Zawód zaufania publicznego – pielęgniarka.

Samorząd pielęgniarek i położnych.

Wstęp

We współczesnej opiece nad zdrowiem, zmierzającej do zapewnieni człowiekowi coraz lepszej pomocy w osiągnięciu optymalnego stanu zdrowia, pielęgniarstwo staje się coraz bardziej znaczącą dziedziną. W początkowym okresie rozwoju pielęgniarstwa pielęgniarki były przygotowane tylko do podejmowania praktyki w szpitalu, a więc do zapewniania opiekuńczej pomocy chorym leczonym w szpitalu oraz do wykonywania różnych prostych zabiegów zalecanych przez lekarzy. W krótkim czasie zaczęły także zajmować się chorymi w domach. Wolniej toczył się natomiast proces wprowadzania i rozszerzania praktyki pielęgniarskiej znaczącej dla zachowania i umacniania zdrowia, a także zapobiegania chorobie oraz podejmowanie jej w różnych środowiskach życia człowieka (dom, szkoła, praca). Współcześnie pielęgniarki pracują zarówno w szpitalach, jak i w innych środowiskach życia człowieka oraz zapewniają opiekę pielęgnacyjną w zdrowiu i chorobie, koncentrując swoją pomoc na promowaniu zdrowia.

We wszystkich krajach wprowadzane są zmiany w praktyce pielęgniarskiej i edukacji pielęgniarek; podejmowane są również działania na rzecz bogacenia wiedzy i umacniania naukowych podstaw pielęgniarstwa. Przoduje w tym pielęgniarstwo Ameryki Północnej. To tam po raz pierwszy – pod koniec XIX – wprowadzono edukację pielęgniarek do uczelni akademickich.

Współczesne pielęgniarstwo w Polsce podlega szybkim przemianom rozwojowym. Największe

zmiany zachodzą na płaszczyźnie edukacji. Proces podnoszenia go do poziomu akademickiego właśnie się zakończył. Tworzony jest system kształcenia ustawicznego. Nawiązywana współpr aca międzynarodowa, umożliwia korzystanie z osiągnięć z innych krajów oraz dzielenia się własnymi. Wartym podkreślenia jest fakt, że rozwój współczesnego pielęgniarstwa w Polsce rozpoczął się później niż w wielu innych krajach, a toczył się w bardzo trudnych warunkach. Po krótkim okresie 20-letniego rozwoju (1918-1939) nastąpiła w nim najpierw całkowita przerwa (wojna, okupacja niemiecka), a z kolei później długi – prawie 20-letni – okres wielkiego chaosu. Wychodzenie z niego rozpoczęło się na początku lat 60., a już w 1969 roku zapoczątkowano kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym.

Bardzo wiele wysiłków podejmowanych jest w kierunku poprawiania jakości pielęgnowania oraz podnoszenia poziomu jego efektywności. Aby to osiągnąć, pielęgniarki wprowadzają w praktyce wiele zmian na rzecz zapewnienia swojej opiekuńczej pomocy w sposób całościowy i zindywidualizowany. Wymaga to kształtowania poczucia bliskości z tym, komu pomagają, zdobywania jego zaufania i dobrego współdziałania, rozpoznawania jego potrzeb i problemów zdrowotnych oraz zapewniania pomocy w ich rozwiązywaniu. Pielęgniarki bardzo dużą wagę przywiązują do poszerzania swojej wiedzy pielęgniarskiej i kształtowania koniecznych umiejętności.

W najogólniejszym ujęciu zmiany rozwojowe zachodzące w praktyce pielęgniarskiej obejmują:

* rozszerzenie jej zakresu,

* poprawianie jakości oraz efektywności.

A zmiany te są możliwe dzięki rozwojowi edukacji pielęgniarek ukierunkowanej na osiąganie celów praktyki przez:

* podwyższenia poziomu kształcenia,

* tworzenie systemu kształcenia ustawicznego,

* skupianie uwagi na doskonaleniu praktycznego przygotowania do zawodu.

1. Historyczne i społeczne uwarunkowania rozwoju pielęgniarstwa

Od zarania ludzkości opieka była przejawem solidarności społecznej w utrzymaniu dobrostanu osobowego jednostek i społeczeństw, jak również odpowiedzią na zagrożenia zdrowotne w poszczególnych etapach życia. Człowiek opiekował się swoim potomstwem, pomagał tym wsz ystkim, którzy takiej pomocy potrzebowali. Na początek proste zadania opiekuńczo pielęgnacyjne wykonywano z pobudek miłości, miłosierdzia, ze względu na patriotycznych, społecznych i innych.

Zarówno powody podejmowania tych zadań, jak też rozwój pielęgniarstwa uzależnione były od określonych idei, właściwych występującym w danym czasie prądom filozoficzno-kulturowym, jak: ascetyzm, romantyzm, pragmatyzm i humanizm:

- **Ascetyzm** przejawiał się w umartwianiu i poświęceniu swego życia Bogu i bliźnim.

W tym kontekście pielęgniarstwo stało się powołaniem do spełnienia woli Boga.

- **Romantyzm** to afirmowanie uczucia, spontaniczność, idealizowania życia, to również bohaterstwo i heroizm. Wiele kobiet może urzeczywistnić swe marzenia, ideały w pracy pełnej oddania, niejednokrotnie heroicznej, stającej się powodem dumy z racji spełniania trudnych obowiązków.
- **Pragmatyzm,** w opiece pielęgniarskiej przejawem tych poglądów jest rozpatrywanie tej działalności w aspekcie instrumentalno-technicznych działań, użytecznych ze względu na zaspokojenie określonych potrzeb terapeutyczno pielęgniarskich. Dalszą konsekwencją podejścia pragmatycznego jest podwyższanie kwalifikacji zawodowych, usprawniania organizacji pracy i działalności kierowniczej.
- **Humanizm** to czwarty nurt dociekań filozoficznych, który w różnym stopniu przenikał działalność pielęgniarstwa w jego trzech poprzednich orientacjach filozoficznych i również obecnie przejawia się dość wyraziście. Ta filozofia wywarła najgłębszy wpływ na przemiany w pielęgniarstwie.

1.1. Okresy rozwoju pielęgniarstwa

Jednak w dziejach pielęgniarstwa można wyróżnić dwa okresy istotnego dla jego rozwoju: okres przednowoczesny i nowoczesny.

1.1.1. Okres przednowoczesny

Wiele wskazówek o charakterze sanitarno pielęgnacyjnym znajdujemy już w starożytności (ok. 4000 p.n. e. –V w. n.e.). Wiedza medyczna według wierzeń egipskich była darem Boga i stanowiła tajemnicę kapłanów. To tam zostały ukształtowane podstawy etyki lekarskiej, powstały pierwsze szpitale, nastąpił rozwój chirurgii jako podstawowego działu medycyny. Rodziną i potomstwem zawsze opiekowały się kobiety.

W starożytnych Indiach leczenie wykonywali kapłani, którzy wykonywali swoje zadania z pobudek religijno-społecznych. Święte księgi Wedy, pochodzące z okresu 1500-300 r. p.n.e., zawierają wiedzę medyczną nabytą przez doświadczenie, ale również wypływającą z wierzeń w działanie sił nadprzyrodzonych. Tworzone są pierwsze szpitale. Pielęgniarkom stawiano wysokie wymagania, zwracając uwagę na kwalifikacje techniczne, cechy charakteru i poziom moralny.

Natomiast w Grecji pielęgnowaniem zajmowały się kapłanki, a później uczniowie mistrza. Tu warto wspomnieć o Hipokratesie (460-377 p.n.e.), który jest uważany za ojca medycyny. To on opracował pierwszy podręcznik do medycyny, stworzył teoretyczne podstawy patologii ogólnej, wprowadził zasady etyki lekarskiej – przysięgę Hipokratesa. Znana jest wszystkim zasada: „Przede wszystkim nie szkodzić” (Primum non nocere). Hipokrates, jako jeden z pierwszych, zwrócił uwagę na obserwację i czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne.

Średniowieczną opiekę leczniczo-pielęgnacyjną sprawowały zgromadzenia religijne. Kościół odegrał wtedy ważną rolę w opiece nad biednymi i chorymi. Do zgromadzeń zakonnych, które poświęcały się szpitalnictwu w Polsce należały: Zgromadzenie św. Ducha, Miechowitów, Joannitów, Krzyżaków Gwieździstych.

W czasach późniejszych, od połowy XVI do połowy XIX wieku, wystąpiły swoiste zmiany, niekorzystne dla opieki. Reformacja spowodowała odchodzenie ze szpitali osób duchownych, na których miejsce przyjmowano osoby z marginesu społecznego, bez przygotowania z zerowym poziomem moralnym. Do poprawy tej sytuacji przyczynił się Wincenty a`Paulo (1584-1660), który utworzył Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia. Młode, niezamężne niewiasty składały roczne śluby, którymi zobowiązywały się, do opieki nad chorymi, bezdomnymi, niedołężnymi. Kilka sióstr przybyło do Polski w roku 1652 r. Osiem lat później działało już 350 szarytek, bo tak zaczęto je nazywać, które pracowały w 70 zakładach. Od 1663 r. działał pierwszy ośrodek o charakterze domu macierzystego i nowicjatu, w którym siostry zaczęły opiekę nad chorymi w polskich szpitalach.

Ruch reformatorski wśród diakonis protestanckich zapoczątkował natomiast pastor Teodor Fliedner w latach 1780-1800. Reforma uwzględniała program szkolenia tych niewiast, obejmujący zarówno zajęcia teoretyczne, jak i praktyczne niezbędne w opiece nad chorymi.

1.1.2. Okres nowoczesny

Za początek tego okresu pielęgniarstwa przyjmuje się rok 1860, kiedy to Florence Nightingale (1820-1910) założyła pierwszą szkołę pielęgniarską przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. Model opieki, który stworzyła, opierał się na potrzebie odwoływania się w pielęgnowaniu do praw naukowych, potrzebie rozwoju naukowego pielęgniarstwa i kształcenia pielęgniarek. Podporządkowywała pielęgniarki lekarzom w sprawach leczenia oraz lojalnego wykonywania zaleceń. Nightingale w kształceniu pielęgniarek zwracała uwagę na:

- dobór kandydatek do zawodu pod względem wieku, charakteru, wykształcenia,
- zapewnienie jakości kształcenia poprzez dobry program nauczania teoretycznego i praktycznego
- indywidualizację opieki, uwzględniając obserwację kontakt z chorym.

Kształcenie według jej modelu zostało przyjęte na całym świecie. W USA na przełomie XIX i XX wieku tworzono na uniwersytetach autonomiczne jednostki dydaktyczne i naukowo-badawcze, jakimi były wydziały pielęgniarstwa.

Drugim ważnym wydarzeniem w rozwoju pielęgniarstwa było powstanie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN) w Stanach Zjednoczonych w roku 1899 z inicjatywy Bedford Fenwick Ethel. Utworzenie organizacji uzasadniano następująco: „My pielęgniarki, przedstawicielki różnych krajów, wierząc mocno, że zawód pielęgniarki może się lepiej rozwijać przez wspólne złączenie myśli, celów i wysiłków, łączymy się w federację stowarzyszeń pielęgniarek zawodowych w celu udoskonalania naszej pracy w pielęgnowaniu chorych, utrzymania w zdrowiu ludności i zapewnieniu należytego stanowiska i uznania zawodowi pielęgniarskiego”.

Celem MRP jest animowanie rozwoju pielęgniarstwa zawodowego poprzez stwarzanie możliwości porozumiewania się pielęgniarek z różnych krajów oraz tworzenia udogodnień dla międzynarodowej współpracy. Ważną rolę w tym aspekcie spełniają kongresy organizowane co 4 lata. Hasło „Jedność dla jakości”, które przyświecało obradom Kongresu w Madrycie w 1993 r., stanowi przykład wysokich wymagań etycznych, jakie stawia sobie społeczność pielęgniarska. Obecną siedzibą Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej jest Genewa. Stałym periodykiem wydawanym przez MRP jest „Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski”.

1.2. Rozwój pielęgniarstwa w Polsce

Rozwój pielęgniarstwa na ziemiach polskich przypada na początek XX wieku i jest związany z

powstaniem pierwszych szkół pielęgniarstwa oraz pierwszej organizacji zawodowej pielęgniarek – Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych.

Trzecim istotnym faktem dla polskiego pielęgniarstwa jest stworzenie (w Krakowie w 1911 r.) Szkoły Pielęgniarek Zawodowych Panien Ekonomek św. Wincentego a`Paula. Założone w roku 1925 Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych weszło w skład Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Pozwoliło to naszym pielęgniarkom na korzystanie z doświadczeń i pomocy organizacji międzynarodowych. Przykładem tego może być objęcie przez amerykańską pielęgniarkę Helen Bridge funkcji dyrektora utworzonej w 1921 r. Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej. Powiedziała wtedy, że szkoły pielęgniarskie są podwaliną pielęgniarstwa, i że bez podstaw naukowych i praktycznych nie można się spodziewać rozwoju tej gałęzi.

1.2.1. Okresy rozwoju pielęgniarstwa w Polsce

Współcześnie w rozwoju pielęgniarstwa w Polsce wyróżnia się trzy okresy:

1. okres – Polski Niepodległej lat 1918-1939, w którym powstało polskie pielęgniarstwo zawodowego
2. okres – czas II wojny światowej od września 1939 do mają 1945
3. okres – obejmujący lata po 1945 r., z podziałem na dwa podokresy:

* pierwszy od maj 1945 do czerwca 1989r.

* drugi od 1989 do chwili obecnej

1.2.1.1. Okres pierwszy

Początki pielęgniarstwa zawodowego w Polsce przypadają na rok 1921, w którym rozpoczęły działalność dwie w pełni nowoczesne szkoły pielęgniarskie w Warszawie i Poznaniu, o standardach dostosowanych dostosowanych do szkolnictwa zachodniego. Do najważniejszych osiągnięć tego okresu zlicza się:

1. Organizowanie szkół pielęgniarskich przygotowujących do opieki nad chorym w szpitalu i w domu, a także do profilaktyki i oświaty zdrowotnej w placówkach zdrowia publicznego i higieny szkolnej. Główne ośrodki kształcenia to: Kraków, Poznań i Warszawa.
2. Rozwój szkolnictwa praktycznego pielęgniarek w szpitalach i instytucjach zdrowia publicznego.
3. Zapoczątkowanie doskonalenia zawodowego.
4. Powstanie w 1925 r. Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ) i jego przystąpienie przystąpienie do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ang. ICN)
5. Wprowadzenie przedstawicielki zawodu do Departamentu Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (1926 r.), a także powołanie pielegniarek wojewódzkich.
6. Wydanie czasopisma zawodowego „Pielęgniarka Polska”.
7. Ustalenie podstaw prawnych zawodu (Ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935r.).

Pielęgniarstwo polskie pod względem zawodowego przygotowani kadry pielęgniarek dyplomowanych osiągnęło tym okresie wysoki poziom.

1.2.1.2. Okres drugi

Lata wojny i okupacji- to dzieje ofiarnej pracy pielęgniarek działających w trudnych i zagrażających życiu warunkach, organizowanie tajnego kształcenia pielęgniarsko-sanitarnego, heroiczna służba w jednostkach wojska polskiego na wszystkich frotach, w partyzantce i w powstaniu warszawski, w gettach oraz obozach koncentracyjnych.

1.2.1.3. Okres trzeci

*** Okres po 1945 r. w Polsce Ludowej charakteryzował się:**

1. Wzrostem liczby placówek szkolnictwa pielęgniarskiego. Powstały wtedy, w zależności od bieżących potrzeb i aktualnej polityki władz w stosunku do pielęgniarstwa, różne typy szkół pielęgniarskich. Dominowały licea pielęgniarskie uzupełniane siecią policealnych szkół medycznych.

2. Zmianami w programach kształcenia, przy czym zmianom w treści nauczania przedmiotów medyczno-pielęgniarskich towarzyszyły daleko idące zmiany w treściach przedmiotów humanistyczno-społecznych, dostosowujących je do polityki wychowawczej władzy państwowej.

3. Znacznym wzrostem liczby absolwentów szkół – mimo to w wielu placówkach służby zdrowia pozostawały nieobsadzone etaty ze względu na niskie wynagrodzenia.

4. Powstaniem w 1957 r. Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP), społecznej organizacji nawiązującej do założeń programowych PSPZ. W 1961 r. PTP zostało przejęte przez MRP.

5. W 1969 r. powstało w Lublinie Studium Pielęgniarstwa, placówka o charakterze uniwersyteckim, przekształcone w 1972 r. w Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej. Jej organizatorem i pierwszym dziekanem był prof. dr hab. Marian Klamut. W 1973 r. w Lublinie wręczono pierwsze dyplomy magistra pielęgniarstwa pielęgniarstwa. W latach następnych utworzono podobne Wydziały w Akademiach Medycznych w Katowicach – 1974, Poznaniu, Krakowie – 1975 i Wrocławiu – 1978.

*** Okres transformacji ustrojowej**

Od 1989 r. obserwuje się nowe trendy w pielęgniarstwie polskim, polegające na:

1. Upowszechnieniu wyższego kształcenia pielęgniarek w połączeniu z modyfikacją i indywidualizacją programów kształcenia, zgodnie z ratyfikowanym przez polski rząd w marcu

1996 r. europejskim porozumieniem w sprawie kształcenia pielęgniarek, określającym podstawowe standardy kształcenia pielęgniarek oraz zobowiązaniami wynikającymi z dyrektyw Wspólnot Europejskich.

2. Transformacji podstawowego szkolnictwa pielęgniarskiego.

3. Wprowadzeniu nowych kierunków kształcenia wyższego

4. Podwyższaniu kwalifikacji dydaktyczno-naukowych kadry akademickiej wydziałów pielęgniarskich.

5. Rozwój pozaszkolnych form dokształcenia i doskonalenia czynnych pielęgniarek.

6. Nawiązywaniu współpracy z zagranicznymi instytucjami zawodowymi i naukowymi Europy Zachodniej, Stanów Zjednoczonych i Kanady.

7. Powolnym wdrażaniu do praktyki pielęgniarstwa teorii opieki pielęgniarskiej i określonych reguł działania, stosownie do rozwoju pielęgniarstwa jako społeczno-przyrodniczej nauki praktycznej.

8. Intensyfikacja działalności naukowo-badawczej.

9. Prawnym uregulowaniu statusu zawodowego pielęgniarstwa jako zawodu samodzielnego, co powoduje określone przemiany w relacjach pielęgniarka - pacjent oraz pielęgniarka – lekarz.

10. Umacnianiu się samorządu pielęgniarskiego w swych działaniach i uprawnieniach.

2. Samorząd Pielęgniarek i Położnych

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powstał na mocy Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o Samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych. Niewątpliwie jest to najliczniejsza grupa zawodowa RP, posiadająca ponad 250 tys. członków.

Do najważniejszych zadań samorządu należy sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, ustalenie zasady etyki zawodowej, ustalenie standardów zawodowych, prowadzenie orzecznictwa zawodowego, wydanie prawa wykonywania zawodu. Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentuje zawodowe, społeczne i gospodarcze interesy tych zawodów. Podejmuje decyzje i wydaje zezwolenia na indywidualną i grupową praktykę pielęgniarek i położnych, dzięki czemu sprawowany jest nadzór nad wykonywaniem zawodu a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie działania podejmowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa polskiemu społeczeństwu, które korzysta z usług świadczonych przez pielęgniarki i położne. W myśl tego założenia IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, który odbył się 9 grudnia 2003 r. przyjął uchwałę nr 9. ustanawiającą Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej.

We wstępie tejże uchwały zamieszczono przyrzeczenie, które brzmi następująco: „Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki /położnej i uroczyście przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.

2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.

3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.

4. Okazywać pacjentom należny szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.

5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.

6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.

7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie”.

W części ogólnej znajdują się podstawowe zadania i obowiązki pielęgniarek i położnych. Z perspektywy samorządu ważniejsza jest część szczegółowa, która oprócz kwestii na linii pielęgniarka/położna a pacjent, pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka, pielęgniarka/ położna a współpracownicy, czy pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa reguluje zasady współpracy na linii pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarek i położnych. Zasady te zobowiązują je do podporządkowania się uchwałom podjętym przez uprawnione organy samorządu zawodowego.

Jednostkami organizacyjnymi samorządu jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz 45 okręgowych izb powołanych uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Okręgowe Izby

posiadają autonomię i osobowość prawną. Organami samorządu są: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelna Komisja Rewizyjna i odpowiednio: okręgowe rady pielęgniarek i położnych, okręgowy sąd pielęgniarek i położnych, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, okręgowa komisja rewizyjna.

2.1. Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Krajowy Zjazd jest najwyższym organem Naczelnej Izby. W Krajowym Zjeździe biorą udział delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy oraz, jako głos doradczy, nie będący delegatami członkowie ustępujących organów Naczelnej Izby. Krajowy Zjazd zwołuje Naczelna Rada co cztery lata. W piątej kadencji jest 325 delegatów Krajowego Zjazdu. Naczelna Rada może również zwołać Nadzwyczajny Krajowy Zjazd.

Do podstawowych obowiązków Krajowego Zjazdu należy:

- uchwalanie zasad etyki zawodowej
- ustalanie standardów zawodowych oraz standardów kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy
- zajmowanie stanowiska w sprawie kierunków rozwoju pielęgniarstwa
- uchwalanie programu działania samorządu
- uchwalanie regulaminów organów Naczelnej Izby i ramowych regulaminów organów okręgowych izb
- ustalanie regulaminu wyborów do organów izb oraz tryb odwoływani ich członków
- ustalanie liczby członków organów Naczelnej Izby i liczbę zastępców Naczelnego Rzecznika
- wybór Prezesa i członków Naczelnej Rady, przewodniczącego i członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Naczelnego Sądu oraz Naczelnego Rzecznika i jego zastępców.
- uchwalanie zasad gospodarki finansowej Naczelnej Izby
- określanie wysokości składki członkowskiej oraz zasady jej podziału
- podejmowanie uchwały w sprawie udzielenia absolutorium Naczelnej Radzie.

Ostatni Zjazd Krajowy Pielęgniarek i Położnych odbył się w dniach 3-5 grudnia 2007 w Warszawie.

2.2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Posiedzenia odbywają się raz na kwartał a w skład Naczelnej Rady wchodzą Prezes Naczelnej Rady, Przewodniczący okręgowych rad oraz członkowie wybrani przez Krajowy Zjazd. Naczelna Rada wybiera spośród siebie Prezydium. Zaś Prezydium Naczelnej Rady stanowią: Prezes, wybrani przez Naczelną Radę wiceprezesi, sekretarz, skarbnik i członkowie. Naczelna Rada kieruje działalnością samorządu w czasie pomiędzy Krajowymi Zjazdami. W skład Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wchodzi 76 osób.

Do jej podstawowych obowiązków należy:
- wykonywanie uchwał Krajowego Zjazdu
- analizowanie i opiniowanie kierunków rozwoju ochrony zdrowia ludności
- przygotowanie wniosków dotyczących zasad etyki zawodowej
- reprezentowanie samorządu
- rozpatrywanie odwołań od uchwał okręgowych rad
- uchwalanie budżetu organów Naczelnej Izby oraz rozpatrywanie sprawozdania z jego wykonania
- podejmowanie uchwał w innych sprawach należących do samorządu a nie zastrzeżonych dla innych organów
- ustalenie wzorów pieczęci organów samorządu

Funkcję prezesa Naczelnej Rady sprawuje obecnie Elżbieta Buczkowska.

2.3. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za cały zakres działalności zawodowej, w tym także za sferę relacji pielęgniarka – pacjent – członkowie zespołu terapeutycznego. Pielęgniarki i położne podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność prawną: karną, cywilną, dyscyplinarną, administracyjną, zawodową (w tym etyczną).

Odpowiedzialność zawodową ponoszą pielęgniarki i położne przed organami samorządu pielęgniarek i położnych (rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i sądem pielęgniarek i położnych) za zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu, naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej, postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej obowiązany jest badać i uwzględniać okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej i członek sądu pielęgniarek i położnych nie może pełnić swojej funkcji w okresie, kiedy przeciw niemu toczy się postępowanie karne lub postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Przed wszczęciem takiego postępowania bada z urzędu, czy nie zachodzą okoliczności wyłączające postępowanie. W przypadku stwierdzenia takich okoliczności, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania, które doręcza wraz z uzasadnieniem pokrzywdzonemu i pielęgniarce lub położnej, na którą złożono skargę.

Jeżeli okoliczności, o których mowa wyżej wystąpią w toku postępowania wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o umorzeniu wszczętego postępowania, które doręcza wraz z uzasadnieniem pokrzywdzonemu i pielęgniarce lub położnej, której dotyczy postępowanie. Na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a jeżeli postanowienie to wydał Naczelny Rzecznik – zażalenie przysługuje do Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

Jeżeli dane istniejące w chwili wszczęcia postępowania lub zebrane w jego toku zawierają ostateczne podstawy do przedstawienia zarzutów pielęgniarce lub położnej, której dotyczy postępowanie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej sporządza postanowienie o przedstawieniu zarzutów, ogłasza je niezwłocznie pielęgniarce lub położnej i przesłuchuje ją na

okoliczność tych zarzutów. Postanowienie o przedstawieniu zarzutów zawiera: wskazanie pielęgniarki lub położnej, dokładne określenie zarzucanego jej przewinienia zawodowego i uzasadnienie. Na wniosek pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie, jej obrońca może być obecny przy składaniu wyjaśnień.

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do wszechstronnego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może on przesłuchać pielęgniarkę, której dotyczy postępowanie, świadków, biegłych, jak również wprowadzić inne dowody. Odmowa złożenia wyjaśnień przez pielęgniarkę lub położną, której dotyczy postępowanie, nie wstrzymuje postępowania.

2.4 Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych

Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych jest organem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych i rozpoznaje sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych, tj. rozpoznaje: odwołania od orzeczeń okręgowych sądów; orzeka jako I instancja w sprawach odpowiedzialności zawodowej członków Naczelnej Rady, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sadu, Naczelnego Rzecznika i jego zastępców a także członków okręgowych sadów, okręgowych rzeczników i ich zastępców; orzeka jako II instancja w sprawach odwoławczych w I instancji;
składa Naczelnej Radzie okresowe sprawozdanie o pracy Naczelnego i okręgowych sądów;
składa Krajowemu Zjazdowi sprawozdanie kadencyjne.

Do zadań Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych należy:

1) orzekanie w I instancji w składzie trzyosobowym w sprawach odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych wymienionych w art.40 ust.3 pkt. 2 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 roku,

2) orzekanie w II instancji w składzie pięcioosobowym w sprawach odwołań od orzeczeń wydanych przez sąd w I instancji,

3) organizowanie szkoleń i warsztatów z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej,

4) przeprowadzanie wizytacji okręgowych sądów.

Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych oraz okręgowe sądy pielęgniarek i położnych rozpatrują sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych tj. za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Nadzór merytoryczny nad działalnością okręgowych sądów pielęgniarek i położnych sprawowany jest przez Przewodniczącą i członków Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych, który polega w głównej mierze na doradzaniu w sprawach organizowania i funkcjonowania okręgowych sądów pielęgniarek i położnych, zapewnieniu pomocy prawnej, wyjaśnianiu problemów związanych z prowadzeniem dokumentacji sądu, prowadzeniu sprawozdawczości okręgowych sądów pielęgniarek i położnych, w ramach prewencji organizowanie szkoleń i warsztatów z zakresu sądownictwa zawodowego i odpowiedzialności zawodowej.

Szczegółowe przepisy dotyczące postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych są zawarte w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1993 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 9, poz. 45).

3. Prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej

Pielęgniarka/pielęgniarz to samodzielny pracownik ochrony zdrowia sprawujący opiekę medyczną nad pacjentem, asystujący przy zabiegach, operacjach, wypełniający zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, zajmujący się szeroko rozumianą edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Mówi o tym ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.01.57.602 z późn. zm.).

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych: pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia (art.4, ust.1 ww. ustawy).

Prawa związane z wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zawarte zostały w dwóch aktach prawnych: ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych.

Zawód pielęgniarki i położnej może wykonywać wyłącznie osoba, która posiada prawo jego wykonywania, stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych. W powyższej sprawie właściwa jest okręgowa rada pielęgniarek i położnych, w obrębie której pielęgniarka, położna ma zamiar wykonywać zawód. Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu następuje w drodze uchwały właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych, o czym stanowi art. 24 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (u.s.p.p.). Od uchwały w przedmiotowej sprawie pielęgniarce/ położnej służy odwołanie do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Prawomocną uchwałę w przedmiotowej kwestii minister właściwy do spraw zdrowia może zaskarżyć do sądu administracyjnego.

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych jest zobowiązana podjąć uchwałę o stwierdzeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/ położnej , jeśli pielęgniarka/ położna spełnia warunki wymagane przez prawo. Postępowanie o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/ położnej wszczynane jest na wniosek osoby zainteresowanej, zgłoszony na piśmie.

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, natomiast położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły położnych (art.7, ust.1 ustawy). Szkołą pielęgniarską lub położnych w rozumieniu ustawy jest, prowadząca kształcenie w zawodzie pielęgniarki (art.7, ust.2 i art.8, ust.1 ustawy):

1. Szkoła pomaturalna, po ukończeniu której absolwent uzyskuje tytuł zawodowy pielęgniarki lub położnej,
2. Wyższa szkoła zawodowa, po ukończeniu której absolwent uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa,
3. Szkoła wyższa, prowadząca kształcenie w formie studiów magisterskich lub studiów wyższych zawodowych po ukończeniu której absolwent uzyskuje tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub położnictwa.

Pielęgniarka i położna po ukończeniu szkoły pomaturalnej w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu zobowiązane są do odbycia 12-miesięcznego stażu podyplomowego w zakładzie opieki zdrowotnej (art.9, ust.1 ww. ustawy). Organizacja i zapewnienie odbycia stażu podyplomowego dla osób mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa, absolwentów szkół pielęgniarskich i szkół położnych, zamierzających wykonywać zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, jest zadaniem marszałka województwa z zakresu administracji rządowej (art.9, ust.2 ww. ustawy).

Zawód pielęgniarki i położnej może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania

zawodu stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych (art.11, ust.1 ustawy). Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub odpowiednio zawodu położnej uzyskuje osoba, która: posiada obywatelstwo polskie; posiada dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź uzyskany w innym państwie dyplom uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny, zgodnie z odrębnymi przepisami; odbyła wymagany staż podyplomowy, posiada pełną zdolność do czynności prawnych, posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu.

Zawód pielęgniarki i położnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, może być wykonywany nie tylko na podstawie umowy o pracę w publicznych bądź niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Cytowana ustawa wprowadziła bowiem inne formy wykonywania zawodu przez w/w personel medyczny, takie jak: indywidualną praktykę pielęgniarki, położnej, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki, położnej oraz grupową praktykę, która może być prowadzona w formie spółki cywilnej bądź spółki partnerskiej.

Podjęcie wykonywania zawodu pielęgniarki po upływie pięciu lat od ukończenia stażu podyplomowego lub po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat wymaga odbycia przeszkolenia, którego program ustala okręgowa rada pielęgniarek. Jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie całkowitej albo częściowej niezdolności pielęgniarki,do wykonywania zawodu, spowodowanej jej stanem zdrowia, okręgowa rada pielęgniarek powołuje komisję lekarską, złożoną ze specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny, która wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu.

Pielęgniarka, której sprawa dotyczy, obowiązana jest do stawienia się przed komisją.

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na podstawie orzeczenia komisji, podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności.

Zainteresowana pielęgniarka uprawniona jest do uczestnictwa, z prawem zabrania głosu, w posiedzeniu okręgowej rady pielęgniarek i położnych w czasie rozpatrywania jej sprawy. Jeżeli pielęgniarka, odmawia poddania się badaniu przez komisję lub, gdy okręgowa rada pielęgniarek i położnych na podstawie wyników postępowania wyjaśniającego uzna, że dalsze wykonywanie zawodu lub ściśle określonych czynności zawodowych ze względu na jej stan zdrowia nie jest możliwy - okręgowa rada pielęgniarek i położnych podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych. Pielęgniarce, położnej przysługuje prawo wniesienia odwołania do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w terminie 14 dni od otrzymania zawiadomienia o podjęciu uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka, w stosunku do której podjęto uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych, może wystąpić do okręgowej rady pielęgniarek i położnych o uchylenie uchwały, jeżeli ustaną przyczyny zawieszenia lub ograniczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 6 miesięcy od podjęcia uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej wygasa w razie: utraty obywatelstwa polskiego, obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej, albo statusu szczególnego, a także utraty prawa stałego pobytu, utraty pełnej zdolności do czynności prawnych, upływu czasu, na jaki zostało przyznane. Wygaśnięcie powoduje wykreślenie z rejestru właściwej okręgowej izby pielęgniarek

i położnych, której członkiem była pielęgniarka.

Podsumowanie

Zawód pielęgniarki wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej oraz mobilności, dlatego są one jedną z bardziej kształcących się grup zawodowych. Swoje funkcje spełniają w różnych miejscach: domu chorego, miejscu pracy, szkole, więzieniu, szpitalu oraz w przychodni w podstawowej opiece zdrowotnej.

Rozwój techniki i jej rosnący wpływ na człowieka, trudność pogodzenia techniki z humanitaryzmem - ludzkim podejściem do pacjenta - daje nam do myślenia: żadne urządzenie nie zdoła zastąpić troskliwości i współczucia dla drugiego człowieka. Dlatego pielęgniarstwo będzie istnieć zawsze dokąd będą istnieli ludzie, zawsze będzie im potrzebne zrozumienie, współczucie, działania na rzecz promowania i zachowania dobrego stanu zdrowia, zapobiegania zaburzeniom oraz opiekę podczas choroby. Według Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej marginalizacja i lekceważenie zawodu pielęgniarki i położnej w ostatnich latach powoduje to, że:

- w zakładach opieki zdrowotnej drastycznie ulegają pogorszeniu warunki wykonywania pracy ze względu na zmniejszenie liczby pielęgniarek, położnych oraz zwalnianie personelu pomocniczego,

- zamyka się szkoły pielęgniarskie i położnicze ograniczajęc dostęp do edukacji zawodowej,
- wycofanie się pracodawców z udziału w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, przesunęło cały ciężar finansowy na zainteresowane pielęgniarki i położne,
- w sytuacji znacznych niedoborów finansowych i niskich poborów pielęgniarek i położnych nie jest faktycznie możliwe doskonalenie się na własny koszt. Powoduje to obniżenie jakości pracy oraz obniżenie poziomu wiedzy i kwalifikacji,
- obserwuje się sytuację pozostawania na dyżurze jednej pielęgniarki z grupą kilkudziesięciu

pacjentów, co stanowi zagrożenie zarówno dla pacjentów, jak i pielęgniarek i położnych,
- w wielu zakładach nie ma jasno sprecyzowanych zakresów obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarek i położnych. Niejednokrotnie zleca się pielęgniarkom i położnym wykonywanie czynności porządkowych i innych wykonywanych dotychczas przez personel pomocniczy. Stan taki prowadzi do przeciążenia pielęgniarek pracą przy jednoczesnej niemożliwości realizacji zadań w zakresie opieki nad pacjentem,
- w sytuacji dalszego zmniejszania zatrudnienia, pod znakiem zapytania staje realizacja zadań pielęgniarki, w tym podstawowych w diagnozowaniu i leczeniu.

Reasumując można przypuszczać, że niewłaściwa organizacja pracy, niedobory kadrowe, niemożność podnoszenia kwalifikacji oraz przeciążenie pracą są przyczynami wzrostu zaniedbań i wykroczeń zawodowych. W przypadku utrzymania się aktualnej polityki resortu wobec pielęgniarek i położnych, omawiany stan będzie się nasilać.

Niezbędne staje się więc podjęcie działań, nie tyle dla zawodu pielęgniarki i położnej, ale przede wszystkim dla bezpieczeństwa i dobra pacjenta. Pamiętajmy, że są to zawody zaufania publicznego i warto, aby oprócz zaufania pielęgniarki i położne mogły liczyć na poparcie i uznanie społeczeństwa współmiernych do trudów pracy z jakimi się mierzą.