowadza obserwację w regularnych odstępach czasowych. Metoda ta może mieć zastosowanie u różnych pacjentów, zarówno u dzieci nie potrafiących określić swojego bólu, jak i u dorosłych.

Ocena biologiczna pacjenta polega na monitorowaniu parametrów życiowych pacjenta. Do fizjologicznych parametrów mogących odpowiadać za ból należy:

- częstotliwość akcji serca,
- liczba oddechów,
- ciśnienie krwi tętniczej,
- prężność gazów we krwi,
- temperatura (wzmózona potliwość).

Monitorując oddech należy ustalić, jaka jest częstość oddechów, ich głębokość i rytm oddechowy, szmery oddechowe i woń powietrza oddechowego. **Oceniając tętno** zwracamy na jego następujące cechy: częstość, miarowość, wypełnienie, napięcie i chybłość. Zachowanie się częstości tętna powinno być wnikliwie analizowane i zapisywane w karcie obserwacji i pomiarów. Wszystkie odchylenia od normy należy opisać w dokumentacji pacjenta, a każdą zmianę zgłosić lekarzowi. Podczas bolesnych czynności zaobserwowano wzrost liczby uderzeń serca, pogłębienie i przyspieszenie oddechu. Kolejnym wskaźnikiem wzrastającym jako reakcja na bodźce bólowe jest wzmózona potliwość, zmiana przezskórnej prężności tlenu.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem na sali powinna obserwować chorego przy

wykonywaniu każdej czynności. W swojej ocenie, powinna opierać się na reakcji chorego na bodźce dźwiękowe, wzrokowe, bólowe i dotykowe, a swoje spostrzeżenia dokładnie notować w karcie obserwacji pacjenta.

Podsumowując kliniczna ocena chorego z bólem pooperacyjnym powinna być prowadzona systematycznie i powinna obejmować:

- wywiad,
- badanie podmiotowe,
- badanie przedmiotowe,
- obserwację pacjenta,
- analizę dokumentów.

Ocena kliniczna stanu pacjenta stanowi istotny element (całościowego rozpoznania) diagnozy pielęgniarskiej. Pozwala zaplanować wymaganą opiekę jak również ustalić zakres niezbędnego wsparcia z zewnątrz w utrzymaniu i poprawie stanu zdrowia.

Ocena i monitorowanie bólu pooperacyjnego rozpoczyna się już na sali wybudzeń. Anestezjolog, który znieczulił pacjenta, przekazuje pielęgniarkę informacje dotyczące przebiegu zabiegu i znieczulenia.

W karcie pocięzuleniuowej wpisuje dane personalne, rozpoznanie, rodzaj zabiegu i znieczulenia, przebieg znieczulenia oraz ewentualne powikłania, ilość przetoczonych płynów, krwi i ilość moczu, zalecenia oraz aktualny stan pacjenta. Gromadzenie danych istotnych w planowaniu pielęgnowania chorego cierpiącego z powodu bólu pooperacyjnego może się odbywać w formie wywiadu. Wywiad ten może być prowadzony w trakcie luźnej rozmowy, na podstawie której pielęgniarka gromadzi istotne informacje na temat aktualnego i wcześniejszego stanu pacjenta, jego zachowań, dolegliwości, samopoczucia, rozumienia i przeżywania swojej sytuacji.

Na pielęgniarską ocenę stanu zdrowia składa się badanie podmiotowe i przedmiotowe. Celem badania podmiotowego jest poznanie pacjenta. Informacje o chorym zbiera się na podstawie wywiadu, obserwacji, analizie dokumentacji (karta znieczulenia, historia choroby) i pomiarów. Na wstępnie pielęgniarka powinna przedstawić się z imienia i nazwiska oraz funkcji jaką pełni. Należy również sprawdzić dane personalne pacjenta. Wywiad dostarcza najwięcej informacji o stanie zdrowia i jest najważniejszą częścią spotkania z pacjentem, pozwala bowiem określić zgłaszane przez pacjenta dolegliwości bólowe i problemy zdrowotne.

Podczas zbierania wywiadu należy zwrócić szczególną uwagę na następujące problemy:

- przebieg znieczulenia i ewentualne związane z nią powikłania, takie jak nudności, wymioty, powolne wybudzenie,
- początek występowania bólu pooperacyjnego,
- czas trwania bólu i rodzaj bólu,
- lokalizacja,
- wrażliwość na ból (intensywność odczuwanego bólu związana z jego osobniczą wrażliwością),
- czynniki wpływające na próg bólowy (ciepło i wyższa temperatura ciała, komfort psychiczny, nastrój, lęk, osłabienie),

- poprzednie doświadczenia związane z doznawaniem bólu,
- niepokój i lęk związany z oczekiwaniem na wystąpienie bólu po znieczuleniu przewodowym,
- obecne choroby i ich leczenie,
- metody stosowane do tej pory w zwalczaniu bólu,
- ocenę sprawności fizycznej, ponieważ pytania te dostarczają istotnych danych o stanie pacjenta,
- występujące alergie,
- nadużywanie nikotyny, alkoholu, narkotyków, leków uspakajających lub nasennych,
- ocenę stanu świadomości, napięcia mięśniowego, ewentualnych niedowładów,
- stan emocjonalny (stany lękowe spowodowane sytuacją zdrowotną, rodzinną, zawodową, gniew, zaburzone poczucie bezpieczeństwa),
- cechy temperamentu osoby odczuwającej ból (introwertycy mają mniejszą tolerancję na ból niż ekstrawertycy).

Zgromadzone dane umożliwiają rozpoznanie aktualnego i wcześniejszego stanu pacjenta, jego zachowań, dolegliwości, samopoczucia, problemów, a następnie podjąć odpowiednie działania. W czasie przeprowadzania wywiadu powinny być zachowane zasady intymności i szacunku, ponieważ pacjent traktuje taką rozmowę jako wyraz zainteresowania pielęgniarki oraz poczucie bezpieczeństwa i oparcia.

Po zakończeniu wywiadu należy przeprowadzić badanie przedmiotowe. Przeprowadzone powinno ono być przez pielęgniarkę u każdego pacjenta, w celu obiektywnej oceny funkcjonowania poszczególnych narządów i układów. Pozwala to na ocenę i zróżnicowanie dolegliwości oraz objawów chorobowych. Aby przeprowadzić badanie przedmiotowe należy wcześniej zapewnić odpowiednie warunki na sali takie jak: sprawne wykonanie oraz zachowanie intymności i wygody pacjenta. Na początku należy krótko i zwięźle wyjaśnić pacjentowi, jakie są cele, schemat metody badania, wskazane jest również, aby w czasie badania informować chorego o kolejnych czynnościach. Ważne jest, aby przeprowadzone badanie było sprawne, oszczędzało wysiłek pacjenta i ułatwiło sporządzenie opisu stanu zdrowia.

W badaniu uwzględnić się:

- ocenę stanu umysłowego, funkcji poznawczych i obwodowych funkcji sensorycznych,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz częstości akcji serca, ciśnienie powinno być mierzone na tętnicy ramiennej,
- pomiar tętna na tętnicy promieniowej z jednoczesną oceną cech tętna takich jak: miarowość, częstość, wypełnienie, napięcie, wysokość, chybkowość, symetryczność,
- pomiar częstości oddechów na minutę uwzględniający tor oddechowy, charakter oddechów,
- osłuchiwanie płuc i serca,
- pomiar temperatury ciała,
- pomiar saturacji,

- oglądanie skóry, ocenę stanu skóry, jej koloru,
- ocenę ruchomości i ograniczeń w obrębie stawów, co ma znaczenie w trakcie układania chorego.

Obserwacja pacjenta na sali jest bardzo ważną metodą zbierania informacji przez pielęgniarkę. Niekiedy stanowi główny sposób gromadzenia danych, zwłaszcza wtedy, gdy:

- nie ma czasu, ani możliwości, aby przeprowadzić wywiad (pacjent podłączony do respiratora),
- pacjent niechętnie zgłasza dolegliwości,
- z różnych przyczyn utrudniona jest komunikacja z chorym.

Koncepcja i sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej w przypadku człowieka operowanego koncentruje się na ocenie aktualnej, niepożądanego sytuacji i podmiotowych cechach stanu osoby diagnozowanej.

1.3. Skale oceny bólu.

Pomocne w ocenie nasilenia bólu są skale wypełniane przez pacjentów w określonym odstępie czasu. Skale te pozwalają na dobranie odpowiedniego sposobu leczenia bólu pooperacyjnego. Aby sprostać zadaniom walki z bólem pooperacyjnym pielęgniarka musi każdego chorego traktować indywidualnie, jednocześnie z całą wyrozumiałością dla jego cierpienia. Ze względu na występowanie indywidualnych różnic w odpowiedzi na leczenie bólu pooperacyjnego bardzo ważne jest zaangażowanie pacjenta w proces jego oceny. Podstawową zasadą w kontakcie z chorym z bólem pooperacyjnym jest zaufanie jakim powinna darzyć pielęgniarka pacjenta, akceptując jego informacje. Ból pooperacyjny jest zjawiskiem subiektywnym, dlatego też można go zmierzyć tylko opierając się na ocenie subiektywnej, w której decydujące znaczenie ma wypowiedź chorego, przedstawiona za pomocą oznaczeń na odpowiedniej skali.

Najczęściej stosowane są skale oceniające intensywność bólu przez obserwatora, którym jest pielęgniarka oraz przez samego pacjenta w oparciu o następujące kryteria:

- słowa – skale słowne,
- liczby – skale numeryczne,
- linie – skale wzrokowo – analogowe,
- obrazki – skale dla dzieci, określające wyraz twarzy.

SKALE OCENIAJĄCE INTENSYWNOŚĆ BÓLU PRZEZ OBSERWATORA:

Kompromisowe podejście zaproponował Prys – Roberts konstruuując skalę oceny bólu przeznaczoną dla personelu pielęgniarskiego. Skala ta jednak wymaga czynnego uczestnictwa pacjenta. Natężenie bólu jest w niej oceniane w spoczynku jak również podczas ruchu w punktacji od 1 do 4, stosując następującą skalę:

- 1 punkt – brak bólu w spoczynku i w ruchu,
- 2 punkty – brak bólu w spoczynku i nieznaczny ból przy poruszaniu się,
- 3 punkty – okresowy ból w spoczynku i umiarkowany w okresie ruchu,

- 4 punkty - ciągły ból w spoczynku i ciężki ból przy poruszaniu się.

Natomiast skala Tordy koncentruje się na bólu odczuwanym podczas głębokiego oddychania i kaszlu. Może to być szczególnie ważne po operacjach w obrębie nadbrzusza i klatki piersiowej. Natężenie bólu jest w niej również oceniane za pomocą punktacji gdzie:

- 1 punkt odpowiada brakowi bólu w czasie kaszlu,
- 2 punkty odpowiadają brakowi bólu przy głębokim oddychaniu,
- 3 punkty odpowiadają brakowi bólu w spoczynku i bólowi przy głębokim oddychaniu,
- 4 punkty otrzymuje pacjent odczuwający ból nawet w spoczynku.

SKALE OCENIAJĄCE INTENSYWNOŚĆ BÓLU PRZEZ SAMEGO PACJENTA:

Podstawowe znaczenie w praktyce szpitalnej Akademickiego Szpitala Klinicznego mają skale oceny intensywności bólu oparte na samoocenie pacjenta, tj. skale słowne i liniowe. Skale ocen słownej (verbal rating scale) to skale porządkowe, są krótkie, łatwe w stosowaniu oraz zrozumiałe np. ból żaden, łagodny, umiarkowany, silny. Oceniają ból w sposób opisowy i zawierają szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu.

Skala czterostopniowa:

- 0 – nie ma bólu,
- 1 – ból lekki,
- 2 – ból silny,
- 3 – ból nie do zniesienia.

Skala pięciostopniowa (Likerta) [24]

Bardzo małe nasilenie	Małe nasilenie	Średnie nasilenie	Duże nasilenie	Bardzo duże nasilenie
-----------------------	----------------	-------------------	----------------	-----------------------

Skala opisowa:

- 0 – nie ma bólu,
- 1 – łagodny,
- 2 – znośny,
- 3 – dotkliwy,
- 4 – nieznośny,
- 5 – nie do wytrzymania.

Bez bólu	łagodny	umiarkowany	silny	bardzo silny	Nie do zniesienia
----------	---------	-------------	-------	--------------	-------------------

Słowne skale oceny bólu są często krytykowane, gdyż zawarte w nich określenia są różnie interpretowane oraz wyrażają brak czułości i nieznaną rozmiar różnic między opisami. Niemniej jednak są szeroko rozpowszechnione, gdyż zdaniem wielu są łatwiejsze i lepiej ujmują wielowymiarowy charakter bólu.

Skala oceny liczbowej – numeryczna (numerical rating scale):

To skala łatwa w zastosowaniu, zawiera szereg liczb od 0 do 10 rozmieszczonych wzdłuż linii. Pielęgniarka prosi pacjenta, aby określił jak silny jest ból, wskazując na odpowiednią liczbę najlepiej pasującą do odczuwanego nasilenia bólu, przy czym 0 odpowiada bezbolesności, a 10 –

najgorszemu bólowi jaki sobie można wyobrazić.

NRS [24]									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wykazano jej wysokoczułość i rzetelność w porównaniu z innymi skalami pomiaru bólu, ponieważ zawiera wystarczające zróżnicowanie udzielanych odpowiedzi dotyczących natężenia bólu. Skala ta wydaje się wyborem u pacjentów starszych po zabiegach chirurgicznych gdzie wskazane jest badanie odnotowywane w karcie obserwacji w porównywalnych odstępach czasu.

Skala wizualno – analogowa (VAS Visual analogue scale):

Jest najbardziej rozpowszechnioną skalą na świecie i znajduje szerokie zastosowanie w praktyce klinicznej. Pielęgniarka prosi chorego, aby zaznaczył stopień odczuwanego bólu na prostym odcinku długości 10 cm z zaznaczonym jedynie początkiem wyrażającym całkowity brak bólu i końcem, który odpowiada największemu natężeniu bólu. Należy zmierzyć w mm długość linii do miejsca zaznaczonego przez pacjenta.

RYS. 2. Skala VAS [11] (na stronie 25)

Skala graficzna:

Zawiera pewną ilość słów rozmieszczonych wzdłuż linii o wzrastającym określeniu bólu np. brak bólu, niewielki ból, średni, duży. W powszechnej ocenie pacjentów jest bardziej subiektywna niż pozostałe skale liniowe.

RYS. 3. Skale graficzne oceny bólu u dzieci i dorosłych [11,39] (na stronie 25)

RYS. 4. Termometr bólu [10] (na stronie 25)

Przedstawione skale uwzględniają tylko zmysłowy wymiar bólu. Niezależnie jak ze skal używa się w okresie pooperacyjnym, ważna jest ocena całościowa pacjenta i intensywności bólu zarówno w spoczynku jak i w ruchu. Ponieważ skale oceny bólu nie obejmują w całości doznań pacjenta, należy ocenę natężenia bólu prowadzić na podstawie komunikacji niewerbalnej, klinicznych objawów mogących świadczyć o bólu i kwestionariuszy opisujących zachowania chorych. Jednym z najczęściej wykorzystywanych jest polska wersja kwestionariusza Malzaca, która umożliwia ilościowe i jakościowe określenie doznań badanego. Za pomocą tego kwestionariusza oceniane są doznania sensoryczne i emocjonalne oraz mierzyć nasilenie bólu. Kwestionariusz ułatwia ponadto całościowe podejście do pacjenta i jego doznań bólowych, uwzględniając kontekst psychologiczny warunkujący percepcję bólu.

Dobre postępowanie z bólem pooperacyjnym jest częścią nowoczesnego leczenia, skutkuje zmniejszoną liczbą powikłań, minimalizuje cierpienie pacjenta, poprawia jego jakość życia w okresie okołoperacyjnym, skraca pobyt w szpitalu, umożliwia wcześniejszy powrót do normalnej aktywności życiowej i rehabilitacji co w konsekwencji może wpłynąć na obniżenie kosztów leczenia.

Ze względu na złożoność zjawiska bólu w jego leczeniu winien brać udział cały zespół terapeutyczny, w tym bardzo ważną rolę odgrywa pielęgniarka.

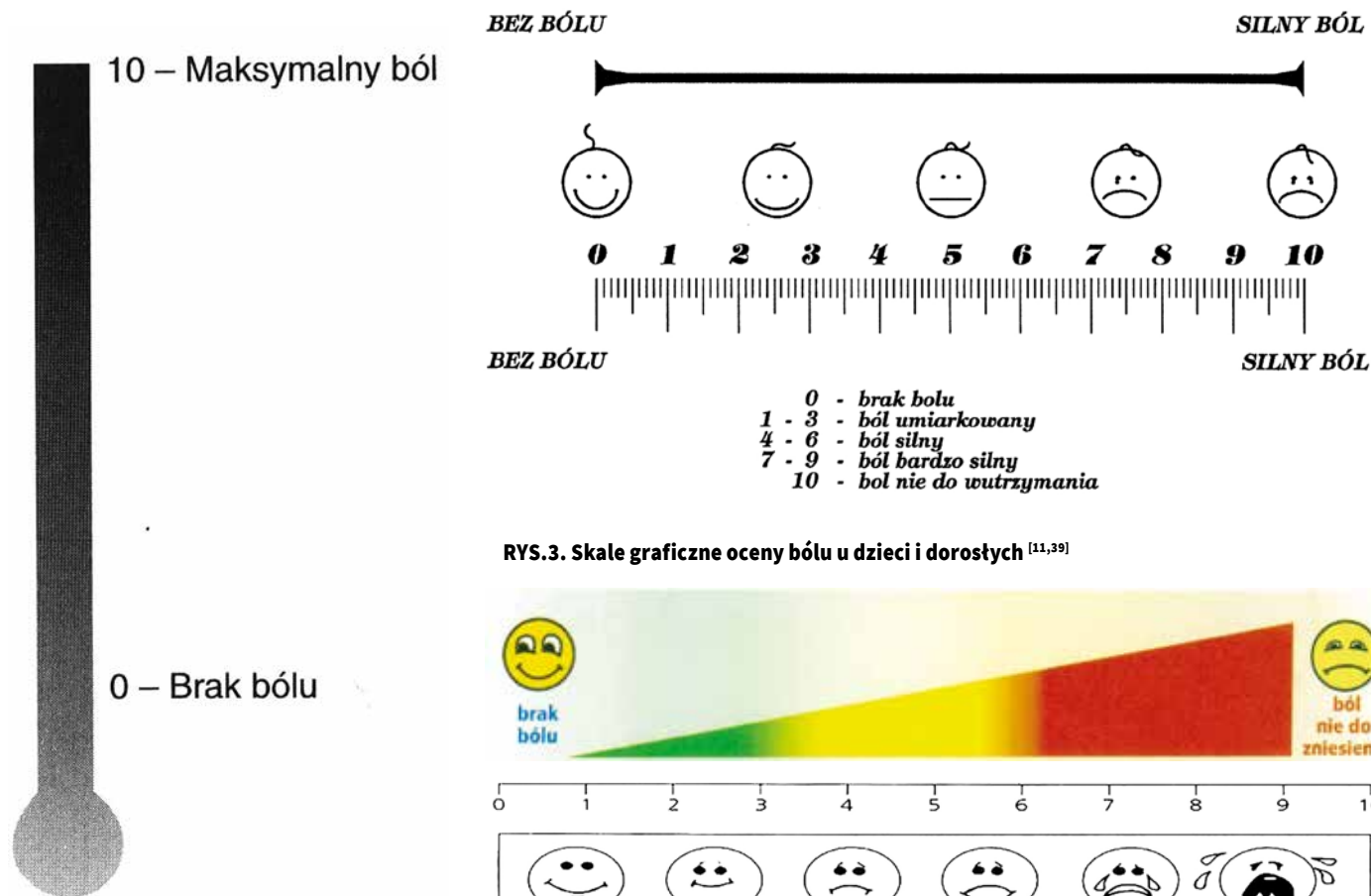
Pielęgniarska analiza i ocena bólu pooperacyjnego stanowi istotne uzupełnienie opieki lekarskiej. Jest ważnym elementem warunkującym udany i bezpieczny przebieg operacji i opieki pooperacyjnej. Pielęgniarka sprawuje intensywny nadzór nad pacjentem, kontrolując jego parametry życiowe oraz wnikliwie obserwuje jego stan ogólny. Z powyższego wynika, że jest ona odpowiedzialna za zapewnienie bezpieczeństwa zarówno fizycznego jak i psychicznego choremu, który powierza swoje życie i zdrowie zespołowi terapeutycznemu. Każda skarga osoby cierpiącej powinna być rozpatrywana osobno, a metoda walki z bólem dobrana indywidualnie. Czynności, jakie podejmuje pielęgniarka stanowią integralny element procesu leczenia. Bezpieczeństwo oraz wydajność leczenia bólu pooperacyjnego można poprawić dzięki zaprezentowanej częściej ocenie stanu pacjenta, dobrej edukacji personelu oraz chorych w zakresie stosowanych metod i leków.

LITERATURA

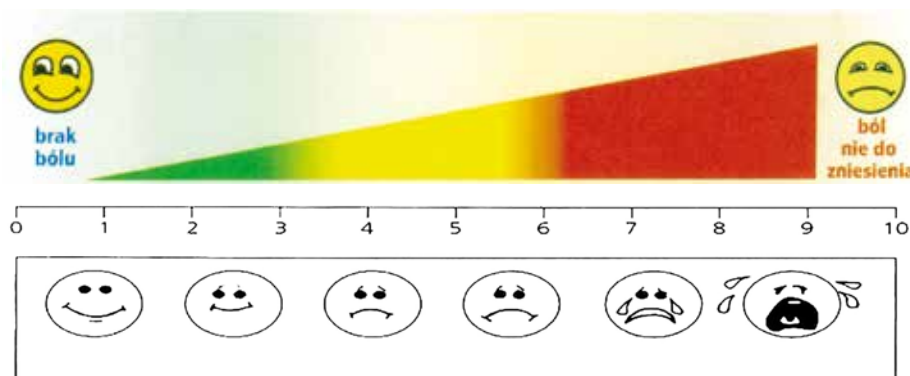
- Aitkenhead A.R., Smith G., Rowbotham D.J.: Anestezjologia; redakcja wydania II polskiego Kübler A., tom II, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2008.
- Mayzner – Zawadzka E.: Anestezjologia kliniczna z elementami intensywnej terapii i leczenia bólu; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Miziołek H., Cettler M., Woron J., Wordliczek J., Dobrogowski J., Mayzner – Zawadzka E.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014.
- Miziołek H.: Leczenie bólu pooperacyjnego; Miesięcznik Leczenie bólu 2009/2, s. 4,5,6,7.
- Pieczonka A.: Spojrzenie na leczenie bólu pooperacyjnego w Magazynie Pielęgniarki i Położnej 2010/3, s. 18.
- Przekłosa – Muszyńska A., Dobrogowski J., Wordliczek J., Korsa E.: Ból w okresie okołoperacyjnym; Magazyn Medyczny Ból, 2005/11, s. 36 – 39.
- Suchorzewski M.: Ból i jego leczenie w: Anestezjologia i Intensywna opieka pod redakcją Wołowicka I., Dyk D., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- Śliwa S.: Każdy ma prawo do życia bez bólu; Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2009/7-8, s.40.
- Weinert M.: Anestezjologia; redakcja wydania I polskiego Kübler A., Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2008.
- Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.): Ból ostry; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Wordliczek J., Dobrogowski J.: Leczenie bólu; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
- Współczesne problemy Farmakoterapii bólu, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2005.
- Wytoczne Polskiego Towarzystwa Badania Bólu dotyczące uśmierzania bólu pooperacyjnego w Magazynie Medycznym Ból, 2008.

RYS. 2. Skala VAS [11]
Skala graficzna – (po prawej)

Skala VAS (Visual Analogue Scale)



RYS.3. Skale graficzne oceny bólu u dzieci i dorosłych [11,39]



RYS.4. Termometr bólu [10]

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE

pilnie zatrudni **PIELĘGNIARKI**

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki płacowe,
- dowolną formę zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

KONTAKT:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
w Głogowie, ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
TEL.: 76/ 837-32-42
KOM.: 609-457-199,
FAX: 76/ 837-33-77

Droga Marzenko Mazur,

Niech tytuł
„Specjalisty
w dziedzinie
pielęgniarstwa
ratunkowego”
przyniesie Ci
jeszcze więcej satysfakcji,
zmotywuje
do dalszego samorozwoju
i zapewni
wspaniałą przyszłość.
Serdecznie gratulujemy
i życzymy
wszystkiego najlepszego!

koleżanki
z Działu Anestezjologii
Szpitala Specjalistycznego
im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.

Tuż przed Świątami Wielkiej
Nocy **pożegnaliśmy naszą
koleżankę Renię Wróbel,**



pielęgniarkę 4 Wojskowego Szpitala
we Wrocławiu, która na zawsze
pozostanie w naszych sercach
i pamięci jako osoba kochająca
ludzi, pogodna, życzliwa,
pełna radości i chęci życia.

Renia na każdym dyżurze dzieliła
się z nami wszystkim co miała
i potrafiła. Była częścią rodziny,
którą tworzymy razem w szpitalu.
Dziękujemy jej za to, że mogłyśmy
z nią pracować, za to, że była z nami
przez wszystkie lata, za wspólne
rozmowy, radości, zabawę, smutek
i żal, za wszystkie wspólne dyżury
i razem spędzone chwile.

Bolała nas bezsilność, a teraz serce
pęka nam z tęsknoty za nią, za jej
uśmiechem i humorem. Odeszła od
nas stanowczo za szybko. Do końca
dzielnie walczyła z chorobą, nie
tracąc przy tym ciepła i serdeczności
- jakby nie chciała sprawiać nikomu
kłopotu swoim cierpieniem.

Swój ostatni dyżur zakończyła
cicho w dniu wspomnienia
Ostatniej Wieczerzy, kiedy to
Pan Bóg otworzył Niebo; na sali
chorych, gdzie sama wiele razy
odprowadzała innych do Domu Ojca.

Odeszła cicho, bez słów
pożegnania - jakby nie chciała
swym odejściem smucić;
jakby wierzyła w godzinę
rozstania, że ma niebawem
z dobrą wieścią powrócić....

Pokój jej wieczny w Cichej Krainie,
gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie
płynie, gdzie słyszeć Boga głos
serdeczny... pokój Ci wieczny.

Do zobaczenia Reniu po
drugiej stronie tęczy...

Pielęgniarka Naczelna,
Przełożona Kliniki
Chorób Wewnętrznych,
Pielęgniarki Koleżanki i Koledzy
4 WSKz P we Wrocławiu

Dyrekcji i Pracownikom Przychodni i Szpitala MSW we Wrocławiu
serdeczne podziękowania za wcześniejszą pomoc i uczestnictwo w ostatniej drodze

ŚP. ELŻBIETY BOCHENEK

składają pograżeni w smutku :

Mąż z córkami i rodzina

**„Siostro – ptaku
nocnych korytarzy,
sal wypełnionych bólem...
niesiesz ulgę cichą
w wątych rękach”**

Gorąco dziękujemy
paniom pielęgniarkom
oraz pani Sylwii i pani Dorocie
za profesjonalną a jednocześnie
pełną współczucia opiekę nad
naszą ciężko chorą mamą
Anną Czyrską.

Dzieci – Małgorzata Płaczek
i Piotr Czyrski



***Pogrążeni w głębokim smutku informujemy, że w dniu 29 kwietnia 2017 r.
odeszła od nas nasza Koleżanka – pielęgniarka***



Bożena Bedryk

Dyrektor Biura Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

***Jej zaangażowanie w pracę, doświadczenie i chęć pomagania wszystkim
służyły nie tylko członkom naszej Izby przez ostatnie osiem lat.***

***Zawsze pomocna, otwarta na nowe wyzwania
realizowała je jak najsumienniej.***

Odeszła niespodziewanie, za wcześnie...

***Rodzinie i Najbliższym składamy najszczerze wyrazy współczucia
Będzie nam jej bardzo brakowało, na zawsze pozostanie w naszej pamięci.***

***Anna Szafran – Przewodnicząca DORPiP we Wrocławiu
z Członkami Rady i Pracownikami Biura DOIPIP we Wrocławiu
oraz***

***Teresa Fichtner-Jeruzel – Przewodnicząca Oddziału PTP we Wrocławiu
oraz koleżanki i koledzy z Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego***



„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała, swym odejściem smucić...
tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”
Ks. J. Twardowski

Z ogromnym żalem i smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

Barbarę Bilińską

Pielęgniarkę Oddziałową w Klinice Neonatologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

Basiu, dziękujemy Ci za Twoją przyjaźń, ofiarność,
niezawodność, pracowitość i promiennosc.
W tym świecie byłaś osobą zupełnie niezwykłą,
a my jesteśmy dumni,
że mogliśmy z Tobą pracować i przebywać.

Wyrazy współczucia i słowa otuchy Rodzinie składają:

Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
Przełożona Pielęgniarek i Położnych,
Pielęgniarki i Położne Oddziałowe
oraz wszystkie Pielęgniarki Położne
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

„Odszedłeś cicho, bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciał swym odejściem smucić ...
Tak jakbyś wierzył w godzinę rozstania,
Że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”
Ks. J. Twardowski

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszego kolegi

Seweryna Pudełko

Wyrazy szczerzego współczucia Rodzinie i Najbliższym

słowa wsparcia w trudnych chwilach składają:
Naczelną Pielęgniarką 4WSKzP we Wrocławiu
oraz koleżanki i koledzy
z Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Za –cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa w SPSK Nr 1 we Wrocławiu

Violetcie Magierze

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
TEŚCIOWEJ

składają współpracownicy

Naszemu koledze,

Wiesławowi Zielonce

wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci
TATY

Składa Przewodnicząca DORPiP z członkami Rady
i Pracownikami DOIPiP we Wrocławiu.

Można odejść na zawsze, by stale być blisko.

Jolancie Piekłowskiej

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci
MAMY

Składa Dyrekcja i współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc

“Można odejść na zawsze, by stale być blisko”
Naszej koleżance

Dorocie Dziedzic

wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci
MAMY

składają koleżanki i koledzy Oddziału Anestezjologii i
Intensywnej Terapii, Szpitala Marciniaka

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”
ks. Jan Twardowski

Wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy
Naszej Koleżance i Jej Rodzinie

Katarzynie Malinowskiej

z powodu śmierci
TATY

Składają koleżanki, koledzy oraz współpracownicy oddziału V
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

“Czas wszystko zbiera, bo zabrać jest w stanie
Lecz nigdy nie zabierze tego, co w sercu zostanie”

Naszej koleżance

Dorocie Dejner

wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci
TATY

składają koleżanki i koledzy Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii, Szpitala Marciniaka

„Dni człowieka są jak trawa; kwitnie jak kwiat na polu.
ledwie muśnie go wiatr, a już go nie ma ...”
Ps 103 (102)

Anecie Majce-Szymańskiej

składamy serdeczne wyrazy współczucia
z powodu śmierci
MAMY

Koleżanki i koledzy z Działu Bloków Operacyjnych
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

„Nie żyjemy, aby umierać...
ale umieramy, aby żyć wiecznie”

M. Buchberger

Naszej Koleżance

Bożenie Filipiak

wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci
MAMY

składają koleżanki i koledzy z Działu Bloków Operacyjnych
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

„I nastąpi wokół cisza, cisza, która wszystko wypełnia.

Wydaje się, że nie ma już nic,
ale jak się trochę bardziej wsłuchać
słyszysz jak się śmiesz i krzatasz po domu.
Słyszysz rytm twego serca i oddech,
słyszysz ... jednak, to tylko wspomnienia”.

Naszej koleżance

Renacie Mazurkiewicz

wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy powodu śmierci
TATY

składa Zespół Działu Anestezjologii
Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.

„Z każdego kąta żalność człowieka ujmuje,
a serce swojej pociechy darmo upatruje.”

Jan Kochanowski

Naszej Koleżance i Jej Rodzinie

Łucji Chojnickiej

wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci
Córki ANNY

Składa

Dyrekcja, koleżanki, koledzy oraz współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

„Na wszystko jest wyznaczony czas,
Czas na każdą sprawę pod niebiosami,
Jest czas rodzenia i czas umierania”

Księga Koheleta

Naszej Koleżance

Renacie Mazurkiewicz

wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci
TATY

składają: Pielęgniarki i Położne Szpitala Specjalistycznego
im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2 we Wrocławiu

Ludzie żyją tak długo,
jak długo inni pielęgnują pamięć o nich myśląc i kochając.

Naszej koleżance

Jolancie Piekłowskiej

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci ukochanej mamy

składają koleżanki i współpracownicy Izby Przyjęć
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc

Naszej koleżance

Ewie Chrzanowskiej

wyrazy głębokiego współczucia i szczerzego żalu
z powodu śmierci
OJCA

składają koleżanki z Bloku Operacyjnego Szpitala
Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

„W momencie śmierci bliskiego uderza człowieka świadomość
niczym nie dającej się zapełnić pustki”

Józef Tischner

Naszej Koleżance

Katarzynie Malinowskiej

wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci
TATY

Składa

Dyrekcja, koleżanki, koledzy oraz współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

„Nie umiera ten, kto żyje
w sercach i pamięci innych”

Z głębokim żalem żegnamy
Naszą Koleżankę

Krystynę Majchrzak

pracownicy
NZOZ „RONDO-MED” Sp. z o.o.

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”

Ksiądz Jan Twardowski

Wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy koleżance

Ani Medyńskiej

z powodu śmierci
BRATA

składają koleżanki z Samodzielnego Publicznego Szpitala
Klinicznego nr 1 we Wrocławiu ul. Curie-Skłodowskiej 58



BEZPŁATNE KURSY SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Małopolskie Centrum Edukacji oraz Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

w Krakowie, zapraszają osoby pracujące w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza lub położnej/położnego, zamieszkałe i/lub zatrudnione na terenie województwa dolnośląskiego na bezpłatne kursy specjalistyczne, realizowane w ramach projektu: Szkoła dla zdrowia - kursy zawodowe dla pielęgniarek i położnych

Kursy specjalistyczne:

- Ordynowanie leków i wypisywanie recept (pielęgniarki i położne)
- Wywiad i badanie fizykalne (pielęgniarki i położne)

Miejsce organizacji kursów: Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

Zapewniamy: wykłady i ćwiczenia, staże zawodowe w oddziałach szpitalnych i gabinetach POZ, egzaminy końcowe, opiekę kierownika kursu, bezpłatne materiały szkoleniowe, a w trakcie zajęć poczęstunek

Rekrutacja: do wyczerpania limitu miejsc.

Terminy kursów:

- Ordynowanie leków i wypisywanie recept: wrzesień-październik 2017 r.
- Wywiad i badanie fizykalne: listopad-grudzień 2017 r.

Dokumenty (wyłącznie na formularzach projektowych) można składać lub przesyłać na adres:

Małopolskie Centrum Edukacji, ul. Podhalańska 4, 34-700 Rabka Zdrój

lub

Dolnośląska Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50, Wrocław, a także przesać drogą elektroniczną (skany podpisanych dokumentów) na adres:

projekty@malopolska.edu.pl

Szczegóły na: www.medyczne.malopolska.edu.pl

**W przypadku dodatkowych pytań prosimy o kontakt z Działem Kształcenia DOIPiP we Wrocławiu
tel: 71/333 57 08; 71/333 57 12**