

W CIENIU CZEPKA

NIEZALEŻNY
MIESIĘCZNIK
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
OKRĘGU
WROCŁAWSKIEGO
I LEGNICKIEGO

ISSN 1425-6584

www.doipip.wroc.pl



NUMER 10 (264) - PAŹDZIERNIK 2013
WROCŁAW - LEGNICA

W CIENIU CZEPAKA

niezależny miesięcznik
pielęgniarek i położnych
okręgu wrocławskiego i legnickiego.
(www.doipip.wroc.pl)

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Olechowska Urszula
Jędrzejewska Leokadia
Szafran Anna
Bogumił Lucyna
Koziaż Ewa
Łabowicz Beata
Golicka Marzenna
Kolaszińska Jolanta
Szerszeń Teresa

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

Konsultacja polonistyczna
mgr Katarzyna Sawicka

Materiałów niezamówionych redakcja nie
zwraca, w tekstach publikowanych zastrze-
ga sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz
poprawek stylistyczno-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: fot. W. Sawicki
Numer zamknięto 8.10.2013 r.
Do druku przygotowano 10.10.2013 r.
Nakład 3500 egz.

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

**DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK 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
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 11-14
środa 8-15
czwartek 10-16
piątek NIECZYNNA

BIBLIOTEKA
wtorki od 14 do 17
piątki od 9 do 14

**OKRĘGOWY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**
tel. **71/ 364 04 44**,
informacja o dyżurach na stronie internetowej DOIPiP
w zakładce ORGANIZACJA PRACY BIURA- ORZOZ
OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK 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
**KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ
I NIE UDZIELA INFORMACJI**

W NUMERZE str.

VI Akademia Pielęgniarstwa

Dokąd zmierzamy	2
Eugenika	4
Sylwetki... ..	6
Bioetyka	10
„W chmurze”	12
Informacje z NRPiP	14-15
Stanowisko w sprawie... ..	17
Pielęgniarstwo	
Niedożywienie	18
Informacje prawne	
eWUŚ	21
Pamięć i serce.....	22-23
Ogłoszenia.....	24-25

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Sekretariat	071 333 57 02
.....	071 373 20 56 tel/fax
Przewodnicząca	071 333 57 03
Wiceprzewodnicząca	071 333 57 10
Sekretarz.....	071 333 57 04
Skarbnik.....	071 333 57 07
Dyrektor Biura	071 333 57 00
Ewidencja	071 333 57 09
Rejestr praktyk	071 333 57 07
Księgowość.....	071 333 57 06
Radca prawny	071 333 57 10
Kasa	071 333 57 01
Biblioteka	071 333 57 05
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.....	071 364 04 44
Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych	071 364 04 44
Dział Kształcenia	71/ 333 57 08
Kierownik Działu Kształcenia	– 71/ 364 04 35
Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	– 76/746 42 03

J e s i e ń

Rozelkała się jesień łzami dżdżu mętnemi,
W mgle zdrętwienia śpią mroczne, zasepione łany...
Ucichło we mnie wszystko, padło w mrok podziemi.
Drzwi, co w świat czucia wiodą, głucho się zawarły,
Jestem jak serce gwiazdy wystygłej, umarłej,
Gdzieś dawno przed tysiącem wieków zapomnianej.

Na rany duszy kładzie mgła wilgotne płótna,
Co koją ból. Usnęła pamięć i sumienie.
Jest mi, jak gdyby nigdy troska ni myśl smutna
Nie była duszy biczem ni ogniem, co pali.
Dobrze jej w znieczuleniu... Niech śpi! Ból hen – w dali.
Niechaj nie wstaje słońce – bo cichsze są cienie...

A teraz tylko cienia pragnę, tylko ciszy,
By się nie zbudził potwór ciemny i ponury,
Co duszy mej widnokrąg zaległ. Gdy usłyszysz
Dźwięk, gdy go zbudzi blask, zwraca swe lice
Ku mnie i z oczu krwawych ciska błyskawice,
Śmieje się gniewnie, jakby grzmot przebiegał chmury.

Woła szyderczo, świecąc ślepi szkliwem białem,
Żem grzechy swe, miast zabić, stroił w tęczę odzienie,
Ze miałem iść przez ciernie, a ja – tchórz – zostałem,
Żem wielkich pragnień ptaki zabił podłgł dłońią,
Co wyrzut mają w oczach, mrąc, lecz się nie bronią...
Niechaj nie wstaje słońce – bo cichsze są cienie

Teraz śpi potwór. Jesień płacze łzy mętnemi,
W mgle zdrętwienia śpią mroczne, zasepione łany...
Ucichło we mnie wszystko, padło w mrok podziemi.
Drzwi, co w świat czucia wiodą, głucho się zawarły,
Jestem jak serce gwiazdy wystygłej, umarłej,
Gdzieś dawno przed tysiącem wieków zapomnianej.

Leopold Staff

Od redakcji

Październik – lecą złote liście z drzew, słońce pokazuje swoje ostatnie palące promienie, wokół jesień. Powoli usypia świat roślin i zwierząt. Nawet domowe stworzenia psy i koty są jakby bardziej osowiałe, smętne. W przyrodzie zapada cisza, czekająca na czas zimowego odpoczynku.

Tylko świat ludzi wciąż pełen jest życia, energii i działania. Istoty myślące miały już swój moment wypoczynku i przeciwieństwie do odpoczywającej zimą natury – na czas relaksu wybrały najgorętszą porę roku lato. Teraz pełni planów, marzeń i ambicji dążą do spełniania się w każdej sytuacji. Dążą do celu, jaki sobie postawili jakiś czas temu, by spełnić się zawodowo, urzeczywistnić swoje marzenia, zrealizować plany. Jest więc człowiek istotą, która musi działać, pracować, poznawać nieznanne horyzonty świata. Ale jak każde stworzenie poddaje się woli natury i gdy nadchodzi wieczór, zapada w stan melancholii, refleksji i przemyślenia (oczywiście tylko wtedy, gdy zabraknie światła i nie można spędzić wieczorno-nocnych godzin na czacie, przy telewizorze czy komputerowej grze).

Październik to długi miesiąc, który budzi w nas chęć poznawania świata w kolorowych barwach jesieni, tak innych od letniego skwaru. Popularnością cieszą się wycieczki rowerowe, piesze wyprawy w góry, spacer po okolicznych parkach i nade wszystko grzybobrania, które łączą ze sobą wspomniane wyżej formy relaksu. Jest więc to okres łagodnego kontaktu z naturą, potrzebnego do podbudowywania swoich sił, by skuteczniej realizować założone plany i marzenia.

Nie marnujemy złotej polskiej jesieni na siedzenie w domach, wyjdźmy jej na przeciw, by napić spragnione oczy pięknem przyrody, płuca świeżym powietrzem, a serca umiłowaniem świata. W końcu zawsze może nas spotkać miła, jesienna przygoda.

A wewnątrz naszego pisma znajdziecie Państwo strony poświęcone VI Akademii Pielęgniarstwa, która pierwszego października w Hotelu Wrocław licznie zgromadziła pielęgniarki i położne. W części oficjalnej brało udział wielu gości i miała miejsce miła uroczystość wręczenia statuetek trzem laureatom plebiscytu „ANIOŁ W CZEPKU”. Pozytywną atmosferę konferencji oddają zdjęcia zamieszczone na okładce i dalszych stronach.

Życzymy miłej lektury.

Redakcja



mgr Urszula Olechowska

*Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu*

VI AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA



CO OSIĄGNIĘLIŚMY W PIEŁĘGNIARSTWIE – DOKĄD ZMIERZAMY?

W dniu 01 października 2013 r. w Centrum Konferencyjnym Hotelu Orbis Wrocław odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa z cyklu Akademia Pielęgniarstwa.

Temat VI Akademii Pielęgniarstwa to:
„Co osiągnęliśmy w pielęgniarstwie – dokąd zmierzamy?”.

Jak co roku konferencja organizowana jest przy współpracy z towarzystwami i stowarzyszeniami. W 2013 r. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu do współpracy zaprosiła Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział we Wrocławiu, któremu serdecznie dziękuję za włożony trud i poświęcony czas. Jednocześnie pragnę podziękować Pani dr Marii Cisek – Prezesowi Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego za objęcie patronatem honorowym VI Akademii Pielęgniarstwa.

ZAPROSZENIE NA KONFERENCJĘ PRZYJĘLI:

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
– Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

Mariola Bartusek – Przewodnicząca Komisji Etyki działającej przy NR PiP, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach,

Elżbieta Słojewska-Poznańska – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze,

Sabina Wiatkowska – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu,

Maria Paleczka – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu,

Ludmiła Domagała – Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu I i II kadencji,

Elżbieta Garwacka-Czachor – Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu III i IV kadencji, oraz przedstawiciele władz województwa dolnośląskiego, konsultanci wojewódzcy w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.

Tegoroczna Akademia Pielęgniarstwa poprzedzona była uroczystością wręczenia nagród laureatkom plebiscytu „Anioł w czepku” zorganizowanego z Gazetą Wrocławską oraz firmą Doradczco - Szkoleniową ReGo.

Patronat nad plebiscytem objął Marszałek Województwa Dolnośląskiego. Laureatkom plebiscytu w trakcie uroczystości towarzyszyły rodziny, dyrekcje placówek, w których Panie są zatrudnione oraz koleżanki z oddziałów.

W PLEBISCYCIE

„ANIOŁ W CZEPKU” pierwsze miejsce zajęła Pani **Katarzyna Nowak** z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ.

Laureatką drugiego miejsca została Pani **Dorota Zierkiewicz** pracująca na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Dolnośląskiego Centrum Onkologii. Trzecie miejsce zajęła Pani **Beata Gulczyńska**, która pracuje na Oddziale Intensywnej Terapii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

Podczas drugiej części konferencji



NASZE LAUREATKI PLEBISCYTU ANIOŁ W CZEPKU

uczestnicy mieli okazję zapoznać się z historią zawodu, wybitnymi przedstawicielkami pielęgniarstwa działającymi na terenie kraju oraz w Światowej Organizacji Zdrowia. Na konferencji nie zabrakło także tematów dotyczących przyszłości, między innymi wykorzystania informatyzacji i nowych technologii w pielęgniarstwie oraz problemów etycznych, które łączą się z wykonywaniem zawodu pielęgniarki.

Oto tematy poruszone w czasie konferencji:

1. „Etos zawodu pielęgniarstwa”
mgr Teresa Fichtner- Jeruzel.
2. „Eugenika – zagrożenie dla życia i zdrowia”
dr Mariola Marynicz- Hyla.
3. „Pielęgniarka w *Chmurze*”
dr n o zdr. Dorota Kilańska mgr pielęgniarstwa.

4. „Jakość dokumentacji medycznej a odpowiedzialność cywilna pielęgniarek i położnych”

mgr Anna Knotz – Towarzystwo Ubezpieczeń Inter Polska, S.A. Oddział we Wrocławiu

5. „Sylwetki i działalność trzech polskich pielęgniarek w Światowej Organizacji Zdrowia”

Jolanta Pogorzelska specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego .

6. „Problemy pracy pielęgniarstwa w świetle nowych dokumentów Bioetycznych”

dr Mariola Marynicz-Hyla.

Serdecznie dziękuję wykładowcom za wysoki poziom merytoryczny przygotowanych wykładów, sponsorom oraz uczestnikom za zainteresowanie.





dr Mariola Marynicz-Hyla

EUGENIKA – ZAGROŻENIEM DLA ŻYCIA I ZDROWIA

Prawo do życia jest fundamentalnym prawem człowieka, z którego wyrastają i nabierają sensu wszystkie pozostałe prawa.

Życie ludzkie jest wartością podstawową i niezbywalnym dobrem, dlatego domaga się bezwzględnej ochrony niezależnie od okresu i jakości życia. Temu sprzeciwia się dyscyplina teoretyczno-praktyczna stawiająca sobie za cel poprawę gatunku ludzkiego.

Eugenika. Termin ten wprowadził w 1869 r. Franciszek Galton, mając na celu poprawę gatunku ludzkiego. Uważał, że najprostszym lekarstwem na wzrost przestępczości, dewiacji, alkoholizmu, niedorozwoju umysłowego i wrodzonego jest NAUKOWA HODOWLA CZŁOWIEKA. Nauka powinna pójść w kierunku umożliwienia i zachęcenia zdrowych i majątnych osób do płodzenia dużej liczby potomstwa, a tym słabym, „mało wartościowym”, uniemożliwienie prokreacji.

W praktyce oznaczało to danie dale-

ko idących uprawnień dla jednostek mających władzę silniejszych nad słabszymi, dorosłych nad nienarodzonymi, zdrowych nad chorymi, bogatych nad biednymi. Działania mające na celu „ulepszenie” gatunku ludzkiego miały być realizowane poprzez:

- eugenikę pozytywną, mającą na celu wyposażenie jednostki w nowe geny lub udoskonalenie już posiadanego genetycznego wyposażenia
- eugenikę negatywną, polegającą na eliminacji wadliwych genów



Dyscyplina ta, przygotowując fundament pod selektywne podejście do prawa do życia, przede wszystkim podważa takie pojęcia jak: wartość, świętość, godność każdej osoby ludzkiej. Reguły odnoszące się do roślin i zwierząt miały odnosić się do człowieka. Mielibyśmy więc do czynienia z hodowlą człowieka, a inżynieria genetyczna zastąpiłaby proces wychowania człowieka: „Człowiek zaprogramowany i stworzony na zamówienie oraz pozbawiony możliwości buntu przeciwko wła-

snemu zaprogramowaniu przestaje w istocie być człowiekiem”. Stąd istotą eugeniki jest ZAPLANOWANIE ŚWIATA poprzez takie metody jak: aborcję, sterylizację, eutanazję, dobieranie małżonków pod kątem zdrowia przyszłego potomstwa, aborcje i eutanazje dzieci z zespołem Downa, a także szczytowanie filozofii wyrażającej się w tym, że „tylko zdrowi mają prawo do zawierania małżeństw”. Jest to w istocie genetyczny redukcjonizm, polegający na ograniczeniu wartości ludzkiego życia do jakości genetycznego dziedzictwa realizowany przez eugenikę pozytywną, selekcjonowanie najlepszych (dzieci niezbyt zdolne obniżają poziom, dlatego lepiej byłoby gdyby ich nie było). To właśnie m. in. hasła takich pseudo-uczonych, światowych eugeników jak: Galton, Holms, G. Bell, dawały podstawy do pseudonaukowych doświadczeń w hitlerowskich Niemczech oraz likwidacji szpitali psychiatrycznych pod hasłem „czystości rasy”. W Polsce, prekursorami myśli eugenicznych był Oskar Bielawski i Wernic Leon. Projektu ustawy ich autorstwa z 1953 r., nie wszedł jednak w życie.

U podstaw eugeniki leżą również metody nie przebiegające w środkach, odznaczające się przemocą i okrucieństwem, a także w sposób bezwzględny negujące humanitarne hasła. Wprowadzanie w życie tych zasad jest finansowane głównie ze źródeł Fundacji Rockefellera i ukrywa się za parawanem rzekomo naukowych podstaw.

Główne zagrożenia funkcjonujących na świecie projektów eugenicznych:

1. Klonowanie, terapie linii zarodkowych i preimplantacyjna selekcja zarodków.
2. Nakłanianie do sterylizacji chorych psychicznie, epileptyków, chorych umysłowo, pensjonariuszy zakładów opiekuńczych i więźniów.

3. Usypianie noworodków z zespołem Downa (standard postępowania w Wielkiej Brytanii, Holandii)
4. Masowe szerzenie filozofii mającej na celu odwrócenie uwagi od dobra osoby, a skierowanie ku dobro ludzkości
5. Eksperymenty na embrionach powstałych w wyniku metody in vitro
6. Eksperymenty z wykorzystaniem komórek macierzystych embrionalnych
7. Narzucanie na poszczególne kraje UE odgórnego kształtowania obywatela „handlowego” – wspólnego rynku
8. Nakłanianie rodziców do usypiania dzieci z innymi wadami, np. rozszczepem kręgosłupa (w Bytomiu funkcjonuje czwarty na świecie ośrodek, gdzie te wady operuje się z dobrym skutkiem jeszcze w łonie matek)
9. Szerzenie filozofii łatwego umierania poprzez „pomoc” w samobójstwach nieuleczalnie chorych (w Szwajcarii wystarczy zaświadczenie lekarza o nieuleczalnej chorobie i pisemne oświadczenie, że chory wypije truciznę na własne życzenie. Usługa taka kosztuje od 4-7 tysięcy euro razem z pogrzebem)
10. Zmiana nomenklatury: państwo najwyższym hodowcą, idee doskonalenia gatunku ludzkiego (obecnie promowana jest tzw. eugenika „pozytywna”, zakładająca możliwość doskonalenia cech dziedzicznych człowieka, którego celem jest stworzenie warunków pozwalających na rozwój dodatnich cech i ograniczenie ujemnych)
11. Techniki umożliwiające tzw. wzmocnienie genetyczne
12. Wprowadzenie obowiązkowych badań prenatalnych, które w przypadku chorego dziecka umożliwiają aborcję
13. Zmuszanie matek do rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku pragnienia urodzenia chorego dziecka.

WNIOSKI:

Tak wprowadzane metody eugeniczne mają na celu biologiczne wyniszczenie ludzkości. Zabijanie dzieci w ich formie prenatalnej nie wyselekcjonuje doskonałego człowieka, gdyż sam układ korzystnych genów nie jest gwarancją ukształtowania osobnika pod kątem maksymalnego wykorzystania wrodzonych cech. Niepowodzeniem genetycznym okazał się tzw. „Bank Spermę Geniuszy”. Większość chorób genetycznych i wadliwego materiału genetycznego krąży w populacji w formie ukrytej. Nie da się więc wcześniej tych wad wykryć dopóki one nie wystąpią. Ludzki genom wyznacza i warunkuje przynależność do gatunku ludzkiego, utrzymuje więź dziedziczności oraz określa cechy biologiczne i cielskie jednostki.

Działania pielęgniarskie na rzecz ochrony życia i zdrowia na tym polu powinny się skupiać na:

1. Odmowie udziału w badaniach i zabiegach eugenicznych
2. Ochronie życia i zdrowia od momentu poczęcia do naturalnej śmierci
3. Protestach przeciwko realizacji metod eugenicznych
4. Działalności i wspieraniu organizacji obrony życia (obecnie dzięki poparciu społecznemu w parlamencie europejskim znalazł się projekt: „Jeden z nas” – zabraniający eksperymentów na embrionach i niefinansujący aborcji w krajach trzeciego świata).

Bibliografia:

1. ks. Andrzej Muszla, Bioetyka w szkole, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2007
2. Maciej Zaremba-Bielawski, Higieniści. Z dziejów eugeniki, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2011
3. Kamila Uzarczyk, Podstawy ideologiczne higieny ras, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002
4. Grzegorz Braun, Eugenika w imię postępu, film DVD, Dom Wydawniczy Rafael, 2011





Jolanta Pogorzelska

*Specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego,
licencjat pielęgniarstwa*

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego

SYLWETKI I DZIAŁALNOŚĆ TRZECH POLSKICH PIEŁĘGNIAREK W ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Celem WHO jest osiągnięcie przez wszystkie narody możliwie najlepszego stanu zdrowia. Ma on być realizowany przez

- Koordynowanie pracy służb zdrowia w zakresie międzynarodowym
- Rozwijanie współpracy z organizacjami wyspecjalizowanymi ONZ i innymi organizacjami międzynarodowymi i krajowymi
- Popieranie badań w dziedzinie ochrony zdrowia
- Popieranie działań w kierunku polepszenia warunków żywienia, mieszkania, warunków sanitarnych, wypoczynku, warunków ekonomicznych i pracy
- Popieranie podnoszenia poziomu opieki nad matką i dzieckiem
- Popieranie działalności na polu zdrowia psychicznego
- Ujednolicanie postępowania diagnostycznego
- Ustalenia międzynarodowej nomenklatury chorób i przyczyn śmiertelności

Światowa Organizacja Zdrowia została utworzona na podstawie konwencji podpisanej 22 lipca 1946 r. w miejsce Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej i Stałej Organizacji Higieny Ligi Narodów. Konwencja ta weszła w życie 7 kwietnia 1948 r. po ratyfikowaniu jej przez 27 państw.

W wykonywaniu złożonych i wielokierunkowych zadań WHO biorą udział państwa członkowskie, kierując do pracy swoich specjalistów. Polska jako kraj członkowski od 1948 r. (z przerwą w latach 1950-1957) kieruje zwłaszcza wykładowców i doradców do spraw realizacji przewidzianych projektów.

Udział Polek w pracy na rzecz WHO zawdzięczać należy dwóm polskim pielęgniarkom:

Halinie Stefańskiej ówczesnej przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, oraz **Jadwidze Izzyckiej**, naczelnikowi Wydziału Programowego, a następnie wicedyrektor Departamentu Średnich Szkół Medycznych. Umiały one nadać polskiemu pielęgniar-

stwu wysoką rangę na arenie międzynarodowej przez swoje kontakty służbowe z WHO, Międzynarodowym Czerwonym Krzyżem, Międzynarodową Radą Pielęgniarek (ICN). Fakt że PTP należało do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek także miał duże znaczenie ponieważ warunkiem przyjęcia był określony przez Radę standard pielęgniarstwa w kraju członkowskim.

Rekrutacja

Rekrutacja polskich pielęgniarek do pracy w WHO odbywała się na dwa sposoby

Pierwszy polegał na zawiadomianiu ministerstwa zdrowia kraju członkowskiego o wakujących stanowiskach pracy. W odpowiedzi zgłaszani byli indywidualni kandydaci zaakceptowani przez władze kraju. W ten sposób zaangażowana była np. Anna Ginalska

Przedstawiciele WHO przybyli z Genewy do Polski w celu przeprowadzenia rekrutacji specjalistów do pracy. Spotkali się oni w Warszawie i innych miastach Polski z kandydatami do pracy zgłoszonymi i zatwierdzonymi przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewódzkie wydziały zdrowia i Opieki Społecznej.

Od kandydatów wymagano

- Właściwego przygotowania ogólnego i zawodowego (dyplom pielęgniarstwa, kwalifikacje

pedagogiczne lub administracyjne)

- Dłuższego stażu pracy w danej dziedzinie (pożądana była umiejętność opracowania programów nauczania)
- Dobrego stanu zdrowia
- Znajomości jednego lub więcej języków obcych o Organizacji i krajach przewidzianych do zatrudnienia kandydata
- Brano także pod uwagę doświadczenie jakie zdobyły pielęgniarki uczestnicząc w seminariach organizowanych przez WHO i realizację w kraju tych zaleceń.

Polskie pielęgniarki pełniły w Światowej Organizacji Zdrowia trzy rodzaje funkcji

Eksperta w różnych krajach (praca długoterminowa) była to najliczniejsza grupa zatrudnieni co najmniej 2 lata .Polskie pielęgniarki pracowały jako szefowie projektów lub członkowie ekip w projektach obejmujących swoją działalnością więcej zagadnień, a tym samym zatrudniających więcej personelu o różnych specjalnościach.

Konsultantów w różnych krajach (praca krótkoterminowa 1-3 miesięcy) na to stanowisko powoływane były zazwyczaj osoby, które współpracowały z WHO a tym samym знаły metody pracy i wymagania tej organizacji, a także miały doświadczenie w pracy z zespołem międzynarodowym.

Doradców Biura Regionalnego w Genewie

(praca w kraju) Angażował je dyrektor WHO na podstawie porozumienia z Ministerstwem Zdrowia Opieki Społecznej. Doradcy WHO rekrutowali się spośród najbardziej doświadczonych fachowców służby zdrowia w różnych specjalnościach. Okres zatrudnienia ustalał dyrektor generalny WHO, on także decydował o ewentualnym przedłużeniu zaangażowania, które trwało od kilku tygodni do lat.

Praca polskich pielęgniarek miała dwa kierunki

- Kształcenie, doksztalcanie i doskonalenie pracy personelu pielęgniarstwa i położniczego
- Pielęgniarstwo społeczne, które obejmowało profilaktykę chorób występujących w danym kraju, opiekę nad matką i dzieckiem, oświatę zdrowotną, higienę środowiska, oświatę w zakresie żywienia.

Pielęgniarki polskie były zatrudnione przez cztery biura regionalne

Europejskie
Afrykańskie
Azjatyckie
Bliskiego Wschodu



RACHELA HUTNER

2 lipca 1909 – 23 lipca 2008

Decyzję podjęciu nauki w 2,5 letniej szkole pielęgniarstwa podjęła już jako osoba dojrzała i w pełni świadoma podjętej decyzji.

Szkola Pielęgniarstwa w Warszawie 1934 – 1937

Naukę rozpoczęła w 1934, dyplom z wynikiem celującym odebrała w 1937 roku . „ nie byłam święta w szkole. Do dziś przechowuję list dyrektorki do mojego ojca informujący że - Z powodu świadomego przekroczenia regulaminu córka pana ma karnie przedłużony okres pobytu w szkole o jeden miesiąc z tym że jeśli się to powtórzy zostanie ze szkoły usunięta – ku zmartwieniu domowników i przyjaciół to się już nie powtórzyło i nie została ze szkoły usunięta.

Stypendium w Anglii 1938- 1947

Propozycję wyjazdu na roczne stypendium do Anglii złożyła jej dyr. Szkoły którą ukończyła.

W 1938 roku znalazła się w Londynie gdzie rozpoczęła pracę i naukę. W latach 1939 -1941 pracowała jako pielęgniarka rejonowa. W czasie bitwy o Anglię pracowała w Londynie jako pielęgniarka domowo – środowiskowa. W 1942 roku wstąpiła do 3 letniej szkoły pielęgniarstwa w Anglii. W 1945 roku uzyskała pełne prawa do praktyki pielęgniarstwa w Anglii. Od 1946 roku pracowała w szpitalu św. Jakuba w Londynie w charakterze pielęgniarki dyplomowanej. Kiedy w 1947 roku podjęła decyzję o wyjeździe do USA legitymowała się już dwoma dyplomami pielęgniarstwu : polskim i angielskim.

Studia na wydziale pielęgniarstwa w USA 1947 -1948 r.

Do USA przybyła jako student specjalny, studia obejmowały organizację i zarządzanie oraz pedagogikę w pielęgniarstwie. Roczny pobyt w Stanach był wypełniony bardzo bogatym programem. Jak pisze dziekan wydziału pie-

Studia na Uniwersytecie Warszawskim 1929 -1934

W 1929 roku Rachela Hutner rozpoczęła studia na wydziale Matematyczno – Przyrodniczym. Po zaliczeniu trzech lat przerwała naukę gdyż jak pisała „decyzja podjęcia pracy w pielęgniarstwie stanowiła imperatyw wyższego stopnia niż ukończenie studiów i pracy w szkolnictwie ogólnym”

łęgniarskiego Rachela chciała zdobyć tak szerokie doświadczenie jak jest to tylko możliwe aby po powrocie do kraju móc pracować albo w instytucji świadczącej opiekę pielęgniarską albo kształcącej tę grupę zawodową

1960 kurs fundacji Rockefellera na którym poznała europejskie programy kształcenia pielęgniarek a także działalność zawodową realizowaną w szkołach i stowarzyszeniach pielęgniarskich

1962 kurs z zakresu opieki pielęgniarskiej nad chorym w domu organizowany przez międzynarodowy Czerwony Krzyż i PCK

1964 w Dani kurs z zakresu administracji pielęgniarstwa w placówkach ochrony zdrowia zorganizowany przez WHO i Duńską służbę zdrowia

PRACA ZAWODOWA

W 1937 tuż po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa Rachela Hutner podjęła pierwszą pracę zawodową w szpitalu przy ulicy Dworskiej (obecnie Kasprzaka) jako pielęgniarka dyplomowana na oddziale chirurgicznym gdzie przez jakiś czas zastępowała pielęgniarkę oddziałową, a jednocześnie pełniła obowiązki instruktorki Szkoły Pielęgniarstwa do 1938

1948 bezpośrednio po powrocie do kraju podejmuje pracę w Ministerstwie Zdrowia w Referacie Pielęgniarstwa. Głównym zadaniem Referatu było przygotowanie odpowiednio dużej liczby pielęgniarek do pracy w społecznej służbie zdrowia. Wzrosło zapotrzebowanie na szkoły i odpowiednio przygotowaną kadrę nauczycieli i dyrektorów szkół.

W 1956 roku została powołana na dyrektora studium nauczycielskiego dla pielęgniarek z 2 letnim programem nauczania

1960 za sprawą Racheli Hutner powstał Ośrodek Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych którego została dyrektorem. Warto

wspomnieć że właśnie w tym ośrodku zorganizowano egzamin pielęgniarek kandydatek do pracy w WHO o bardzo sprzyjającą atmosferę zadbała Rachela Hutner

1973 roku przeszła na emeryturę ale nie przestała interesować się pielęgniarstwem.

W placówkach którymi kierowała dbała o rozwój kadry wysyłała pracowników na stypendia i staże zagraniczne np. WHO

PRACA DLA WHO

Ekspert doradcą do spraw pielęgniarstwa w Europejskim Biurze WHO

Rachela Hutner wspólnie z Jadwigą Iżycką recenzowały 2 publikacje przygotowane do druku

1. Goddard H.A. Zasady administracji w zastosowaniu do pracy pielęgniarskiej
2. UNICEF/WHO Podstawowe usługi w zakresie zdrowia

Opiniowała projekty opracowań, wypełniała ankiety i kwestionariusze które miały służyć pracom badawczym, analizom jak np.

- wytyczne do planowania programów kształcenia pielęgniarek
- kwestionariusz w sprawie szkolenia pielęgniarskiego personelu pomocniczego oraz w sprawie przygotowania nauczycieli pracujących w szkołach dla tego personelu
- kwestionariusz w sprawie szkolenia i obsady personelu w placówkach pediatrycznych
- materiały dla studiów i określenie roli pielęgniarki w akcji dotyczącej zdrowia psychicznego
- materiały w sprawie szkolenia i zatrudnienia pielęgniarskiego personelu pomocniczego
- kwestionariusz w sprawie podyplomowego kształcenia pielęgniarek w Polsce
- kwestionariusz dotyczący kształcenia i roli

położonej w ochronie zdrowia
-kwestionariusz w sprawie pracy personelu pielęgniarskiego i możliwości jakościowego i ilościowego zaspokajania potrzeb w tym zakresie.

-kwestionariusz w sprawie dłuższego podyplomowego kształcenia nauczycieli zawodu dla szkół pielęgniarstwa

Wszystkie wymienione prace wykonywane były w kraju i przekazywane na piśmie do WHO

Rachela Hutner wykładała na międzynarodowych kursach dla lekarzy i pielęgniarek organizowanych przez WHO i Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Opracowała program dla międzynarodowego kursu dla lekarzy administratorów państw rozwijających się

Podręcznik pod jej redakcją „Pielęgniarstwo specjalistyczne został przetłumaczony na wniosek WHO na język rosyjski i wydany w Mongolii

ZASŁUGI ODZNACZENIA

- 1953: Za wzorową Pracę w Służbie Zdrowia
- 1954: Srebrny Krzyż Zasługi
- 1964: Złoty Krzyż Zasługi
- 1970: Złota Odznaka Związku Zawodowego Służby Zdrowia
- 1972: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski
- 1974: Odznaka Honorowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- 1974: Medal XXX-lecia PRL
- 1978: Medal Komisji Edukacji Narodowej
- 1989: Honorowa Odznaka Akademii Medycznej w Lublinie
- 1995: Medal Florence Nightingale
- 2000: Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski





ANNA GINALSKA

ur. 1935

- Medyczne Studium Zawodowe w Lublinie jako nauczyciel kształcenia praktycznego, wykładowca
- Uniwersytet M. Curie Skłodowskiej w Lublinie jako wykładowca
- Akademia Medyczna w Lublinie – Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji
- Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Zakład Międzynarodowych Problemów Ochrony Zdrowia w Warszawie gdzie pracowała po powrocie do kraju aż do emerytury. Autorka publikacji i wykładów wykorzystywanych do udzielania instruktażu pracownikom wyjeżdżającym za granicę.
- Współpracowała z miesięcznikiem „Pielęgniarka i Położna”

cówkami służby zdrowia w terenie

- Ocena i modyfikacja programów nauczania oraz wdrożenie ich w praktyce
- Wykłady w szkołach medycznych, udział egzaminach dyplomowych

Konsultant WHO w Laosie 1983

- Uczestnictwo w konsultacjach i spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia Laotańskiej Republiki Ludowo – Demokratycznej
- Wizytacje szkół pielęgniarskich, oraz terenowych placówek Służby Zdrowia
- Współtworzenie i wprowadzenie projektu szkolenia kadr medycznych w Laosie

Zasługi

- Udział w tworzeniu pierwszych w Polsce Wyższych Studiów Pielęgniarskich w Lublinie
- Udział w pracach Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- Organizowanie Olimpiad Pielęgniarskich
- Wiceprzewodnicząca Towarzystwa Przyjaźni Polsko - Nigeryjskiej

Odnaczenia

Medal im. Florence Nightingale w 2007
 Krzyż Kawalerski Odrodzenia Polski
 Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia
 Złota odznaka PCK
 Złoty Krzyż Zasługi
 Złota i Srebrna Odznaka Zw. Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia

Szkoła

Liceum medyczne w Chełmie Lubelskim które ukończyła w 1952

Uniwersytet

M. Curie – Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Humanistyczny, mgr pedagogiki. Obroniła pracę magisterską pt. „Osobowość Pielęgniarki w 1966 r.

Stypendium WHO

- studia podyplomowe z dydaktyki medycznej Uniwersytet Kalifornijski centrum medyczne w San Francisco 1968 r.
- Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa dziecięcego

Praca

- Szkoła pielęgniarska w Chełmie Lubelskim pracowała jako nauczyciel kształcenia praktycznego, wykładowca

Praca dla WHO

- Ekspert P.O.Z. w Nigerii prowincja Sokoto (1975 – 1980) Aby prawidłowo wykonywać powierzone obowiązki musiała poznać historię kraju, sytuację polityczną, stan gospodarki, przemysłu, rolnictwa, stan zdrowia ludności, poziom kultury, organizację oświaty i służby zdrowia. Podejmując prace należało przystosować się do nowych warunków klimatycznych, kulturowych i zdrowotnych.
- Przygotowanie zespołu nauczycieli dla szkół medycznych w Nigerii
- Opracowanie skryptu dla pracowników służby zdrowia do wykorzystania w Nigerii i Ghanie
- Doradca do spraw szkolnictwa medycznego
- Nadzór nad szkołami pielęgniarstwa i pla-



JOLANTA GÓRAJEK – JÓŹWIK

hab. Anna Panecka)

- 1984 specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego
- 1980 – 1995 kilkanaście staży naukowych i zawodowych między innymi założenia procesu pielęgnowania (perspektywa WHO – międzynarodowa) istota jakości opieki w tym pielęgniarstwie
- Udział w stypendiach zagranicznych w Wielkiej Brytanii (1988) Finlandii (1999, 2001)

Klinicznego i Rehabilitacji Akademii Medycznej w Lublinie

- 1993 – p.o. kierownika Zakładu Teorii Pielęgniarstwa

Praca dla WHO

- 1980-1983 doradca WHO (powołana dwa razy) w programie WHO /EURO NURSE – MTP
- Praca nad projektem Medium Term Programme In Nursing (Midwifery) In Europe (MTP WHO /Euro/1990 – 1995)
- Telenurse Projekt „Promoting International Classification for Nursing Practice” międzynarodowy program wdrożeniowy
- 1979 – 1985 funkcja zastępcy I kierownika Ośrodka Referencyjnego WHO powołanego na wydziale Pielęgniarskim AM w Lublinie
- Współautorka podręcznika do nauczania procesu pielęgnowania „Proces Pielęgnowania zarys Podręcznika”

Szkoła

- Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa Ogólnego 1965 rozpoczęła naukę
- 1969-1973 Studia na Wydziale Pielęgniarstwa AM w Lublinie w trakcie studiów 3 mieś. Stypendium WHO w Anglii
- 1984 doktorat „Aktywność pacjentów wybranych oddziałów zabiegowych w świetle badań własnych” AM w Lublinie (promotor prof. Dr

Praca

- Od 1966 pracowała jako pielęgniarka dyplomowana w Miejskim Szpitalu Ginekologiczno – Położniczym w Warszawie na oddz. Noworodkowym (zajmowała się również kształceniem uczennic)
- 1973-1978 praca jako asystent w Zakładzie Organizacji Pracy Pielęgniarskiej
- 1975 awans na starszego asystenta
- 1978–1993 praca w Zakładzie Pielęgniarstwa

**dr Mariola Marynicz-Hyla – Sekretarz
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Oddział we Wrocławiu
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej Wrocław**



PROBLEMY PRACY PIELĘGNIARSKIEJ W ŚWIETLE NOWYCH DOKUMENTÓW BIOETYCZNYCH

„Tracimy cenne godziny na niepotrzebne zajęcia, wmawiając sobie ich użyteczność a potem, gdy Ojciec Niebieski nas zawoła odpowiemy, żeśmy nie mieli czasu pracować dla Niego”.

Florence Nightingale

Prowadzona neoliberalna polityka odhumanizowuje człowieka, stąd najnowszy dokument Konferencji Episkopatu Polski, przyjęty 5 marca 2000 r. „O wyzwaniach bioetycznych, przed którymi stoi współczesny człowiek”, przypomina o nienaruszalności najwyższego dobra, jakim jest życie każdego człowieka od poczęcia aż do naturalnej śmierci.

Wytworzony mechanizm, który ma przy pomocy in vitro obejść problemy zdrowotne kobiet, stawia sobie za główny cel urodzenie dziecka. Jak za-

uważa prof. Bogdan Chazan, konieczne jest wdrożenie ogólnopolskiego programu prewencji zaburzeń zdrowia prokreacyjnego w tym niepłodności. Pielęgniarki i położne pracujące w przychodniach czy szpitalach ginekologiczno-położniczych powinny mieć wiedzę, gdzie i w jaki sposób można skutecznie pomóc, dlatego chwytliwe, ale doraźne hasło natychmiastowej pseudo-pomocy dla mocno ograniczonej liczby niepłodnych małżeństw należy zastąpić przemyślaną strategią.

Nakłaniająca do in vitro pielęgniarka musi

wiedzieć, że u tak poczętego dziecka może wystąpić 4-krotny wzrost wad wrodzonych, ciąża wiąże się z wysokim ryzykiem urodzenia martwego dziecka. Przewodniczący Rosyjskiej Akademii Nauk powiedział, że: **Jeśli wydajemy pieniądze na in vitro, to od razu powinniśmy sztykować pieniądze na opiekę nad inwalidami urodzonymi dzięki tej metodzie.**

Pozostałe zarodki będą zamrażane i pozostawione do dalszych medycznych manipulacji. Jak donosi „Głos dla życia”, wśród 65 pracowników ośrodków dokonujących na ludziach zabiegów in vitro ponad 40-tu to weterynarze. Placówki zajmujące się unasiennianiem zwierząt reklamują usługi dla ludności.

Obecność pielęgniarek i położnych przy takich praktykach niesie ze sobą znamiona głębokiego konfliktu sumienia. Dialog pomiędzy nauką a etyką prowadzony odpowiedzialnie i rzeczowo zapewnia, że na postęp medyczny nie będzie się przenosić niedopuszczalnych kosztów ludzkich.

Innym problemem jest udział pielęgniarek w badaniach nad komórkami macierzystymi. Biorąc pod uwagę propagandę lansującą wysoką wyleczalność chorób: Parkinsona, Alzheimer, udarów, traumatycznych urazów, dystrofii mięśniowych i wielu innych, udział pielęgniarek i położnych, jak i sam rozwój tych nauk jest jak najbardziej godziwy, tylko nie może przekraczać standardów etycznych i prowadzić do pozyskiwania tych komórek od zarodków ludzkich.

Zarodek nie może być przedmiotem, narzędziem dla ratowania innego ludzkiego życia. Obowiązująca nas instrukcja Dignitas personae wyraźnie stwierdza, że: **„Poświęcenie ludzkiego życia dla celów terapeutycznych jest głęboko niemoralne**. Stąd jak najbardziej celowa jest wyraźna odmowa w tego typu eksperymentach. Również w preambule do dyrektywy 98/44 Parlamentu Europejskiego i Rady Europy, z 16 lipca 1998 r. czytamy, że: **„Prawo patentowe musi być stosowane z uwzględnieniem podstawowych zasad chroniących godność i integralność osoby (...). Ciało ludzkie włącznie z komórkami zarodkowymi nie może być opatentowane...”**

Zatem godność domaga się podmiotowego traktowania od samego początku jego istnienia, co wyraża orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r. i artykuł 30 Konstytucji RP: **„Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i obrona jest obowiązkiem władz publicznych”**. **W myśl dokumentu o wyzwaniach bioetycznych „wszelkie wątpliwości, co do istnienia człowieka należy rozstrzygnąć na korzyść życia**.

Udział pielęgniarek w zabiegach in vitro, aborcji, eutanazji, w podawaniu środków wczesnoporonnych i antykoncepcji niesie ze sobą znamiona głębokiego konfliktu sumienia.

Jeśli chodzi o in vitro autorzy podkreślają, że w pierwszych dniach zarodkowego życia człowie-

ka zachodzą procesy dostosowania się nowo powstającego organizmu do potrzeb dalszego istnienia. Hormony aplikowane kobiecie celem jednoczesnego pozyskiwania kilku komórek jajowych (dla ich zapłodnienia metodą in vitro) wpływają na cechy genetyczne zarówno tych komórek jak i na zdrowie kobiety. Niekiedy zostaje wywołany tzw. zespół hiperstymulacji jajników, co skutkuje zaburzeniami krzepnięcia, obrzękami, zespołem depresyjnym z zagrożeniem życia włącznie.

Pielęgniarki i lekarze odmawiający uczestnictwa w diagnostyce prenatalnej podejmowanej w celach eugenicznych piętnuje się publicznie, oskarża o łamanie prawa, nietolerancję, stosując sankcje dyscyplinarne, zawodowe czy karne. Bywa też i tak, że położna jest pociągana do odpowiedzialności cywilno-prawnej za tzw. wadliwe urodzenie. Temu wszystkiemu towarzyszy źle pojęta propaganda medialna, gdzie coraz częściej pod wątpliwość poddaje się każde zdrowo-rozsądkowo myślenie.

Na uwagę zasługuje polski projekt badawczy dotyczący komórek macierzystych, który jest realizowany od kwietnia 2009 r. do grudnia 2015 r. pod kierownictwem prof. Marusza Ratajczaka z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie we współpracy z ośrodkami w Krakowie, Katowicach i Warszawie.

Zespoły badawcze z tych ośrodków odkryły obecność u dorosłych ssaków tzw. małych komórek macierzystych pochodzenia embrionalnego, które byłyby realną szansą na wykorzystanie ich w medycynie regeneracyjnej, niedokrwieniu mięśnia sercowego, udaru mózgu, odnowie układu krwiotwórczego, stopy cukrzycowej. Odkryto również szerokie zastosowanie krwi pępowinowej, która jest najważniejszym i największym rezerwuarem komórek macierzystych. Stąd ważne jest wspieranie tych inicjatyw, które mają na celu ochronę racjonalnego podejścia do tych zagadnień.

Biotechnolog Clem Persaud podał sześć zasad etyki pracy lekarzy, pielęgniarek i położnych, którymi powinni się kierować:

1. Embryon jest istotą ludzką. Chociaż mały, posiada wartość i zasługuje na szacunek.
2. Embryon rozwija się nie tyle w osobę, co jest osobą.

3. Embryon jest osobą bioetycznie i pod względem genetycznym odmienną od matki.
4. Jako członek ludzkiej rasy, embryon posiada ludzkie prawa, z których jednym jest nienaruszalne prawo do życia.

I konsekwentnie na tej podstawie:

5. Eksperymenty na embrionach powinny być zakazane, nawet jeśli ich rodzice wyrazili na to zgodę. Zakaz ten wynika z moralnego statusu embrionu.
6. Zabicie embrionu jest zanegowaniem sprawiedliwości należnej osobie, której przeznaczenie jest zapisane w genach tego embrionu.

Wnioski:

Działania pielęgniarskie w myśl dokumentów bioetycznych mają zmierzać do:

- Promowania i ochranianie życia, w tym prowadzenie tzw. „okien życia” i „duchowej adopcji dzieci nienarodzonych”
- Wskazanie dróg pomocy i programów terapeutycznych wspierających chorych niepełnosprawnych i ich rodzin
- Udziału w kampaniach pro-life
- Dbania o nie dyskryminowanie rodzin i prowadzenie rzeczywistej polityki pro-rodzinnej
- Włączenie się w programy edukacyjne zapewniające wychowanie młodego pokolenia w oparciu o wartości chrześcijańskie, na bazie prawa naturalnego
- Promowanie skutecznego leczenia niepłodności w oparciu o naukowe metody napro-technologii
- Wprowadzenie prawnego zakazu mającego na celu całkowite wyeliminowanie handlu gametami i embrionami ludzkimi
- Kierowanie się w codziennej praktyce zasadą prymatu prawa naturalnego nad stanowionym

Bibliografia:

1. Jan Paweł II, Encyklika Evangelium Vitae, Watykan 1995
2. Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995
3. Instrukcja Dignitas personae dotycząca niektórych problemów bioetycznych, Watykan 2008
4. O wyzwaniach bioetycznych, przed którymi stoi współczesny człowiek, Warszawa 2013





dr n. o zdr. Dorota Kilańska, mgr piel.

*Dyrektor Akredytowanego przez ICN Centrum Bada-
nia i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Prakty-
ki Pielęgniarskiej (ICNP®)*

*Koordinator ICNP® w Polsce, Polskie Towarzystwo
Pielęgniarskie, Zarząd Główny*

*Przewodnicząca Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie,
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
(CSIOZ)*

*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania
w Pielęgniarstwie*

Oddział Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu



PIELĘGNIARKA „W CHMURZE”

Uruchomienie archiwizacji i przechowywania danych archiwalnych w modelu przetwarzania w chmurze (tzw. cloud computing), to przyszłość gromadzenia danych w ochronie zdrowia. Takie możliwości dają korzystanie ze zbiorowej mocy tysięcy komputerów, które udostępniają informacje z oddalonych pomieszczeń na całym świecie. Aby mogło być to możli-

we, potrzebna jest Elektroniczna wymiana na danych – Electronic Data Interchange (EDI). Międzynarodowe Stowarzyszenie Wymiany Danych – International Data Exchange Association – podaje następującą jej definicję: „transfer ustrukturyzowanych i zakodowanych danych, zgodny z zaakceptowanym standardem przesyłu, od komputera do komputera na drodze

elektronicznego przesyłu”. Elektroniczna wymiana danych będzie natomiast możliwa wtedy, kiedy dane będą posiadały kody to umożliwiające. Najważniejsza staje się, więc ich interoperacyjność, posiadająca kilka aspektów, tj.:

1. techniczny – występuje wtedy, gdy zapewnione są właściwe warunki techniczne dla komunikowania się systemów teleinformatycznych – uzgodnio-

ne interfejsy aplikacji, protokoły i mechanizmy dla efektywnej i bezpiecznej komunikacji oraz format reprezentowanych informacji i wymienianych komunikatów,

2. organizacyjny – zachodzi wówczas, gdy zostały uzgodnione procesy biznesowe pod kątem efektywnego działania, w szczególności świadczenia usług drogą elektroniczną,
3. semantyczny – występuje wtedy, gdy wymieniane przez systemy teleinformatyczne komunikaty rozumiane są semantycznie, czyli rozumiane jest ich znaczenie (relacja pomiędzy komunikatem a przedmiotem, do którego się odnosi).

Również „Inicjatywa i2010”, koncentruje się na zagadnieniach zapewnienia europejskiej przestrzeni informacji, innowacji i integracji. Zapisano w niej, że obszary działania rzecz rozwoju e-Zdrowia obejmować winny nie tylko wymianę zasobów informacji zdrowotnych, lecz także współdziałanie narzędzi niezbędnych do prowadzenia leczenia oraz badań klinicznych dzięki zapewnieniu interoperacyjności systemów ICT. Takie podstawy techniczne otwierają możliwość organizowania regionalnych i krajowych sieci informacyjnych, szerokie wykorzystanie danych zawartych w elektronicznych kartach pacjentów, świadczenie różnorodnych e-usług zdrowotnych i skuteczny transfer danych. Utworzenie pielęgniarskich Centrów Referencyjnych, umożliwiających wymianę informacji o problemach, z jakimi spotykają się pielęgniarki w codziennej praktyce.

Elektroniczne środowisko wymiany danych i świadczenia usług będzie miało więc znaczący wpływ na zapewnienie ciągłości i jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjentów. W Europejskich Ramach Interoperacyjności znajdujemy – podano definicję, że Interoperacyjność, to zdolność systemów teleinformatycznych oraz wspieranych przez nie procesów biznesowych do wymiany danych oraz dzielenia się informacją i wiedzą. Europejski Komitet Normalizacyjny (CEN) natomiast definiuje interoperacyjność jako, stan, który występuje pomiędzy dwiema aplikacjami w odniesieniu do określonego zadania, gdy jedna aplikacja może przyjąć dane od innej aplikacji oraz wykonać dzięki temu zadanie w sposób odpowiedni i zadowalający, bez potrzeby interwencji ze strony dodatkowego operatora. Wyróżnia się interoperacyjność: funkcjonalną, syntaktyczną, semantyczną.

Wymieniona w definicji interoperacyjność semantyczna oznacza natomiast zdolność zrozumienia informacji, jaka wymieniana jest pomiędzy systemami na poziomie formalnie zdefiniowanych pojęć (informacja ta przetwarzana może być przez aplikację, która ją otrzymuje). W takie rozumienie wymiany informacji wpisują się klasyfikacje, które na zasadzie słowników budują terminologię profesjonalną, w przypadku pielęgniarstwa dotyczy to słownika ICNP® – Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. Międzynarodowa Klasyfikacja ICNP® to słownik zbudowany przez pielęgniarki i dla pielęgniarek. Celem budowania Klasyfikacji jest pokazanie pracy pielęgniarek w systemie poprzez zdefi-

niowanie czynności, które wykonują i na tej podstawie m.in. określenie zapotrzebowania na opiekę. Wprowadzenie Klasyfikacji ICNP® poprzez jej zastosowanie w prowadzeniu dokumentacji zdrowotnej pacjenta, umożliwi zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa pacjenta oraz odpowiedniej opieki pielęgniarskiej. Zapewni także kontinuum komunikacji i wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi szczeblami opieki zdrowotnej oraz ośrodkami doskonalenia i systemem opieki zdrowotnej i społecznej, a przede wszystkim stworzy ramy możliwości sprawowania opieki na odległość i ponad granicami.

Przeniesienie danych do „chmury” to tylko mały krok w tym, aby umożliwić powszechną wymianę informacji. Dlatego mając na uwadze powszechnie rozwijającą się informatyzację, również pielęgniarstwo i pielęgniarki nie mogą pozostać obojętne wyzwaniu jakie niesie z sobą zmieniające się otoczenie.

Zadaniem liderów jest więc przygotowanie dla pielęgniarek narzędzi, które pomogą im w sposób jak najmniej zajmujący sprostać wymaganiom informatyzacji, a codzienną praktykę uczynią mniej zajmującą dokumentowaniem w niezliczonych ilościach kart, karteczek, zeszytów. Tylko takie rozwiązanie daje szansę, aby pielęgniarki swój czas, wiedzę i doświadczenie (kompetencje) mogły angażować w obszary, do których ten zawód powołano – w opiekę nad pacjentem w zdrowiu i w chorobie, od narodzin do śmierci, zawsze na pierwszej linii kontaktu z ochroną zdrowia.



Informacja na temat odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia w sprawie Apelu Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych dotyczącego przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz Stanowiska Nr 9 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie nowelizacji zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

W piśmie z dnia 5 i 12 lipca 2013 roku Pan Podsekretarz Stanu Aleksander Soplński zwraca uwagę, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545), wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Pan Minister podkreśla, iż regulacje w zakresie stosowania minimalnych norm obowiązują każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą realizujący świadczenia gwarantowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych. W związku z tym, zgodnie z art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

- 1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;
- 2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,

mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217) minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Pan Minister wyjaśnia, iż w chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia planuje przeprowadzenie zmian w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie rozszerzenia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na wszystkie podmioty lecznicze.

Ponadto, w piśmie czytamy, iż zgodnie z ustaleniami z samorządem pielęgniarek i położnych oraz związkami zawodowymi, Minister Zdrowia rozpoczął cykl roboczych spotkań dotyczących nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia.

Pragnę podkreślić, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podtrzymuje konieczność wprowadzenia zmian w obecnym kształcie rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 31 grudnia 2012r., poz. 1545) i przywrócenia następujących zapisów wykreślonych na etapie procedowania przedmiotowego rozporządzenia:

- obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organi-

zacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianie;

- do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się zatrudnionej kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej;
- przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki, zgodnie z brzmieniem §2 projektu rozporządzenia;
- w bloku operacyjnym na jeden czynny stół operacyjny (jeden pacjent), co najmniej jedną pielęgniarkę, albo położną operacyjną i jedną pielęgniarkę albo położną asystującą pielęgniarsce albo położnej operacyjnej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie zwracała uwagę na nieprawidłowości związane z ustalaniem minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jednoosobowych dyżurach stosowanych w niektórych szpitalach lub ograniczeniem obsady pielęgniarek, położnych na zmianie nieadekwatnej do przydzielonych zadań zawodowych. Rozporządzenie w tym brzmieniu przyczyni się do pogorszenia warunków pracy pielęgniarek i położnych.

Prezes NRPIP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Informacja o spotkaniu, w dniu 23.08.2013 r. przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panią Agnieszką Pachciarz – Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawicieli NFZ.

W spotkaniu uczestniczyli:

1) z ramienia Narodowego Funduszu Zdrowia:

- **Agnieszka Pachciarz**
– Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia,
- **Marcin Pakulski**
– Z-ca Prezesa ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia,
- **Krzysztof Kilchowicz**
– Kierownik Sekcji do Spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Stomatologii i Ratownictwa Medycznego Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia,
- **Hanna Klimczak**
– Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej
- **Krystyna Łakomska**
– Kierownik Sekcji do Spraw Opieki Długoterminowej NFZ;

2) z ramienia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych:

- **Aleksandra Śnieg**
– Wiceprezes NRPiP,
- **Izabela Kowalska**
– Wiceprezes NRPiP,
- **Teresa Kuziara**
– członek NRPiP,
- **Maria Matusiak**
– Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych,
- **Mariola Głowacka**
– Przewodnicząca Komisji Prawa i Legislacji,
- **Elżbieta Pleczyńska, Sabina Wiatkowska, Tadeusz Wadas**
– przedstawiciele Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych:

Celem spotkania było omówienie kwestii (propozycji) dotyczących kontraktowania świadczeń pielęgniarskich w podstawowej opiece zdrowotnej oraz opiece długoterminowej, podnoszonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych

w korespondencji kierowanej w 2013 r. do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przedmiotowe kwestie, które zostały przedstawione i omówione na spotkaniu dotyczą:

- 1) niskich stawek kapitacyjnych, które przy obecnej sytuacji gospodarczej nie pozwalają na poprawne funkcjonowanie podmiotów i realizację świadczeń, min. wyposażenie gabinetów, funkcjonowanie, koszty sprzętu i środków medycznych, itp.
- 2) przedstawienia propozycji wysokości stawek kapitacyjnych za procedury, zawarte w „Katalogu świadczeń opieki zdrowotnej wraz z procedurami: dla pielęgniarki POZ / pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, dodatkowo finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia” tj. (dokumentu opracowanego przez NRPiP i przesłanego do NFZ w maju 2013 r.).
- 3) roli pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej w edukacji zdrowotnej, jako podstawowego zadania związanego z przygotowaniem rodziny i pacjenta do samoopieki.
- 4) wprowadzenia oddzielnych druków deklaracji wyboru dla lekarza poz, pielęgniarki poz/rodzinnej; położnej poz/rodzinnej,
- 5) pobierania materiału do badań diagnostycznych w domu pacjenta i transportu tego materiału do laboratorium,
- 6) wzrostu finansowania świadczeń pielęgniarki poz poprzez zmianę współczynnika odpowiedniego dla grupy wiekowej (ujednolicenie podziału na grupy wiekowe, analogicznie jak u lekarza poz),
- 7) rozdzielenia funkcji pielęgniarki gabinetu zabiegowego i punktu szczepień / pielęgniarki rodzinnej,
- 8) udziału położnej w Programie Profilaktycznym Raka Szyjki Macicy.

Istotną informacją, przekazaną na spotkaniu przez przedstawicieli NFZ jest to, że położna poz, posiadająca kwalifikacje określone w programie profilaktycz-

nym włączono do programu raka szyjki macicy.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania

- 9) świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania: wzrost stawki bazowej, wzrost stawki kapitacyjnej za grupową profilaktykę fluorokową; harmonogramu pracy – zapewnienie dostępności pielęgniarki szkolnej (pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania) proporcjonalnie do liczby uczniów objętych opieką oraz planu godzin lekcyjnych, wg wartości na jeden etat przeliczeniowy.

Opieka długoterminowa

- 10) zmniejszenie liczby świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem zamieszkania z 12 do 10 świadczeniobiorców,
- 11) harmonogram godzin pracy pielęgniarskiej opieki długoterminowej,
- 12) podwyższenie wskaźnika korygującego wartość osobodnia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej z 0,4 na 0,5;
- 13) zmiana Karty czynności pielęgniarskich dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej,
- 14) zapewnienia pacjentowi materiału opatrunkowego przy długotrwałym leczeniu ran,
- 15) problemów dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych (ZPO i ZOL).

Ze spotkania (przez przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia) zostanie sporządzony protokół, który po zaopiniowaniu przez przedstawicieli NRPiP zostanie podpisany przez strony uczestniczące w spotkaniu, w dniu 23 sierpnia 2013r.

O ustaleniach zostaną Państwo poinformowani w późniejszym terminie.

(-) **Aleksandra Śnieg – Wiceprezes NRPiP**

(-) **Maria Matusiak – Przewodnicząca Komisji ds. Kontraktowania świadczeń zdrowotnych**

Oni już skorzystali
skorzystaj i Ty

Z szansy dofinansowania
studiów pomostowych
z Europejskiego
Funduszu Społecznego



człowiek - najlepsza inwestycja



Projekt Systemowy

pn. Kształcenie zawodowe
pielęgniarek i położnych
w ramach studiów pomostowych

współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,
realizowany przez Ministerstwo Zdrowia,
Departament Pielęgniarek i Położnych

Dotąd z szansy dofinansowania skorzystało:

27 174 osób w tym:

24 208 pielęgniarek

342 położniarzy

2 624 położnych

Docelowo skorzysta: 40 000 osób

Więcej informacji na:

www.studiapomostowe.mz.gov.pl

Bezpłatne studia
dla pielęgniarek,
położniarzy i położnych



Beata Cholewicka

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek
i Położnych w Ministerstwie Zdrowia
Kierownik Projektu Systemowego

Ostatnia prosta – „pomostówki” na finiszu

Szanowni Państwo,

od 2008 do 2015 roku pielęgniarki, pielęgniarze, położne i położni w całym kraju
otrzymali możliwość zawodowego kształcenia się w ramach studiów pomostowych
współfinansowanych ze środków unijnych.

Zainteresowanie Projektem przekroczyło nasze założenia. Pozyskaliśmy dodatkowe
środki na zwiększenie budżetu Projektu, co pozwoliło nam na podniesienie wskaź-
nika z 24 tys. do 40 tys. osób mogących otrzymać wsparcie finansowe w ramach
Projektu. Nie byłoby sukcesu Projektu bez udanej współpracy z Instytucją Wdra-
żającą – Departamentem Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia i z 71
uczelniami realizującymi kształcenie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo
w ramach Projektu. Absolwentom serdecznie gratuluję zdobycia tytułu licencjata.

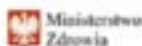
Nadzieja na rok akademicki 2013/2014 rrrrr. Zapraszam.

B. Cholewicka

Ułółka współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa, lipiec 2013.



człowiek - najlepsza inwestycja



Stanowisko DORPiP w sprawie...

Wrocław, 31.07.2013 r.

Dolnośląska Izba Lekarska
we Wrocławiu
ul. Kazimierza Wielkiego 45,
50-077 Wrocław
tel.: (71)798-80-50
fax: (71) 798-80-51
e-mail: dil@dilnet.wroc.pl

DIL/2421W/2013

**Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
ul. Powstańców Śląskich 50
53-333 Wrocław**

W imieniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zwracam się z uprzejmą prośbą o zajęcie przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych stanowiska w sprawie upraw-

nień pielęgniarki do uzupełnienia druku skierowania lekarskiego na badania diagnostyczne lub konsultacje o dane pacjenta albo druku obejmującego zalecenia lekarskie, które to druki następnie podpisuje lekarz. Czy posiada kompetencje pozwalające jej na przepisanie zaleceń lekarskich z wersji papierowej do systemu komputerowego.

W tym miejscu warto wskazać, że w wielu regulaminach szpitalnych, obowiązujących w podmiotach leczniczych, wydanych w oparciu o już nie obowiązującą Instrukcję nr 35/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 czerwca 1961 roku w sprawie regulaminów szpitalnych do obowiązków pielęgniarki oddziałowej należy między innymi obecność przy obchodzie chorych oraz dopilnowanie wpisania wszystkich zaleceń lekarskich do prowadzonej dokumentacji i podpisania zaleceń przez ordynującego lekarza.

z poważaniem

**Sekretarz
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
Lek. med. Jacek Chodorski**

Wrocław 20.08.2013 r.

**Pan
Jacek Chodorski
Sekretarz
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
ul. Kazimierza Wielkiego 45
50-077 Wrocław**

Dolnośląska Okręgowa Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu w odpowiedzi na pismo z dnia 31 lipca 2013r nr DIL/2421W/2013 w sprawie zajęcia stanowiska odnośnie uprawnień pielęgniarki do uzupełniania druku skierowania lekarskiego na badania diagnostyczne lub konsultacje o dane pacjenta lub druku obejmującego zalecenia lekarskie oraz kompetencji pielęgniarki uprawniających do przepisywania zaleceń lekarskich z wersji papierowej do systemu komputerowego, **uprzejmie informuje, że wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne lub konsultacje oraz przepisywanie zleceń lekarskich, przedłużanie zleceń lekarskich, przepisywanie tychże w formie papierowej czy przepisywanie ich do systemu komputerowego z kart zleceń, wykracza poza zakres czynności zawodowych i kwalifikacji pielęgniarki/położnej określonych art. 4 ust. 1 i art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr. 174, poz. 1039.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzie-**

lanych przez pielęgniarkę albo położną bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. nr 210, poz. 1540). Czynności te winny być wykonywane przez lekarzy, zgodnie z ich kompetencjami i kwalifikacjami, co wynika m.in. z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. **O zawodach lekarza i lekarza dentysty** (t.j. Dz. U. z 2011r, nr 277, poz. 1634) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 252, poz. 1697 z późn. zm.). Z racji wykonywanego zawodu to lekarz ponosi odpowiedzialność za prawidłowo wypisane zlecenie czy skierowanie na badanie diagnostyczne. Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność w zakresie wykonywania zleceń lekarskich otrzymanych na piśmie, a ustnie tylko w stanach nagłego zagrożenia życia.

W związku z powyższym, Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu reprezentując interesy zawodowe samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, działając w oparciu o art. 31 w zw. z art. 4 ust. pkt.3 i 6 ustawy z dnia 1. lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 174, poz. 1038) zwraca uwagę na nieprawidłową praktykę wielu placówek ochrony zdrowia w cedowaniu na pielęgniarki i położne czynności wykraczających poza zakres wykonywania zawodu określony powołanymi na wstępie przepisami.

Z poważaniem

**mgr Urszula Olechowska
Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady**

Dr n.med. Anna Zmarzły

Mgr pielęgniarstwa Magdalena Golińska

Mgr pielęgniarstwa Wioletta Kosiba – Rogala

Licencjat pielęgniarstwa Joanna Magolan

Licencjat pedagogiki opiekuńczej z promocją zdrowia Edyta Krause

Pielęgniarka dyplomowana Beata Kadłubowska

PROGRAM

NIEDOŻYWIENIE DOLNY-ŚLĄSK 2012-2014

Niedożywienie dorosłych pacjentów krajów rozwiniętych, zarówno w opiece medycznej ambulatoryjnej jak i stacjonarnej staje się znakiem i problemem naszych czasów. Rozpoznawanie i leczenie niedożywienia, od początkowych do zaawansowanych jego stadiów jest ważnym i niezbędnym aspektem terapii każdego pacjenta.

Niedożywienie jest konsekwencją dłużej trwającego niedoboru pożywienia (różnego stopnia głodzenia). Skutek niedoboru to brak składników odżywczych: białek, tłuszczów, węglowodanów, mikro i makroelementów. W sumie niedobory dotyczą około 80 substancji chemicznych o znaczeniu funkcjonalnym, budulcowym i regulacyjnym dla ludzkiego organizmu. Niedożywienie jest chorobą ogólnoustrojową, a jego skutki dotyczą wszystkich układów i narządów (układu oddechowego, pokarmowego, krążenia, wydalniczego).

Głodzenie, czyli stan niedoboru pokarmu jest sytuacją w której organizm zmuszony jest do zużywania własnych tkanek jako zapasów energetycznych, oraz źródła niezbędnych tkanek. W różnym czasie (w zależności od stopnia niedoboru pożywienia w stosunku do zapotrzebowania metabolicznego) organizm niedożywionego chorego „zjada” tkankę tłuszczową, mięśnie i pozostałe tkanki. Zahamowany zostaje proces powstawania nowych komórek i procesy naprawcze. W miarę głodzenia powstają wielonarządowe zaburzenia metaboliczne i immunologiczne. Śmierć następuje średnio po utracie przez chorego 30 % wyjściowej masy ciała.

Większość współczesnych publikacji (w tym zainteresowanie mediów i Naro-

dowego Fundusz Zdrowia) piętnuje głównie niedożywienie szpitalne, skupiając się na zaawansowanych stadiach niedożywienia, które przeważnie (przynajmniej w początkowym okresie terapii) wymagają agresywnej terapii w wyspecjalizowanych ośrodkach stacjonarnych (żywnienie dojelitowe i pozajelitowe), a część terapii ma kontynuację w ramach leczenia specjalistycznego domowego (domowe leczenie żywieniowe w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych).

Dużym problemem jest niedożywienie wśród dorosłych pacjentów ambulatoryjnych, w tym biednych, przewlekle chorych i seniorów.

JAKA JEST SKALA PROBLEMU?

Prawdopodobnie na Dolnym Śląsku mieszka ponad 2 000 niedożywionych dorosłych. To olbrzymia grupa osób, które w większej części nie mają zapewnionej opieki stacjonarnej i wsparcia żywieniowego. Pogłębiające się z biegiem czasu niedożywienie sprawia, że stają się oni pacjentami szpitali z bardzo złym rokowaniem – czego w znacznej liczbie przypadków można by uniknąć. Nie bez znaczenia jest, poza kwestią merytoryczną – ekonomiczny aspekt tego problemu. Dla przykładu koszt ambulatoryjnego poradnictwa, wstępnej diagnostyki i monitorowania chorego z łagodną formą niedoży-

wienia, nie wymagającą hospitalizacji, w okresie 2 miesięcznym wyniesie maksymalnie od 50 do 200 zł. O ile pacjent nie otrzyma takiego wsparcia to stan odżywienia (z różnych przyczyn) będzie się pogłębiać, wymagać opieki stacjonarnej. Koszt jego hospitalizacji połączonej z procedurą żywieniową będzie wynosił od 150 do 300 zł dziennie (nie licząc kosztów specjalistycznych operacji czy badań diagnostycznych), co przy średnim dwutygodniowym czasie hospitalizacji wyniesie ponad 4000 zł. Większość skrajnie wyniszczonych chorych wymaga jednak dużo dłuższego czasu hospitalizacji.

- U 8-10% ambulatoryjnych chorych stwierdza się niedożywienie
- Od 30 do 60% pacjentów ambulatoryjnych, u których stwierdza się niedożywienie powinna być z tego powodu hospitalizowana
- U 30% chorych hospitalizowanych stwierdza się niedożywienie w momencie przyjmowania do szpitala
- U 70 % pacjentów leczonych stacjonarnie (szpitale, ośrodki rehabilitacyjne) stan odżywienia pogarsza się w trakcie hospitalizacji
- Ponad 75% pacjentów cierpiących z powodu terminalnej fazy choroby nowotworowej umiera z objawami niedożywienia

JAK ROZPOZNAĆ NIEDOŻYWIENIE?

Czy pielęgniarki mają do tego umiejętności i możliwości?

Oczywiście, że tak, zanim zostaną zlecone badania diagnostyczne, wykona-

ne skale przesiewowe możemy wykorzystać to czym dysponują wszyscy. Chodzi o wzrok, słuch, wrażliwość, empatię, rozumienie emocji drugiego człowieka. Te narzędzia będą pierwsze, nie zależnie w jakim środowisku pracuje pielęgniarka. Widzi jak wygląda pacjent, jego otoczenie, słucha o czym i w jaki sposób mówi.

Pielęgniarki środowiskowe mają tę przewagę, że zastają swoich podopiecznych w ich środowisku rodzinnym, domowym. Co pozwala na zebranie dokładniejszego wywiadu od członków rodziny, bliskich. Wizytując pacjenta w jego środowisku naturalnym mają możliwość oceny warunków bytowych, materialnych które wpływają na jakość, ilość kupowanego oraz przygotowywanego pożywienia. Ważną jest również struktura rodziny chorego, czy otaczają go bliscy, czy jest samotny, jaka jest wydolność opiekuńcza rodziny. **Pielęgniarka jako osoba najbliższe współpracująca z chorym i jego rodziną**, powinna umieć ocenić ryzyko wystąpienia niedożywienia oraz podjąć działania mające na celu zminimalizowanie jego skutków czyli rozpocząć edukację żywieniową w celu zmiany niekorzystnych dla zdrowia zachowań żywieniowych. Należy pamiętać, że edukacja nie powinna ograniczać się wyłącznie do udzielania zaleceń. Jest to interakcja pacjent – pielęgniarka co stanowi podstawę sukcesu podjętych działań. Zapobieganie niedożywieniu i jego leczenie (leczenie żywieniowe) zwiększa szanse przeżycia chorego, wydłuża jego życie i poprawia jego jakość.

W zeszłym roku powstał unikatowy na skalę Europy program „Niedożywienie Dolny – Śląsk 2012-2014”, który powstał przy wsparciu finansowym Samorządu Województwa Dolnośląskiego i jest realizowany w Poradni Żywienia Klinicznego w WSS im. J. Gromkowskiego przy ul. Koszarowej 5 we Wrocławiu. W części dotyczącej opieki zdrowotnej przeznaczony jest dla pacjentów dorosłych z terenu Dolnego Śląska. Merytoryczną opiekę nad projektem sprawuje Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego. Pod opieką

programu znajdują się osoby z niezamierzoną redukcją masy ciała (co najmniej 10 % wyjściowej masy ciała w okresie 3 miesięcy).

Generalizując są to pacjenci:

- Zdrowi – ich zapotrzebowanie odżywcze jest stałe, ale mają problemy społeczne i ekonomiczne
- Cierpiący z powodu schorzenia nagłego, które z powodu stresu i swojego charakteru zmienia zapotrzebowanie na składniki odżywcze, zwykle mamy tu do czynienia ze zwiększonym zapotrzebowaniem metabolicznym
- Chorujący przewlekłe – ta grupa ma najbardziej heterogenne zapotrzebowanie na składniki odżywcze, które należy dostosować do indywidualnej sytuacji i schorzeń towarzyszących

W poradni podczas wizyty przeprowadzane jest badanie lekarskie, analiza składu ciała za pomocą bioimpedancji elektrycznej, wykonywane są pomiary grubości fałdów skórno-tłuszczowych (nad mięśniem trójgłowym ramienia, pod łopatką i fałd brzuszny), pomiar siły uścisku ręki, badania krwi oraz zbierany jest bardzo dokładny wywiad żywieniowy. Po przeanalizowaniu wyników wszystkich pomiarów i zapoznaniu się z przedstawionym przez pacjenta jadłospisem personel poradni rozpoczyna edukację żywieniową oraz udziela pacjentowi wsparcia żywieniowego.

W części edukacyjnej program ma wielu odbiorców.

Profilaktyka i leczenie niedożywienia u dorosłych nie są możliwe bez zainteresowania pracowników służb społecznych i medycznych tą tematyką. Brak wiedzy w zakresie wystąpienia ryzyka niedożywienia (kiedy? u kogo? dlaczego?) jest bezsporny i przerażający.

Zwraca uwagę bardzo zła dostępność do szkoleń w zakresie przesiewowej oceny ryzyka niedożywienia wśród dorosłych, a także jego diagnozowania i leczenia. Dlatego organizujemy systematycznie

szkolenia służb społecznych i medycznych w zakresie wymienionych tematów, a także stworzenie i popularyzację publikacji poświęconych tej dziedzinie. Publikacje będą indywidualnie przygotowane dla różnych grup beneficjentów. **W działania te aktywnie włączył się samorząd pielęgniarski DOIPIP, który umożliwił przeszkolenie szerokiej grupy pielęgniarek.**

Poza cyklem szkoleń w części edukacyjnej program przewiduje konferencję poświęconą prewencji, diagnostyce i leczeniu niedożywienia.

JAK KIEROWAĆ CHORYCH?

Każdy dorosły pacjent z niezamierzoną redukcją masy ciała (co najmniej 10% wyjściowej masy ciała), niezależnie od przyczyn, który może jeść drogą naturalną i nie przebywa w stacjonarnej jednostce służby zdrowia może się nieodpłatnie zgłosić do Poradni Żywienia Klinicznego WSS im. J. Gromkowskiego, **bez skierowania**, po wcześniejszej rejestracji telefonicznej, gdzie udzielona mu będzie lekarska porada żywieniowa z podstawowymi badaniami lekarskimi, analizą żywieniową i analizą składu ciała. Pacjenci potrzebujący kilku porad żywieniowych będą mieli wyznaczone terminy wizyt kontrolnych.

Rejestracja odbywa się drogą telefoniczną – codziennie, od 24 października 2012 pod nr telefonu (71) 395-76-20 w godzinach od 8:00 do 10:00. Pod tym numerem pielęgniarka udzieli choremu, lub opiekunowi informacji o dacie wizyty, oraz jak należy się do niej przygotować.

Będziemy wdzięczni, jeżeli przekazacie Państwo tę informację wszystkim potrzebującym.

Na dzień dzisiejszy jest to jedyna w Polsce możliwość bezpłatnego wsparcia dla ambulatoryjnych chorych z niedożywieniem, lub ryzykiem jego rozwoju, którzy wymagają indywidualnego wsparcia żywieniowego, bez względu na przyczynę niedożywienia.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie składa serdeczne gratulacje naszej koleżance, v-ce przewodniczącej Zarządu Oddziału dr hab. JOANNIE ROSIŃCZUK-TONDERYS z okazji uzyskania habilitacji.

W imieniu PTP

Przewodnicząca mgr Teresa Fichtner-Jeruzel

Arkadiusz Szczęśniak – Główny Informatyk NIPiP

Systemy informatyczne w pracy pielęgniarki, położnej – eWUŚ

Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców – eWUŚ www.ewus.csioz.gov.pl jest systemem z którego mogą korzystać świadczeniodawcy, którzy mają dostęp do internetu i uzyskali od NFZ odpowiednie upoważnienie. System pozwala na potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Źródło: www.nfz.gov.pl

Zasady pracy w eWUŚ

Świadczeniobiorca musi wyznaczyć **Lokalnego Administratora**, któremu powierzy występowanie do Funduszu o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do uzyskania dostępu do usługi eWUŚ. W ramach składania wniosku o nadanie dostępu, upoważniona osoba podpisuje również oświadczenie o przestrzeganiu przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz o zachowaniu w tajemnicy i nieujawniania danych pozyskanych z Funduszu.

Administrator Lokalny nadaje i odbiera uprawnienia do pracy w systemie eWUŚ innym upoważnionym pracownikom świadczeniodawcy, określanym przez NFZ **Operatorami**. Posiada również uprawnienie do występowania o potwierdzenie ubezpieczenia lecz w większości przypadków to **Operatorzy** będą występowali o potwierdzenia ubezpieczenia.

Biorąc pod uwagę specyfikę organizacji pracy u poszczególnych świadczeniodawców należy przypuszczać, iż dla pacjentów zgłaszających się do rejestracji, osoby tam zatrudnione (w tym pielęgniarki i położne) powinny być Operatorami upoważnionymi do weryfikacji ubezpieczenia.

W przypadku pacjentów podlegającym dłuższemu leczeniu, np. w szpitalu, **Administrator Lokalny** może „hurtowo” weryfikować uprawnienia pacjentów. Odbywa się to z użyciem narzędzi automatyzujących ten proces.

Zarówno Administrator Lokalny jak i Operatorzy muszą przestrzegać przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzanych danych, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych. W przypadku nie przestrzegania ww. przepisów lub stworzenia zagrożenia dla bezpieczeństwa przetwarzania danych NFZ może odebrać uprawnienia dla Operatora lub Administratora Lokalnego. Może być to równoznaczne z brakiem możliwości poświadczania uprawnień do ubezpieczenia.

Podstawowe zasady „bezpiecznej” pracy w systemie eWUŚ:

Prace w systemie eWUŚ można rozpocząć dopiero po uzyskaniu upoważnienia do przetwarzania danych zawartych w systemie eWUŚ.

Wraz z upoważnieniem Administrator powinien przekazać do zapoznania się **Instrukcję Zarządzenia Systemem Informatycznym e-WUŚ** (zakres zawartości opisany tutaj):

Obowiązki administratora danych osobowych w podmiocie leczniczym (w praktyce pielęgniarki

i położnej).

Administrator danych osobowych w podmiocie leczniczym jest zobowiązany do zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych.

Podstawowym elementem ochrony danych osobowych jest zapewnienie przetwarzania danych zgodnie z ich przeznaczeniem.

Zgodnie z art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych **dane o stanie zdrowia są uznawane za dane wrażliwe**. Ich przetwarzanie jest możliwe wyłącznie w celu oceny stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów. Nie można więc danych pacjentów zawartych w dokumentacji medycznej wykorzystywać do innych celów niż świadczenie usług zdrowotnych (np. do przedstawienia oferty ubezpieczenia zdrowotnego).

Uprawnienie do przetwarzania danych wrażliwych jest zastrzeżone wyłącznie dla osób zawodowo zajmujących się leczeniem lub świadczeniem usług medycznych oraz zarządzaniem tymi usługami. Należą do nich między innymi: pielęgniarki, położne, lekarze, stomatolodzy.

Administrator danych osobowych nie może więc upoważnić osób niezwiązanych z procesem leczenia do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej zostały opisane w artykule „Dokumentacja medyczna. Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej”

Kolejnym elementem jest ochrona danych osobowych przed dostępem do nich osób nieupoważnionych, przed ich zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024) określa:

- sposób prowadzenia i zakres dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych,
- warunki techniczne i organizacyjne, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych,
- wymagania w zakresie odnotowywania udostępniania danych osobowych i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych,
- trzy poziomy ochrony danych przetwarzanych w systemach informatycznych (podstawowy, podwyższony i wysoki).

Zastosowane przez Administratora Danych Osobowych środki ochrony oraz organizacja pracy powinna znaleźć swoje odzwierciedlenie w tworzonej i aktualizowanej dokumentacji.

Podstawowym dokumentem stworzonym przez Administratora Danych Osobowych jest „**Polityka Bezpieczeństwa Informacji**”, która powinna opisać zasady i reguły postępowania, które należy stosować, aby wła-

ściwie wykonać obowiązki związane z przetwarzaniem danych osobowych.

W przypadku przetwarzania danych w systemie informatycznym **konieczne jest opracowanie „Instrukcji Zarządzenia Systemem Informatycznym”**, określającej sposób zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych. W przypadku posiadania kilku systemów instrukcja powinna być stworzona dla każdego z nich.

Zakres dokumentacji tworzonej przez Administratora Danych powinien być dostosowany do struktury podmiotu. Nie jest możliwe przygotowanie wzoru dokumentacji dla różnej wielkości podmiotów.

Najważniejszymi elementami, które powinny znaleźć się w dokumentacji są:

- wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe,
- wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych,
- określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych,
- procedury nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności,
- stosowane metody i środki uwiarytelnienia oraz procedury związane z ich zarządzaniem i użytkowaniem,
- procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu,
- procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania wraz z miejscem i okresem ich przechowywania.)

- Należy przestrzegać zasad opisanych w IZSI.
- Nazwę i hasło użytkownika systemu eWUŚ Operatorowi powinien przekazać Lokalny Administrator.
- Przy pierwszym logowaniu należy zmienić hasło na własne tylko sobie.
- Nie wolno udostępniać nikomu hasła użytkownika do usługi eWUŚ. Nawet Administratorowi Lokalnemu, który powinien tylko przekazać hasło do pierwszego logowania. Również w trakcie kontroli NFZ lub Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych nie wolno podawać hasła kontrolerom.
- W przypadku podejrzenia ujawnienia hasła dostępowego należy niezwłocznie je zmienić.
- Nie wolno pracować na koncie innej osoby gdyż NFZ może przechowywać historię operacji wykonywanych w usłudze eWUŚ.

Udostępnienie swojego konta do pracy dla innych osób może skutkować poniesieniem konsekwencji prawnych (opisanych tutaj):

Ochrona danych osobowych w pracy pielęgniarki i położnej

Na początek koniecznym jest ustalenie, co rozumiemy

pod pojęciem dane osobowe, co to jest przetwarzanie danych osobowych, i czy związku z tym wykonywane zadania podlegają ustawie o ochronie danych osobowych.

Na podstawie:

- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (tj. Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.)
- Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024) www.giodo.gov.pl

Przetwarzanie danych osobowych rozumie się, jako jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych, zwracam uwagę na fakt, iż również przechowywanie danych osobowych jest rozumiane, jako ich przetwarzanie. Ustawodawca szczególnie zaznaczył, że wszystkie operacje wykonywane na danych osobowych w systemach informatycznych są rozumiane, jako ich przetwarzanie.

Jednak należy pamiętać, iż nie każda informacja o osobie może być traktowana, jako dana osobowa. **Informacja, która nie pozwala na ustalenie tożsamości danej osoby, bez nadzwyczajnego wysiłku i nakładów, nie jest daną osobową.** Przykładem takiej informacji może być numer prawa wykonywania zawodu. Udostępnienie listy nr pzw bez żadnych innych danych nie narusza przepisów ustawy o ochronie danych osobowych. Jednak numer prawa wykonywania zawodu wraz z imieniem i nazwiskiem osoby tworzą już zestaw danych, który jest uznawany za dane osobowe.

Ustawa wprowadza szereg sankcji, które zmuszają do określonego trybu pracy z danymi osobowymi. Liczne sankcje związane z przetwarzaniem danych osobowych powinny być bodźcem do respektowania przepisów ustawy. Rozdział 8 Ustawy o ochronie danych osobowych wyszczególnia następujące sankcje związane z niewłaściwym przetwarzaniem danych osobowych:

Art. 49.

1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo, do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nalogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 51.

1. Kto administrując zbiorem danych lub będąc obowiąz-

zano do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 52.

Kto administrując danymi narusza choćby nieumyślnie obowiązek zabezpieczenia ich przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 53.

Kto będąc do tego obowiązany nie zgłasza do rejestracji zbioru danych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 54.

Kto administrując zbiorem danych nie dopełnia obowiązku poinformowania osoby, której dane dotyczą, o jej prawach lub przekazania tej osobie informacji umożliwiających korzystanie z praw przyznanych jej w niniejszej ustawie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 54a. Kto inspektorowi udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności kontrolnej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Warto podkreślić, że przepisy ustawy można również traktować, jako narzędzie do przestrzegania obowiązków wynikających z posiadanych przez pielęgniarki, położne uprawnień, w taki sposób aby pielęgniarki, położne nie były zmuszane do wykonywania zadań w systemach informatycznych, które przynależą do uprawnień innych zawodów.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI OSÓB ZAJMUJĄCYCH SIĘ PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

Dla ustalenia zakresu odpowiedzialności koniecznym jest określenie, kto jest administratorem danych osobowych. Zakres obowiązków administratora danych osobowych jest znacznie szerszy niż zakres obowiązków pracowników zatrudnionych przez administratora danych osobowych.

Zakres odpowiedzialności pracowników podmiotów leczniczych

Art. 7 ustawy o ochronie danych osobowych definiuje **pojęcie administratora danych**, jako „organ, jednostkę organizacyjną, podmiot lub osobę, o których mowa w art. 3, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych.

W podmiotach leczniczych administratorem danych osobowych są osoby, które decydują o celach i środkach przetwarzania danych osobowych. W zależności od formy organizacyjno-prawnej może być to na przykład spółka prawa handlowego. Władze danego podmiotu leczniczego mogą wyznaczyć administratora bezpieczeństwa informacji, który będzie wypełniał obowiązki administra-

tora danych osobowych.

Pielęgniarki, położne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (umowa o pracę, umowa zlecenia) nie są więc administratorem danych osobowych.

Zakres ich odpowiedzialności jest ograniczony do art. 49 ustawy o ochronie danych osobowych.

Art. 49.

1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo, do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nalogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Pielęgniarki, położne zatrudnione w podmiotach leczniczych powinny otrzymać od administratora danych osobowych Politykę Bezpieczeństwa Informacji, określającą zasady i reguły postępowania z danymi osobowymi.

Przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych **powinny również otrzymać upoważnienie do przetwarzania danych osobowych**, zgodne z zakresem wykonywanych prac na danych osobowych.

W przypadku osób przetwarzających dane osobowe w systemach informatycznych, przed rozpoczęciem pracy w systemie administrator danych osobowych powinien również przedstawić **Instrukcję Zarządzania Systemem Informatycznym**. Instrukcja powinna zawierać między innymi sposób nadawania uprawnień do pracy w systemie.

Nadanie uprawnień do pracy w systemie powinno odbywać poprzez przekazanie loginu oraz hasła pierwszego logowania. Po pierwszym zalogowaniu do systemu **pielęgniarka, położna powinna zmienić hasło na znane tylko sobie. Hasła tego nie można udostępnić żadnym osobom ani organom. Nawet w sytuacji kontroli przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.**

Zakres odpowiedzialności osób prowadzących podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą (praktyki pielęgniarek, praktyki położnych).

Osoby prowadzące działalność gospodarczą (praktyki pielęgniarek, praktyki położnych) stają się administratorem danych bez względu na fakt, czy wyznaczy administratora bezpieczeństwa informacji). **W zakresie ich odpowiedzialności wchodzą przepisy karne zawarte w art. 49 do 54.**

Zakres obowiązków dla administratorów danych osobowych będzie przedmiotem kolejnego artykułu.)

związanych z działaniem tych osób.

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA

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

PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

– **EWA CHLEBEK**,
ul. Urzędnicza 1,
55-020 Żórawina,
e-mail: echlebek@op.pl,
tel. 728-515-055

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr **DOROTA MILECKA**
Akademicki Szpital Kliniczny,
ul. Borowska 213,
50-556 Wrocław
tel. 071/733-11-90,
733-11-95, 662-232-595

PIELĘGNIARSTWA 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,

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

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

*Zamknęły się ukochane oczy
Spoczęły spracowane ręce
Przystało bić kochane serce”*

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
dla **BARBARY KROKOWSKIEJ**
z powodu śmierci **Mamy**

składa Zespół Pracowników
z Poradni Medycyny Pracy SPSK 1 we Wrocławiu

*Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach*

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
dla **GABRIELI KALINOWSKIEJ**
z powodu śmierci **Taty**

składa Zespół Pracowników
z Poradni Medycyny Pracy SPSK 1 we Wrocławiu

Bliscy, których kochamy zostają w pamięci na zawsze

Naszej Koleżance **BEACIE GULCZYŃSKIEJ**
wyrazy współczucia i słowa otuchy po stracie **Dziadka**

składa Personel Oddziału Klinicznego
Intensywnej Terapii Dziecięcej Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego ul. Borowska 213 we Wrocławiu.

*Zamknęły się ukochane oczy
Spoczęły spracowane ręce
Przystało bić kochane serce*

KRYSI SUPIANEK
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci **Taty**

składają koleżanki i współpracownicy
Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej
WSS im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

Naszej Koleżance EWIE NOWICKIEJ
wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci **Taty**

składają
Koleżanki i Koledzy z Hospicjum Domowego
przy Dolnośląskim Centrum Onkologii.

*zamknęły się ukochane oczy,
spoczęły spracowane ręce,
przestało bić kochane serce”*

Naszej Koleżance DANUSI GŁOWACKIEJ
wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci **Taty**

składają: z-ca Dyrektora d.s Pielęgniarstwa
Przełożona Pielęgniarek i Położnych oraz
koleżanki i koledzy z Pracowni Hemodynamiki
i Ponadregionalnego Centrum Chirurgii Endowaskularnej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
we Wrocławiu ul. Borowska

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy,
że dnia 12.09.2013 r.
zmarła nasza koleżanka Pielęgniarka Oddziałowa

GRAŻYNA DROZDOWSKA

dobry przyjaciel, serdeczna życzliwa koleżanka
troskliwa, opiekuńcza i oddana pielęgniarka

na zawsze pozostanie
w naszych sercach i pamięci.

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie

składa
Dyrekcja, koleżanki, koledzy i współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc
we Wrocławiu

Głębokie wyrazy współczucia
Pani KRYSZTYNIE CZAJKOWSKIEJ
z powodu śmierci **Brata**

składają Koleżanki z NZOZ AMICUS
we Wrocławiu

*Jest taki ból, o którym lepiej nie mówić
bowiem najlepiej wyraża go milczenie*

Naszej Koleżance MARIOLI MŁOT i Jej Rodzinie
wyrazy współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci
Mamy

składają koleżanki z Oddziału Noworodkowego
Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy



ZAPRASZAMY NA KURS KWALIFIKACYJNY: „PIELĘGNIARSTWO RODZINNE”

w ramach projektu

„Nowe szanse niepublicznej służby zdrowia Dolnego Śląska”

nr WND-POKL.08.01.01-02-185/12

Instytucja Wdrażająca: Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy w Wałbrzychu

Realizator projektu : SIS-CO Artur Dębiński ul. Kluczborska 33/36, 31-271 Kraków

Organizator kształcenia: Klinika FFX

Rekrutacja do projektu : październik - grudzień 2013 r.

Realizacja : od grudnia do czerwca 2014 r.

Miejsce realizacji zajęć: Wrocław

Koszt udziału w kursie: BEZPŁATNY

Liczba miejsc ograniczona!!!

Projekt skierowany jest do 40 podmiotów gospodarczych i ich pracowników – **mikro, małe i średnie Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek** z obszaru województwa dolnośląskiego.

Beneficjentem Pomocy może być przedsiębiorca, który:

- posiada status mikro, małego lub średniego przedsiębiorstwa w rozumieniu rozporządzenia Komisji (WE) Nr 800/2008 oraz Zalecenia Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikro, małych i średnich przedsiębiorstw
- prowadzi działalność w branży ochrony zdrowia związanej z opieką nad osobami starszymi i potrzebami osób starszych na obszarze województwa dolnośląskiego,
- jest Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej lub indywidualną/ grupową praktyką pielęgniarek,
- kwalifikuje się do pomocy *de minimis*,

- posiada jednostkę organizacyjną na obszarze województwa dolnośląskiego,
- nie korzystający dotąd z pomocy Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w ramach szkoleń objętych zasadami pomocy publicznej.

Uczestnikiem projektu może być osoba, która:

- została oddelegowana na szkolenie przez Beneficjenta Pomocy (Przedsiębiorcę),
- jest pracownikiem
- jest zatrudniona na terenie województwa dolnośląskiego,
- posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
- posiada co najmniej 6-miesięczny staż pracy w zawodzie pielęgniarki.

Więcej informacji o projekcie, regulamin oraz Dokumenty niezbędne do uczestnictwa w projekcie dostępne są na naszej stronie: www.kadrymedyczne.pl

Kontakt pod nr tel. **500 176 854** lub drogą e-mail: rekrutacja@sis-co.pl **fax: 123981995**

Kursy prowadzone będą na podstawie ramowych programów opracowanych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z ustawą z dn. 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z tą ustawą kursy zakończą się egzaminem, dającym uprawnienia do wykonywania czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych – zgodnie z dziedziną kursu.



G.B. Management

Dział doskonalenia kadr medycznych

50-230 Wrocław, ul. Trzebnicka 42 e-mail: gbm@ddkm.pl

**CHCESZ PROFESJONALNIE, SKUTECZNIE I W PRZYJEMNEJ
ATMOSFERZE PODNIEŚ SWOJE KWALIFIKACJE ?!**

PRZYJDŹ DO NAS!

*Oferujemy Ci Nasze wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń
podyplomowych dla pielęgniarek i położnych.*

Gwarantujemy:

- ✓ profesjonalną realizację szkoleń (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz w oparciu o programy zatwierdzone przez CKPPIP)
- ✓ wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną
- ✓ nowoczesne metody nauczania
- ✓ możliwość opłacania kursu w dogodnym systemie ratalnym

*Serdecznie zapraszamy Państwa do zapoznania się z pełną ofertą
naszych kursów oraz wypełnienia formularza zgłoszeniowego na*

www.ddkm.pl

lub złożenia osobistej wizyty w siedzibie naszego ośrodka.

Nie czekaj - ZAPISZ SIĘ JUŻ DZIŚ!

Masz pytania? Zadzwoń: **(71) 78 33 285**

Dbamy o Twój rozwój zawodowy.

Wydawnictwo MedPharm Polska poleca



Zdrowie dziecka a tytoń

Poradnik dla lekarzy, pielęgniarek
i świadomych rodziców

rok wydania: 2011
stron: 210
format: 130 × 210 mm
oprawa: miękka
ISBN: 978-83-62283-63-7

Redakcja wydania | Anna Felińczak

cena detaliczna: 48.00 zł

NASZA CENA: 43.00 zł

Pielęgnacja ciała

Sabine Bender
Pod redakcją Elżbiety Budzisz
cena detaliczna: 62.00 zł
NASZA CENA: 58.00 zł

rok wydania: 2010
stron: 272
format: 120 × 170 mm
oprawa: miękka
ISBN: 978-83-62283-55-2



Leki i pożywienie – interakcje

rok wydania: 2008
stron: 432
format: 164 × 234 mm
oprawa: miękka
ISBN: 978-83-60466-54-4

Redakcja wydania | Zofia Zachwiejowa

cena detaliczna: 69.00 zł

NASZA CENA: 62.00 zł

Wydawnictwo MedPharm Polska Sp. z o. o.
ul. Powstańców Śl. 28–30 • 53-333 Wrocław
tel. 071/33-50-360 • fax 071/33-50-361
info@medpharm.pl

ZAPRASZAMY

MedPharm Polska
www.medpharm.pl

PLEBISCYT „ANIOŁ W CZEPKU”

**Wydawca „Gazety Wrocławskiej” we współpracy
Dolnośląską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu oraz firmą Re-Go przystępują
do Plebiscytu „Anioł w czepku” na najbardziej
przyjazną położną/ położnego.**

Celem Plebiscytu jest wyłonienie w drodze głosowa-
nia położnej/ położnego – „Anioła w czepku” (pra-
cującej/ pracującego w placówce ochrony zdrowia na
terenie miasta Wrocławia), spośród kandydatów, któ-
rzy zostaną zgłoszeni do udziału w Plebiscycie.

Plebiscyt będzie prowadzony na łamach „Gaze-
ty Wrocławskiej” oraz na stronie internetowej w/w
dziennika. Aktualne informacje o przebiegu Plebiscy-
tu będą także dostępne na stronie Dolnośląskiej Okrę-
gowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
– www.doipip.wroc.pl

Głosowanie w Plebiscycie rozpoczyna się 14 paź-

dziernika. 2013 r. .

Tego dnia w „Gazecie Wrocławskiej oraz na stronie
www.gazetawroclawska.pl ukażą się szczegółowe
informacje dotyczące Plebiscytu oraz Regulamin.

Położna/ położny, która/ który otrzyma największą
liczbę głosów zostanie uhonorowany statuetką „**Anioł
w czepku**” oraz wysoką nagrodą finansową ufundowa-
ną przez Dolnośląską Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych we Wrocławiu.

Serdecznie prosimy o rozpropagowanie Naszej ak-
cji wśród pacjentów i ich rodzin.

Urszula Olechowska
Przewodnicząca
Dolnośląskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych



UWAGA !

PRZEDŁUŻAMY OFERTĘ PROMOCYJNĄ NA SPECJALIZACJE DO 30 LISTOPADA 2013 ROKU

tylko 189 zł/miesiąc

Oferta obejmuje specjalizacje w trzech dziedzinach pielęgniarstwa:

ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI DLA PIEŁĘGNIAREK	W LUBINIE
OPERACYJNEGO DLA PIEŁĘGNIAREK	WE WROCŁAWIU
KARDIOLOGICZNEGO DLA PIEŁĘGNIAREK	WE WROCŁAWIU

- Termin realizacji - 2013 - 2015 r.
- Czas trwania – 20 miesięcy.
- Bez egzaminów wstępnych
- Zajęcia w systemie weekendowym – 2 razy w miesiącu.
- Płatność w miesięcznych ratach.

ZGŁOSZENIA PRZYJMUJEMY DO 30 LISTOPADA 2013 r.

WAŻNA INFORMACJA

Osoby zainteresowane kształceniem (kursy, specjalizacje) zobowiązane są do składania kompletu dokumentów wraz z załącznikami wyszczególnionymi w formularzu zgłoszenia. Niekompletne wnioski nie będą brane pod uwagę przez komisje kwalifikacyjne na poszczególne dziedziny kształcenia.

Formularz dostępny jest na stronie www.doipip.wroc.pl w zakładce Dział Kształcenia.

ZAPRASZAMY