

informator

nr 1/2018



Wydanie bezpłatne

Pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

*Życzenia zdrowych i pogodnych Świąt Wielkanocnych
pełnych wiary, nadziei i miłości.*

Pogody w sercu i radości płynącej z faktu Zmartwychwstania Pańskiego.

*Serdecznych spotkań w gronie rodziny i wśród przyjaciół
oraz wszelkiej pomyślności i radości w życiu zawodowym i prywatnym
składają w imieniu*



Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Danuta Kusiak

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Halina Raczkiewicz

Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
Okręgowy Rzecznik Czesława Furgała

Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Przewodnicząca Mira Krzystanek

Ważne!

Wyciąg z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2016 poz. 1251 ze zm.)

Zgodnie z art. 46 „pielęgniarka i położna wpisana do rejestru o którym mowa w art. 43 są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.



RPWDL

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Informacja o Rejestrze

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) jest elektronicznym rejestrem prowadzonym zgodnie z ustawą o działalności leczniczej¹. W części publicznej Rejestru użytkownik może uzyskać informacje na temat podmiotów wykonujących działalność leczniczą w tym:

- Podmiotów leczniczych
- Praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów
- Praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych

W części dostępnej po zalogowaniu, Rejestr umożliwia między innymi:

- tworzenie wniosków
 - o wpis podmiotu do Rejestru;
 - o wpis zmian w Rejestrze,
 - o wykreślenie podmiotu z Rejestru;
- wysłanie drogą elektroniczną podpisanego wniosku w formie elektronicznej
- pobranie zaświadczeń
- przechowywanie i późniejszy dostęp do wniosków roboczych oraz wniosków podpisanych i wysłanych drogą elektroniczną

Zgodnie z § 18 ust 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego Rejestru² od **1 kwietnia 2013 r.** wnioski o wpis do Rejestru, zmianę wpisu do Rejestru i wykreślenie z Rejestru mogą być składane **wyłącznie w postaci elektronicznej**, z wykorzystaniem **bezpiecznego podpisu elektronicznego** w rozumieniu ustawy o podpisie elektronicznym lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne⁴.

1 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 i paż. 217, z późn. zm.).

2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, póź. 1319 z późn. zm.).

3 Ustawa z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 262).

4 Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2013 r., poz. 235).

22-400 Zamość, ul. Odrodzenia 7, tel./fax 84 639 07 06, tel. kom. 504 825 352
tel. kom. Przewodniczącej 504 825 351, e-mail: oipizamosc@oipip.eu www.oipip.eu www.oipip.home.pl



Biuro czynne: poniedziałek – piątek 8.00 – 16.00

Przewodnicząca Okręgowej Rady: poniedziałek – piątek 8.00 – 16.00

Radca prawny: środa – 10.00 – 16.00

Dyżury: Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: dyżury pod telefonami

I wtorek miesiąca – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pani **Anna Koziej**

tel. 502 575 505, e-mail: annakoziej@wp.pl

III wtorek miesiąca – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pani **Małgorzata Wiater**

e-mail: malgorzataw1964@wp.pl

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych – dyżury członków Sądu pod telefonami w godz. 14.00-16.00

poniedziałek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Anna Kot** – tel. 784 642 843

wtorek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Urszula Porębska** – tel. 506 088 352

środa – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Bożena Szmit** – tel. 668 172 253

czwartek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Elżbieta Zań** – tel. 693 839 681

piątek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Ewa Komadowska** – tel. 721 110 249

System Monitorowania Kształcenia

składanie wniosków o kształcenie podyplomowe

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i doksztalającego,

- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

Założenie konta w SMK

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie**.

W przypadku pielęgniarek i położnych które do tej pory nie informowały okręgowej izby pielęgniarek i położnych o zmianach w swoich danych np. o odbytych szkoleniach, należy do okręgowej izby przesłać wniosek aktualizacyjny (wraz z kserokopiami zaświadczeń i dyplomów), co pozwoli zaakceptować wniosek w systemie SMK bez konieczności przychodzenia do OIPIp, dotyczy to tylko wniosków o modyfikację uprawnień składanych za **pomocą podpisu kwalifikowanego lub e-puap**. Prosimy poinformować OIPIp o wysłaniu wniosku aktualizacyjnego, wówczas wnio-

sek o modyfikację uprawnień nie zostanie odrzucony. **W przypadku wniosku papierowego zasada ta nie obowiązuje i konieczne jest pojawienie się w OIPIp.**

Należy wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć założyć konto.

Jeżeli nic się nie otwiera proszę zobaczyć czy u dołu strony nie wyświetla się komunikat z informacją "Ta strona sieci Web chce uruchomić następujący dodatek: "Java..." i kliknąć zezwól. Jeżeli nie ma nawet komunikatu należy zainstalować darmowe oprogramowanie Java do pobrania tutaj <https://www.java.com/pl/download/>

Ważne!

Informujemy, że Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu wykupiła dostęp do wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim na platformie IBUK Libra.

IBUK Libra – czytelnia czynna całą dobę!

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz Internet

Stwórz własną półkę z książkami IBUK i pracuj z tekstem:

- dodawaj zakładki
- rób notatki bezpośrednio w tekście
- wyszukuj słowa i frazy
- taguj ważne fragmenty
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN

Jesteś w wirtualnej
czytelni



Prawo na co dzień

Kwalifikacje pielęgniarki POZ oraz położnej POZ – zmiany w przepisach

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej wprowadza z dniem 1 grudnia 2017 roku istotne zmiany w wymaganiach kwalifikacyjnych dla pielęgniarki POZ oraz położnej POZ

mgr piel. Jolanta Kubajka-Piotrowska

Dział merytoryczny w biurze NIPiP

Przemysław Ośka

Dział prawny w biurze NIPiP

W dniu 1 grudnia 2017 roku weszła w życie ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217), która określa kwalifikacje pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Art. 7 ust. 1 cytowanej ustawy wskazuje, iż pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej to pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 5) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa – z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrana przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9 ww. ustawy.

Pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 7 ust. 2 ww. ustawy, jest także pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo

- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej – udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Zgodnie z art. 8 ust. 1 powyższej ustawy położna podstawowej opieki zdrowotnej to położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 3) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 4) odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 5) posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrana przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9 ww. ustawy.

Położną podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 8 ust. 2 ww. ustawy, jest także położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Pielęgniarka, która posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa i analogicznie położna z tytułem zawodowym magistra położnictwa nie są obecnie obligowane do posiadania doświadczenia zawodo-

wego w podstawowej opiece zdrowotnej, aby być pielęgniarką POZ/położną POZ.

Ustawa wprowadza także okres przejściowy do 31 grudnia 2024 roku dla pielęgniarek POZ i położnych POZ, w którym:

- pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej może być pielęgniarka, która posiada tytuł specjalisty lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo odbywa szkolenie specjalizacyjne lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania,

zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, oraz która udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 roku,

- położną podstawowej opieki zdrowotnej może być położna, która posiada tytuł specjalisty lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz która udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 roku.

Oznacza to, iż po tej dacie (tj. 1 stycznia 2025 r.) pielęgniarką POZ może być jedynie pielęgniarka, która posiada kwalifikacje określone w art. 7 ust. 1 ustawy, a położną POZ – położna posiadająca kwalifikacje określone w art. 8 ust. 1 ww. ustawy.

RODO w ochronie zdrowia

przewodnik po zmianach w zakresie ochrony danych osobowych w placówkach medycznych

Celem niniejszego komentarza jest syntetyczne przedstawienie zmian w zakresie ochrony danych osobowych związanych z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 roku unijnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO). Poniższe opracowanie nie prezentuje wszystkich zmian, a jedynie koncentruje się na tych, które mają istotne znaczenia z punktu widzenia funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem całkowicie nowych rozwiązań prawnych. Autor komentarza przedstawia w pierwszej kolejności ogólne założenia nowego unijnego aktu prawnego, a następnie omawia poszczególne kluczowe zmiany, akcentując na koniec niezwykle ważne zagadnienie administracyjnych kar pieniężnych, które w ramach unijnego rozporządzenia są szczególnie dotkliwe.

1. Kiedy wchodzi w życie nowe regulacje?

W dniu 25 maja 2016 roku weszło w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), nazywane dalej RODO. Już na wstępie należy wyjaśnić czytelnikom, iż w przypadku RODO **konieczne jest wyraźne rozróżnienie daty wejścia w życie rozporządzenia, tj. 25 maja 2016 roku, od daty rozpoczęcia jego stosowania, tj. 25 maja 2018 roku.** Powyższe wywołuje bowiem niejednokrotnie pewne zamieszanie.

Tym samym w sposób jednoznaczny należy stwierdzić, że polskie jednostki ochrony zdrowia zobowiązane będą do stosowania regulacji prawnych wynikających z rozporządzenia unijnego w zakresie ochrony danych osobowych od dnia 25 maja 2018 roku.

2. Krajowe przepisy doprecyzują RODO

Jak wynika z treści preambuły do rozporządzenia, niniejszy unijny akt prawny przyjęty został przede wszystkim w związku z szybkim postępem technicznym i postępującą globalizacją, a co się z tym wiąże, zagrożeniami związanymi z przepływem danych osobowych osób fizycznych, głównie związanymi z działaniem w Internecie (pkt 6 i 9 preambuły). Nadto, unijny prawodawca zwrócił uwagę na występujące różnice w stopniu ochrony danych osobowych obywateli w państwach członkowskich UE. Stąd też, kolejnym celem RODO jest zrównoważenie przedmiotowej ochrony w całej Unii. Już w tym miejscu jednak należy podkreślić, iż rozporządzenie **pozostawia państwom członkowskim możliwość doprecyzowania jego przepisów, zwłaszcza w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych szczególnych kategorii**, a zatem tzw. wrażliwych danych osobowych, do której zaliczają się również dane dotyczące zdrowia osób fizycznych (pkt 10 preambuły).

3. Co jest daną osobową w ochronie zdrowia?

Należy podkreślić, iż RODO już na etapie preambuły definiuje pojęcie danych osobowych dotyczących

zdrowia. Zgodnie bowiem z pkt 35 preambuły za takie dane uważane są wszystkie dane o stanie zdrowia osoby, której dane dotyczą, ujawniające informacje o przeszłym, obecnym lub przyszłym stanie fizycznego lub psychicznego zdrowia konkretnej osoby. Unijny ustawodawca zalicza do danych medycznych także informacje pochodzące z badań laboratoryjnych lub lekarskich części ciała lub płynów ustrojowych, w tym, co jest nowością w szczególności punktu widzenia obowiązujących do tej pory krajowych przepisów, **dane genetyczne i próbki biologiczne** oraz wszelkie informacje, na przykład o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym lub biomedycznym osoby, której dane dotyczą, niezależnie od ich źródła, którym może być na przykład lekarz lub inny pracownik służby zdrowia, szpital, urządzenie medyczne lub badanie diagnostyczne in vitro. W tym miejscu, należy zwrócić uwagę czytelników na kolejną nowość dotyczącą zakresu danych medycznych, albowiem zgodnie z treścią pkt 35 preambuły RODO do danych dotyczących zdrowia zaliczają się **także numery, symbole lub oznaczenia przypisane danej osobie fizycznej w celu jednoznacznego zidentyfikowania tej osoby fizycznej do celów zdrowotnych**, przy czym, co kluczowe, chodzi tutaj o oznaczenia nadawane nie tylko podczas świadczenia usług opieki zdrowotnej, ale także rejestracji do tych usług. Tym samym unijny prawodawca wprowadził jednoznaczną zasadę, iż **już na etapie rejestracji pacjenta na przykład w poradni jego dane osobowe, które są związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, zaliczane są do kategorii danych wrażliwych, podlegających szczególnej ochronie**. Pomimo, iż rozporządzenie unijne utrzymuje zasadę generalnego zakazu przetwarzania wrażliwych danych osobowych osób fizycznych, w tym danych medycznych, dopuszcza ono wyjątki od tej zasady, ze względu na cele zdrowotne, w tym związane ze zdrowiem publicznym oraz zarządzaniem usługami opieki zdrowotnej (pkt 52 preambuły). Unijny ustawodawca kładzie szczególny nacisk na możliwość przetwarzania danych osobowych osób fizycznych, w tym danych medycznych, ze względu na interes publiczny w dziedzinie zdrowia publicznego, dopuszczając, co szczególnie ważne, możliwość przetwarzania takich danych bez konieczności uzyskiwania zgody osoby, której dane dotyczą, co stanowi odzwierciedlenie dotychczas obowiązujących krajowych przepisów prawa w tym zakresie, zezwalających placówkom ochrony zdrowia na przetwarzanie danych medycznych pacjentów, z mocy prawa, bez wymogu pozyskiwania ich zgody.

Artykuł 4 RODO definiuje dane osobowe jako **informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej** tj. osobie, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora takiego jak imię i nazwi-

sko, numer identyfikacyjny (np. PESEL), dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej. Rozporządzenie, w sposób jednoznaczny definiuje również, pojęcie danych dotyczących zdrowia, czyli danych osobowych o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia.

4. Kto jest odpowiedzialny za przetwarzanie danych osobowych w placówce medycznej?

Jak już wskazano wcześniej, RODO utrzymuje podział danych osobowych, na te które można określić jako **podstawowe**, umożliwiające identyfikację oraz tzw. dane szczególne, czyli **sensytywne** dane osobowe, do których zaliczone zostały także dane dotyczące zdrowia osoby fizycznej. Rozporządzenie wprowadza również w art. 10 generalny zakaz przetwarzania danych wrażliwych, przy zachowaniu szeregu wyjątków. W zakresie danych obejmujących informacje o stanie zdrowia danej osoby, ich przetwarzanie dopuszczalne jest pod warunkiem, że jest to niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego lub jest to niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę czytelników, iż unijny prawodawca wprowadza w treści rozporządzenia niezwykle ważny zapis dotyczący podmiotu odpowiedzialnego za przetwarzanie danych medycznych w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 10 ust. 3 RODO, odpowiedzialność za przetwarzanie medycznych danych osobowych ponosi pracownik podlegający obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej, co zdaniem autora, w praktyce oznacza, że np. w przypadku, kiedy dane medyczne przetwarzać będzie sekretarka medyczna na polecenie ordynatora lub kierownika oddziału i w związku z tym przetwarzaniem dojdzie do naruszenia obowiązujących przepisów, odpowiedzialność z tego tytułu poniesie bezpośrednio zlecający konkretne zadanie ordynator lub kierownik, będący lekarzem, czyli osobą zobowiązaną do zachowania tajemnicy zawodowej.

Na koniec tej części rozważań należy zauważyć, iż poprzez stosowne zapisy art. 10 ust. 4 RODO, unijny prawodawca pozostawia państwom członkowskim UE

swobodę w zakresie możliwości wprowadzenia dodatkowych warunków, również ograniczających, w odniesieniu do przetwarzania danych dotyczących zdrowia.

5. Obowiązki placówki medycznej jako administratora danych

Informacyjne

Wśród obowiązków podmiotu wykonującego świadczenia zdrowotne, rozporządzenie wyróżnia, w pierwszej kolejności **obowiązki, które należy zaliczyć do grupy informacyjnych**. Placówka medyczna zobowiązana jest do udzielania osobie, której dane osobowe zostały pozyskane, informacji dotyczących między innymi swoich danych kontaktowych, danych inspektora danych osobowych (która to funkcja będzie obligatoryjna w jednostkach ochrony zdrowia, o czym dalej), celu przetwarzania oraz odbiorcach danych osobowych i kategoriach tychże odbiorców (art. 13 i 14 RODO). Informacje te winny być przekazywane w przejrzystej, zrozumiałej i łatwo dostępnej formie, jasnym i prostym językiem (art. 12 RODO). Nadto osobie, której dane medyczne są przetwarzane, przysługuje prawo dostępu do swoich danych, a także prawo do ich sprostowania (art. 15 i 16 RODO). Jednocześnie placówka medyczna będąca administratorem danych ma obowiązek zareagować na każde żądanie dostępu czy sprostowania i poinformować żądającego o podjętych działaniach nie dalej niż w ciągu miesiąca od otrzymania żądania, a w przypadkach szczególnie skomplikowanych nie dłużej niż w ciągu łączenia trzech miesięcy (art. 12 RODO).

Techniczne i organizacyjne

Administrator danych ma również obowiązek wdrożyć wszelkie niezbędne środki techniczne i organizacyjne w celu zapewnienia przetwarzania danych w sposób zgodny z unijnym rozporządzeniem. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na brzmienie art. 24 ust. 2 RODO, zgodnie z którym jeżeli jest to proporcjonalne w stosunku do czynności przetwarzania, środki o których mowa wyżej winny obejmować wdrożenie przez administratora odpowiednich polityk ochrony danych. Wydaje się, iż w powyższym zakresie konieczna będzie, w szczególności, weryfikacja treści stosowanych obecnie przez placówki medyczne polityk bezpieczeństwa danych osobowych, czyli dokumentów powstałych w oparciu o treść rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych i ich dostosowanie do wymogów unijnego rozporządzenia.

6. Powierzenie przetwarzania – czy zawsze konieczna jest umowa?

Spore zmiany czekają placówki medyczne, które dysponują umowami powierzenia przetwarzania da-

nych osobowych. Unijne rozporządzenie, w treści art. 28, w sposób wyraźny i jednoznaczny wprowadza obowiązek zawierania pisemnych umów powierzenia przetwarzania. Co ciekawe, unijny prawodawca dopuszcza również jako formę pisemną umowy formę elektroniczną. Zgodnie z przepisem wskazanym powyżej, umowa winna stanowić w szczególności, że podmiot, któremu powierzone zostało przetwarzanie danych:

- 1) dokonuje tego wyłącznie na udokumentowane polecenie administratora,
- 2) zapewnia, by osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zobowiązały się do zachowania tajemnicy lub by podlegały odpowiedniemu ustawowemu obowiązkowi zachowania tajemnicy;
- 3) podejmuje wszelkie niezbędne środki bezpieczeństwa dla ochrony przetwarzanych danych,
- 4) przestrzega warunków korzystania z usług innego podmiotu przetwarzającego, o ile dysponuje szczegółową i pisemną zgodą administratora danych na dalsze powierzenie,
- 5) w miarę możliwości wspiera administratora w zakresie wywiązywania się przez niego z obowiązków związanych z ochroną danych osobowych, nałożonych treścią rozporządzenia, a także udostępnia administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia powyższych obowiązków,
- 6) po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem zależnie od decyzji administratora usuwa lub zwraca mu wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo nakazuje przechowywanie danych osobowych,
- 7) umożliwia administratorowi lub audytorowi upoważnionemu przez administratora przeprowadzanie audytów, w tym inspekcji.

7. Rejestr czynności przetwarzania

Szczegółowa analiza unijnego rozporządzenia prowadzi do wniosku, że **zniesiony zostaje obowiązek rejestracji zbiorów danych osobowych** w mającym celowo powstać na miejsce GIODO, Urzędzie Ochrony Danych Osobowych. Powyższe niewątpliwie wyeliminuje wątpliwości dotyczące określonych zbiorów danych, którymi dysponują placówki medyczne, a związane z faktem podlegania lub nie podlegania ustawowemu zwolnieniu z obowiązku rejestracji. Nie mniej, jak wynika z treści art. 30 RODO, podmioty i instytucje przetwarzające dane wrażliwie, a zatem również dane medyczne, zobowiązane będą do **prowadzenia rejestru czynności przetwarzania danych osobowych, który zawierać będzie, w szczególności:**

- 1) imię i nazwisko lub nazwę oraz dane kontaktowe administratora oraz wszelkich współadministratorów, a także inspektora ochrony danych,
- 2) cele przetwarzania,
- 3) opis kategorii osób, których dane dotyczą, oraz kategorii danych osobowych,

- 4) kategorie odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione,
 - 5) jeżeli jest to możliwe, planowane terminy usunięcia poszczególnych kategorii danych,
 - 6) jeżeli jest to możliwe, ogólny opis technicznych i organizacyjnych środków bezpieczeństwa,
- Rejestr będą również zobowiązane prowadzić podmioty, którym placówki medyczne powierzyły przetwarzanie danych medycznych. Rozporządzenie sankcjonuje obowiązek prowadzenia rejestrów w formie pisemnej, w tym także w formie elektronicznej.

8. Ocena skutków dla ochrony danych – nowy obowiązek

Ze względu na fakt przetwarzania sensytywnych danych osobowych, placówki medyczne będą również zobowiązane do **dokonania oceny skutków dla ochrony danych**. W oparciu o art. 35 RODO, dokument oceny będzie zawierać ma co najmniej:

- 1) systematyczny opis planowanych operacji przetwarzania i celów przetwarzania,
- 2) ocenę, czy operacje przetwarzania są niezbędne oraz proporcjonalne w stosunku do celów,
- 3) ocenę ryzyka naruszenia praw lub wolności osób fizycznych (pacjentów), których dane dotyczą,
- 4) środki planowane w celu zaradzenia ryzyku, w tym zabezpieczenia oraz środki i mechanizmy bezpieczeństwa mające zapewnić ochronę danych osobowych i wykazać przestrzeganie unijnego rozporządzenia, z uwzględnieniem praw i prawnie uzasadnionych interesów osób, których dane dotyczą, i innych osób, których sprawa dotyczy.

9. IOD zamiast ABI

Z dniem rozpoczęcia stosowania unijnego rozporządzenia, czyli 25 maja 2018 roku, placówki ochrony zdrowia zobowiązane będą do posiadania Inspektora Ochrony Danych (IOD), która to funkcja zastąpi obecnego Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI).

Jest to dość zasadnicza zmiana, albowiem do tej pory posiadanie ABI miało charakter fakultatywny, tymczasem od wskazanej wyżej daty, wyznaczenie Inspektora w jednostkach medycznych będzie obligatoryjne.

Zgodnie z art. 37 RODO, Inspektor może wykonywać swoje zadania na podstawie umowy o pracę jak i umowy cywilnoprawnej. Podstawą wyznaczenia Inspektora są jego kwalifikacje zawodowe, a w szczególności wiedza fachowa z zakresu prawa i praktyk w dziedzinie ochrony danych osobowych.

W oparciu o art. 39 RODO, Inspektor ma następujące główne zadania:

- 1) informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na

- 2) monitorowanie przestrzegania niniejszego rozporządzenia oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty,
- 3) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania,
- 4) współpraca z organem nadzorczym, tj. Urzędem Ochrony Danych Osobowych.

10. Zgłaszanie naruszenia danych osobowych, czyli tzw. autodonos

Kolejną istotną nowość z punktu widzenia placówek medycznych stanowić będzie, wynikający z art. 33 RODO, **bezwzględny obowiązek informowania Urzędu Ochrony Danych Osobowych o każdym stwierdzonym naruszeniu zasad ochrony danych osobowych**. Niespełnienie powyższego obowiązku wiązać się może z nałożeniem wysokich administracyjnych kar pieniężnych, o czym niżej. Zgłoszenie nie jest konieczne w przypadku jeżeli jest mało prawdopodobne, by skutkowało ono naruszenie praw lub wolności osób fizycznych. **Zgłoszenie naruszenia winno nastąpić najdalej w ciągu 72 godzin od jego stwierdzenia** i musi co najmniej:

- 1) opisywać charakter naruszenia ochrony danych osobowych, w tym w miarę możliwości wskazywać kategorie i przybliżoną liczbę osób, których dane dotyczą, oraz kategorie i przybliżoną liczbę wpisów danych osobowych, których dotyczy naruszenie,
- 2) zawierać imię i nazwisko oraz dane kontaktowe inspektora ochrony danych, od którego można uzyskać więcej informacji,
- 3) opisywać możliwe konsekwencje naruszenia ochrony danych osobowych,
- 4) opisywać środki zastosowane lub proponowane przez administratora w celu zaradzenia naruszeniu ochrony danych osobowych, w tym w stosownych przypadkach środki w celu zminimalizowania jego ewentualnych negatywnych skutków.

Nadto, zgodnie z art. 34 RODO, jeżeli naruszenie ochrony danych osobowych może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, administrator bez zbędnej zwłoki zawiadamiać ma także osobę, której dane dotyczą, o takim naruszeniu. Naruszenie także tego obowiązku również wiązać się może z nałożeniem wysokich kar pieniężnych.

11. Kary pieniężne

Na koniec należy wskazać, iż znaczącą nowość, zestawiając chociażby z dotychczas obowiązującą w Polsce ustawą o ochronie danych osobowych, stanowi wyso-

kość kar pieniężnych o charakterze administracyjnym, jakie mogą być nakładane na podmioty naruszające regulacje zawarte w rozporządzeniu unijnym dotyczące ochrony danych osobowych. Autor zwraca uwagę czytelników na fakt, iż stwierdzenie określonych naruszeń omawianego rozporządzenia może skutkować w stosunku do placówki medycznej karą pieniężną w mak-

symalnej wysokości do 20.000.000 euro, w przypadku publicznych jednostek ochrony zdrowia i do 4% całkowitego rocznego światowego obrotu z poprzedniego roku obrotowego, w odniesieniu do placówek medycznych będących przedsiębiorcami.

Przedruk Wolters Kluwer Polska SA

Opinie

Czy w świetle obowiązujących przepisów prawnych pielęgniarka anestezjologiczna pracująca na oddziale intensywnej terapii wykonuje tylko zlecenia lekarza anestezjologa (dotyczące podawania leków) czy również wpisane np. przez lekarza konsultanta chirurga, internistę?

Czy też zlecone leczenie przez konsultanta powinno zostać wpisane do karty zleceń lekarskich przez anestezjologa i dopiero wykonane przez pielęgniarkę anestezjologiczną?

Autor

Iwona Choromańska

Odpowiedź

Pielęgniarka anestezjologiczna w oddziale intensywnej terapii wykonuje zlecenia lekarskie wpisane w dokumentacji medycznej pacjenta. Jeżeli konsultant zleca podanie leku pacjentowi hospitalizowanemu w oddziale intensywnej terapii, wówczas dokonuje stosownego wpisu w dokumentacji medycznej a pielęgniarka anestezjologiczna ma obowiązek wykonać zlecenie wpisane w tej dokumentacji.

Uzasadnienie

Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638) – dalej u.dz.l. w art. 22 ust. 5 stanowi, że minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Standardy organizacyjne w anestezjologii i intensywnej terapii zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. poz. 2218) dalej r.s.o.a.i.t.

W myśl § 2 pkt 2 r.s.o.a.i.t. przez pojęcie intensywnej terapii rozumie się postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności

oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego. Określony w § 11 r.s.o.a.i.t. standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu, wskazuje w pkt 2, że udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale. Ponadto, w myśl przepisu § 11 pkt 3 r.s.o.a.i.t. intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, a zgodnie z pkt 6 na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej. Rozporządzenie w § 12 ust. 1 r.s.o.a.i.t. stwierdza, że leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny. R.s.o.a.i.t. w załączniku nr 2 określa rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Wśród czynności podstawowych określonych w części A wskazano w pkt 11 terapię płynami infuzyjnymi za pomocą pomp infuzyjnych, strzykawkę automatycznych. Ogólnie obowiązujący przepis art. 15 ust. 1 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) – dalej u.z.p.p., stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.

Natomiast, zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069). wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowot-

nego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Powyższe oznacza, że lekarz dokonujący konsultacji lekarskiej pacjenta w oddziale intensywnej terapii, po udzieleniu świadectwa zobligowany jest dokonać stosownego wpisu w dokumentacji medycznej. Jeżeli wpis taki obejmuje zlecenie lekarskie w postaci podania leku, to winno ono być wpisane do dokumentacji tj. do karty zleceń

lekarskich przez lekarza konsultanta, a pielęgniarka anestezjologiczna zobligowana jest zlecenie to wykonać. Jedynie w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. powyższe uprawnienie pielęgniarki wynika z przepisu art. 15 ust. 3 u.z.p.p.

Przedruk Wolters Kluwer Polska SA

Jakie kwalifikacje powinien posiadać personel medyczny, by mógł wykonywać szczepienia ochronne?

Autor

Artur Paszkowski

Odpowiedź

Zgodnie z przepisem § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.08.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, przeprowadzają obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub też posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Uzasadnienie

Zgodnie z przepisem art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2016 r., poz. 1866 ze zm.) – dalej u.z.z.z., obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwa-

lifikacje, określone na podstawie ust. 10 pkt 3 u.z.z.z. W obecnym stanie prawnym przepisami wydanymi na podstawie delegacji z art. 17 ust. 10 u.z.z.z. są przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.08.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 849 ze zm.) – dalej r.o.s.o. Co istotne, przepisy o kwalifikacjach osób przeprowadzających obowiązkowe szczepienie ochronne stosuje się również do zalecanych szczepień ochronnych. Jak stanowi bowiem przepis art. 19 ust. 6 u.z.z.z., do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych stosuje się odpowiednio przepisy art. 17 ust. 2-6 u.z.z.z.

Kwalifikacje osób wykonujących szczepienia ochronne określone zostały w przepisie § 6 r.o.s.o. Zgodnie z jego treścią lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, przeprowadzają obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub też posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Czy tzw. dodatek zembalowski, który otrzymują pielęgniarki, uwzględnia się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, a także ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz nagrody jubileuszowej?

Autor

Monika Kwiatkowska

Odpowiedź

Dodatek tzw. zembalowski wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz nagrody jubileuszowej.

Uzasadnienie

Zasady i tryb wypłacania zasiłku chorobowego reguluje ustawa z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2017 r. poz. 1368 z późn. zm.) – dalej u.ś.p.c.

1. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia (art. 36 ust. 1 i 2 u.ś.p.c.). Zgodnie natomiast z art. 38 u.ś.p.c. przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiące podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się przez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego przez ubezpieczonego będącego pracownikiem za okres, o którym mowa w art. 36 ust. 1 i 2 u.ś.p.c., przez liczbę miesięcy, w których wynagrodzenie to zostało osiągnięte. Jeżeli w wyżej wymienionym okresie, ubezpieczony będący pracownikiem nie osiągnął wynagrodzenia wskutek nieobecności w pracy z przyczyn usprawiedliwionych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

- wyłącza się wynagrodzenie za miesiące, w których przepracował mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy,
- przyjmuje się, po uzupełnieniu według zasad określonych w art. 37 ust. 2 u.ś.p.c., wynagrodzenie z miesięcy, w których ubezpieczony będący pracownikiem przepracował co najmniej połowę obowiązującego go czasu pracy.

Zatem co do zasady, do ustalenia wysokości zasiłku chorobowego przyjmuje się wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym pracownik korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Jest to wynagrodzenie wypłacane zgodnie z obowiązującymi przepisami i stawkami wynikającymi z umowy o pracę. Jeśli zaś te stawki uległy zmianie, po dacie naliczenia i wypłacenia tych składników z mocą wsteczną obejmującą okres, w którym przypadło zwolnienie lekarskie, wynagrodzenie i zasiłek należy naliczyć ponownie z uwzględnieniem tych zmian.

Zasady obliczania ekwiwalentu pieniężnego za urlop określają przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8.01.1997 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania urlopu wypoczynkowego, ustalania i wypłacania wynagrodzenia za czas urlopu oraz ekwiwalentu pieniężnego za urlop (Dz. U. Nr 2, poz. 14 z późn. zm.) – dalej r.z.u.u.

Podstawę do obliczenia ekwiwalentu stanowią:

- składniki wynagrodzenia określone w stawce miesięcznej w stałej wysokości, w wysokości liczonej z miesiąca, w którym pracownik nabył prawo do tego ekwiwalentu;

- wynagrodzenie zmienne wypłacone pracownikowi w okresie 3 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc nabycia prawa do ekwiwalentu (dotyczy to składników przysługujących za okresy nie dłuższe, niż jeden miesiąc) oraz wynagrodzenie zmienne wypłacone w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc nabycia prawa do ekwiwalentu (dotyczy to składników przysługujących za okresy dłuższe niż jeden miesiąc).

Zmienne składniki wynagrodzenia przysługujące pracownikowi za okresy nie dłuższe niż 1 miesiąc, uwzględnia się w podstawie urlopowej w średniej wysokości wypłaconej w okresie 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc nabycia prawa do ekwiwalentu (§ 16 ust. 1 r.z.u.u.).

W przypadku, gdy pracownik otrzymuje zmienne miesięczne składniki wynagrodzenia i nie przepracował pełnego okresu trzech miesięcy poprzedzających nabycie prawa do ekwiwalentu, podstawa jego wymiaru podlega dopełnieniu.

W tym celu należy:

- wynagrodzenie faktycznie wypłacone w tym okresie podzielić przez liczbę dni pracy, za które przysługiwało to wynagrodzenie,
- następnie otrzymaną liczbę pomnożyć przez liczbę dni, jakie pracownik przepracowałby w ramach normalnego czasu pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, gdyby nie zachorował.

Tak obliczone miesięczne wynagrodzenie pracownika stanowi podstawę wymiaru, która podzielona przez obowiązujący współczynnik pozwoli na obliczenie ekwiwalentu za 1 dzień urlopu.

Wysokość nagrody jubileuszowej wyliczamy na takich zasadach jak ekwiwalent za urlop.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628) nie określa, czy środki mają wchodzić w skład wynagrodzenia zasadniczego, czy stanowić jedynie dodatek specjalny do wynagrodzenia zasadniczego. Pracodawcy, kształtując zasady wypłaty środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń, zastosowali różne formy, od dodatków specjalnych, przez dodatkowe wynagrodzenia czy nagrody. Jednakże bez względu na formę, w jakiej przyznano dodatek, wchodzi on w skład wynagrodzenia pielęgniarek, a zatem wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz nagrody jubileuszowej.

Czy położna może być zatrudniona w zakładzie opiekuńczo-lecznym na podstawie umowy o pracę lub umowy o wolontariacie?

Jakie czynności w ogóle może wykonywać położna świadcząc pracę w ramach wolontariatu?

Autor

Iwona Choromańska

Odpowiedź

Osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu położnej nie może być zatrudniona w zakładzie opiekuńczo-lecznym na stanowisku położnej. Położna, udzielając świadczeń w ramach wolontariatu może wykonywać wszystkie czynności przewidziane dla tego zawodu w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.).

Uzasadnienie

Ustawa z dnia 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) – dalej u.z.p.p., w art. 5 ust. 1 stanowi, że wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobywania łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- 6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- 8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- 10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
- 11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

- a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
- b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Zgodnie z art. 19 ust. 1 u.z.p.p. pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę;
- 2) w ramach stosunku służbowego;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) w ramach wolontariatu;
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.).

Położna, udzielając świadczeń w ramach wolontariatu może wykonywać wszystkie czynności przewidziane dla tego zawodu w art. 5 ust. 1 u.z.p.p.

Inną kwestią pozostaje rozważenie, czy położna może być zatrudniona w zakładzie opiekuńczo-lecznym.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658) – dalej r.s.g., określa między innymi wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Rozporządzenie to dotyczy zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, o których mowa w art. 12 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. Załącznik nr 4 do r.s.g. „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej” w wymaganiach dotyczących kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń, przewiduje jedynie zapewnienie opieki pielęgniarskiej przez pielęgniarki, natomiast nie przewiduje udzielania świadczeń przez położne. Powyższe oznacza, że świadczenia pielęgnacyjne realizowane w opiece długoterminowej nie przewidują udzielania świadczeń przez położne.

Czy pielęgniarka ma uprawnienia zakładania cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzn?

Autor

Iwona Choromańska

Odpowiedź

Pielęgniarka posiada uprawnienia zakładania cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzn.

Uzasadnienie

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9.05.2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. poz. 631 ze zm.) – dalej r.s.k.l.f.p., w załączniku 4 zawiera standardy kształcenia na kierunku studiów pielęgniarstwo. Część A dotyczy studiów pierwszego stopnia. W dziale III „Szczegółowe efekty kształcenia” część C „Nauki w zakresie podstaw opieki pielęgniarstwie” r.s.k.l.f.p. zawiera między innymi wykaz umiejętności nabywanych przez absolwenta podczas studiów licencjackich. Punkt C.U16. jednoznacznie określa, że absolwent powinien posiadać umiejętność zakładania cewnika do pęcherza moczowego, monitorowania diurezy, usuwania cewnika, wykonywania płukania pęcherza moczowego. Zatem osoba, która ukończyła szkołę pielęgniarstwa powinna posiadać umiejętność

zakładania cewnika do pęcherza moczowego. Powyższe przepisy nie ograniczają tej umiejętności odnośnie płci pacjent. Powyższe oznacza, że nabyta przez absolwenta umiejętność dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet. Skoro pielęgniarka podczas kształcenia przed dyplomowym nabywa określoną umiejętność, a w tym przypadku jest to zakładanie cewnika do pęcherza moczowego u pacjenta, tym samym nabywa ona uprawnienie do wykonania tej czynności. Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W świetle powyższego przepisu ustawy, w przypadku, gdyby pielęgniarka miała obawy przed założeniem cewnika, z tej chociażby przyczyny, że po ukończeniu szkoły pielęgniarstwiej nie wykonywała takiej czynności od dłuższego czasu, winna przejść przeszkolenie przypominające w tym zakresie.

Przedruk Wolters Kluwer Polska SA

Aktualności

Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce

29 grudnia 2017 r. Zespół ds. opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce zakończył prace. Przewodnicząca – sekretarz stanu Józefa Szczurek-Żelazko – przedłożyła ministrowi zdrowia wypracowany dokument pn. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce.

Dokument ten określa kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarstwiej dla pacjentów.

Minister zdrowia, podejmując decyzje dotyczące organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce – w szczególności w obszarze pielęgniar-

stwa i położnictwa, będzie uwzględniał propozycje działań Zespołu określone w Strategii, mając na uwadze możliwości i zasoby (m.in. finansowe) budżetu państwa oraz systemu ochrony zdrowia. Strategia będzie jednym z ważnych narzędzi w realizacji polityki zdrowotnej ministra zdrowia w najbliższej perspektywie czasowej.

W dniu 9 stycznia 2018 r. na stronie Ministerstwa Zdrowia ukazała się informacja o zakończeniu prac Zespołu ds. opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce.

PODSTAWA PRAWNA

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 50 z późn. zm.).

Spotkanie robocze przedstawicieli pielęgniarek i położnych z ministrem zdrowia w sprawie strategii – 26.01.2018 r.

W dniu 26 stycznia w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych odbyło się trójstronne spotkanie robocze, którego tematem przewodnim była „Strategia na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. W spotkaniu uczestniczyli: ze strony Ministerstwa Zdrowia Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski. Ze strony OZZPiP: Przewodnicząca – Pani Krystyna Ptok wraz z Wiceprzewodniczącymi i Rzecznikiem Związku oraz ze strony NRPiP – Pani Zofia Małas wraz z Wiceprezesem NRPiP.

W czasie spotkania ustalono, że dokument Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa wymaga natychmiastowego wdrożenia. Aktualizacja harmonogramu wdrożenia strategii, a przede wszystkim jego skrócenie znajduje akceptację ze strony Ministerstwa Zdrowia. Poruszono najbardziej palące kwestie merytoryczne, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, są to m.in.:

- Określenie właściwej liczby oraz kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń gwarantowanych – „rozporządzenia koszykowe”.
- Kwestie płac – m.in. zablokowania mechanizmów pozwalających na wykorzystywanie środków z dodatku 4x400 zł do regulowania płacy minimalnej przez podmioty lecznicze.
- Warunki pracy – m.in. jednoosobowe dyżury w oddziałach szpitalnych.
- System kształcenia – zachęty do wchodzenia i pozostania w zawodzie – w tym zwiększenie liczby uczelni oferujących studia w zakresie pielęgniar-

stwa i położnictwa oraz wypracowanie mechanizmów skłaniających absolwentów do wejścia do systemu i pozostania w kraju.

Minister Zdrowia podkreślił, że sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie to obecnie najbardziej paląca kwestia w polskiej ochronie zdrowia. Prace muszą znacząco przyspieszyć, w niektórych obszarach efekty powinny być widoczne jeszcze w tym roku, jak chociażby w zakresie zabezpieczenia pacjenta przez kadrę pielęgniarską i położniczą oraz konkretnych rozwiązań, które umożliwią zwiększenie liczby szkół wyższych, które będą kształcić w zawodzie, co zwiększy dostępność na terenie poszczególnych województw. Dodatkowo powinny pojawić się konkretne propozycje skłaniające absolwentów do podjęcia pracy w zawodzie natychmiast po zakończeniu kształcenia.

OZZPiP oraz NRPiP podkreślają, że obecna sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 pacjentów jest u nas najniższa wśród krajów Unii Europejskiej, a średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 51 lat. Jedynie natychmiastowe działania ze strony Ministerstwa Zdrowia przy wsparciu merytorycznym środowiska opierające się o realizację dokumentu Strategii jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa oraz dobrych warunków pracy i płacy w zawodach pielęgniarstwa i położnictwa. Efektem kolejnych spotkań Ministerstwa Zdrowia ze środowiskiem będą już konkretne rozwiązania legislacyjne.

Posiedzenie podkomisji nadzwyczajnej – 24.01.2018 r.

Notatka z udziału w posiedzeniu Podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2137)

Posiedzenie Podkomisji otworzył Przewodniczący **Tomasz Latos**.

Projekt ze strony rządowej uzasadnia wiceminister **Tombarkiewicz**.

Na wstępie wiceminister wskazywał na pilną potrzebę uporządkowania kwestii związanych z utrzymaniem, obsługą techniczną i rozwojem Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, przez przeniesienie tych zadań z zakresu kompetencji ministra właściwego do spraw administracji publicznej do zakresu kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia. Brak pełnego wpływu na kształt oraz możliwości dokonywania zmian w SWD PRM uniemożliwia realizację nadzoru nad sys-

temem PRM i dalsze usprawnianie procesu udzielania świadczeń na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stąd Minister Zdrowia jest organem właściwym do zapewnienia utrzymania i funkcjonowania oraz rozbudowy i modyfikacji SWD PRM na terenie kraju. Planowane zmiany zakładają przejęcie przez Ministra Zdrowia zadań w zakresie utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM, dotychczas realizowanych przez ministra właściwego do spraw administracji publicznej. Minister Zdrowia będzie obowiązany do nadzorowania SWD PRM oraz do określania kierunków jego rozwoju. Wojewodowie – podobnie jak dotychczas – będą zapewniać utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie poszczególnych województw.

Obecnie dyspozytornie medyczne znajdują się we właściwości poszczególnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, co ogranicza nadzór wojewodów nad ich funkcjonowaniem oraz czyni je podatnymi na wahania związane z procedurami konkursowymi przeprowadzanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Proponowane rozwiązania zmierzają do usytuowania dyspozytorni medycznych w strukturach państwa, co jest szczególnie ważne z uwagi na rolę, jaką dyspozytornie medyczne pełnią podczas akcji medycznych. Rekomendowane rozwiązanie to powierzenie realizacji umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie podmiotom leczniczym w formie:

- samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- jednostek budżetowych,
- spółek kapitałowych z co najmniej większościami udziałem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego lub publicznej uczelni medycznej.

Zdaniem strony rządowej zwiększy to bezpieczeństwo obywateli i wzmocni odpowiedzialność wojewódzkich struktur administracji rządowej nad PRM.

Projekt wprowadza ponadto pojęcie „dyspozytorni medycznej”, która stanie się komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, pełniącą rolę ośrodka działania SWD PRM na terenie województwa. Dyspozytornie medyczne mają pełnić funkcję centrów, wokół których będzie tworzony rejon operacyjny, zgodnie z zasadą: jedna dyspozytornia medyczna – jeden rejon operacyjny. Co do zasady od dnia 1 stycznia 2021 r. na terenie województwa będzie działała jedna dyspozytornia medyczna tworzona i prowadzona przez wojewodę, z wyjątkiem województw: mazowieckiego i śląskiego, gdzie przewiduje się po dwie dyspozytornie medyczne na województwo. W okresie od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2027 r. dopuszcza się funkcjonowanie dyspozytorni medycznych, które istniały w momencie wejścia w życie projektu, pod warunkiem spełnienia przez nie wymagań wynikających z projektowanej nowelizacji, w liczbie nie większej niż 42 dyspozytornie medyczne ogółem w kraju. Wśród tych wymagań znalazły się następujące warunki:

- jedno stanowisko dyspozytora medycznego tworzy się na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców,
- powołuje się kierownika dyspozytorni oraz jego zastępcę (fakultatywnie),
- zapewnia się funkcjonowanie stanowiska głównego dyspozytora,
- wyznacza się zastępcę głównego dyspozytora,
- podział dyspozytorów medycznych na przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach oraz dyspozytorów medycznych dysponujących zespoły ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia.

Wprowadza się również w miejsce lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego wojewódzkich ko-

ordynatorów ratownictwa medycznego. Wymagania dla tej funkcji będą spełniali:

- lekarze systemu,
- ratownicy medyczni posiadający wykształcenie wyższe drugiego stopnia oraz 4-letni staż na stanowisku dyspozytora medycznego,
- pielęgniarki systemu posiadający wykształcenie wyższe drugiego stopnia oraz 4-letni staż na stanowisku dyspozytora medycznego.

Projekt przewiduje również powołanie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Do jego zadań będzie należał m.in. nabór na stanowisko dyspozytorów medycznych na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów oraz szkolenie dyspozytorów medycznych. KCMRM ma być umiejscowiony w strukturze SPZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, który będzie nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia.

Ponadto wojewodowie od 1 stycznia 2021 r. zapewnią wsparcie psychologiczne dla dyspozytora medycznego, kierownika dyspozytorni medycznej i zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej. Z uwagi na konieczność uzyskania przez psychologa dostępu do informacji wrażliwych, w tym do nagrań z prowadzonych rozmów radiowych i telefonicznych, zakłada się, że psycholog będzie zatrudniony przez wojewodę na podstawie stosunku pracy.

W celu zapobiegania sytuacjom, w których osoby dokonujące zgłoszeń ratownictwa medycznego, świadkowie zdarzenia, pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i osoby im towarzyszące bezkarnie znieważają, grożą lub dokonują czynnej napaści na personel medyczny, projekt rozszerza katalog osób, którym będzie przysługiwała ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych o:

- osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym,
- dyspozytorów medycznych,
- wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

Głos w dyskusji zabierali:

Posłowie: Anna Czech, Krzysztof Ostrowski, Rajmund Miller.

Przedstawiciele interesariuszy: Małgorzata Popławska (Prezes Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego), Dariusz Mołdaszewski (NSZZ Solidarność), Edyta Cisko (Polska Rada Ratowników), Roman Badach-Rogowski (Komisja Zakładowej Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego), Anna Karaszewska (Konfederacja Lewiatan).

Po wysłuchaniu głosu strony społecznej Przewodniczący Podkomisji rozpoczął proces procedowania wniesionych poprawek rządowych oraz poprawek redakcyjnych Rządowego Procesu Legislacji.

Projekt został przyjęty i skierowany do dalszych prac w Komisji Zdrowia.

Prawa pacjenta

Jak realizować w praktyce prawo do opieki duszpasterskiej

mec. **KATARZYNA GAJEWSKA** – radca prawny
dr n. med. **GRAŻYNA ROGALA-PAWELCZYK**
– Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, NIPiP,
PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku

W polskim prawodawstwie zagadnienia praw pacjenta reguluje ustawa i dnia 6 listopada 2011 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., nr 52, póź. 417). Przywołany akt prawny gwarantuje pacjentom prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych, otrzymania zrozumiałej i pełnej informacji o swoim stanie zdrowia oraz sposobach leczenia, a także związanych z nim konsekwencjach, jak również prawo do zachowania informacji powziętych o pacjencie w związku z wykonywaniem zawodu medycznego w tajemnicy. Nierozdzielnie związaną z prawem pacjenta do informacji oraz gwarancją otrzymania świadczenia medycznego jest również możliwość wyrażenia sprzeciwu na udzielenie konkretnych świadczeń medycznych (inaczej rzecz ujmując: ustawa przyznaje pacjentom prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych). Podczas sprawowania opieki nad pacjentem, a także w trakcie procesu leczenia, niezbędnym jest poszanowanie jego prawa do prywatności oraz intymności.

Jednocześnie cytowana ustawa formułuje także inne uprawnienia przynależne pacjentom, są to:

- prawo do zgłaszania działania niepożądanego produktu leczniczego osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu,
- prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń,
- prawo pacjenta do wniesienia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia, określonych w art. z ust. i ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta, wynikające z przepisów prawa,
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie przyznane pacjentom, którzy przebywają w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa jeszcze jedną dziedzinę praw związanych bardzo ściśle ze sferą osobistą, psychiczną i emocjonalną pacjentów, a mianowicie gwarantuje im poszanowanie ich życia prywatnego i rodzinnego, a także opiekę duszpasterską.

Prawo do opieki duszpasterskiej

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 53 stanowi, iż każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Wolność religii oznacza wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie.

Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują. Wolność religii należy zapewnić wszystkim, a zatem również pacjentom. Zgodnie z brzmieniem art. 36 ustawy o prawach pacjenta, pacjent przebywający w podmiocie leczniczym, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, ma prawo do opieki duszpasterskiej. Już z przywołanego przepisu jednoznacznie wynika, że nie wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą zostały zobligowane do realizacji omawianego prawa. Trzeba zaznaczyć, że uprawnienia pacjentów są w tej materii zróżnicowane. O ile bowiem prawo do opieki duszpasterskiej będzie przysługiwało pacjentom przebywającym w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, o tyle nie będą one miały zastosowania do pacjentów korzystających z usług opieki medycznej w innych podmiotach.

Należy w tym miejscu wskazać, iż stosownie do brzmienia art. 37 przywoływanej ustawy, w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. Obowiązek ten został zatem również nałożony wyłącznie na te podmioty, w których pacjent przebywa dłuższy czas. „Pacjent w trakcie pobytu w szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, hospicjum stacjonarnym czy w innym pod-

miocie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga pobytu w stacjonarnej placówce, ma prawo do opieki duszpasterskiej. Jest to prawo przysługujące każdemu pacjentowi, bez względu na obywatelstwo, wyznanie czy wiek. Są to bardzo delikatne i nadzwyczaj ważne aspekty życia duchowego, dlatego nikt nie może ingerować w wybory pacjenta ani ograniczać sposobów ich realizacji". (Karkowska Dorota: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wyd. III, opublikowano: LEX2016 r.).

Sposób realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej polega na umożliwieniu mu nieskrępowanego i bezpośredniego kontaktu z duchownym jego wyznania. W tym celu ma zagwarantowaną możliwość „uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu, przyjmowania sakramentów, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego odczucie zagrożenie życia ma prawo, aby szpital niezwłocznie zawiadomił duchownego wyznawanej przez pacjenta religii i umożliwił z nim kontakt. Pacjent ma prawo otrzymać informację, jakiego wyznania kapelani pracują w szpitalu, w jaki sposób można się z nimi skontaktować, gdzie w ciągu dnia może ich spotkać, w jakich godzinach odbywają się nabożeństwa, z podaniem dokładnie ich miejsca i sposobu dojścia do kaplicy szpitalnej. Jeżeli w szpitalu nie ma duszpasterza wyznawanej przez pacjenta religii, ma on prawo wiedzieć, kto będzie odpowiedzialny za umożliwienie mu z nim kontaktu". (Karkowska Dorota: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wyd. III, opublikowano: LEX 2016 r.).

Czy udzielenie sakramentów pacjentowi może naruszać jego dobra osobiste?

Sakramentami najczęściej udzielanymi pacjentom przebywającym w szpitalach czy hospicjach (z uwagi na specyfikę tych placówek) są chrzest oraz ostatnie namaszczenie chorych. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na opisywany w mediach przypadek pacjenta, któremu, bez jego zgody, podczas pobytu w szpitalu udzielony został właśnie sakrament ostatniego namaszczenia chorych. Sprawa ta okazała się szczególnie znamienna i ostatecznie trafiła do Sądu Najwyższego, który to w dniu 20 września 2013 r. w wyroku o sygn. II CSK 1/13 orzekł, iż „Udzielenie sakramentu namaszczenia chorych przez duchownego kościoła katolickiego pacjentowi placówki leczniczej, wbrew jego woli, prowadzi do naruszenia dobra osobistego”.

Stan faktyczny w przedmiotowej sprawie przedstawiał się w sposób następujący: pacjent wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr (...) kwoty 90 000 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie jego dóbr osobistych

w postaci wolności sumienia. Swoje roszczenie oparł na tym, że udzielono mu sakramentu namaszczenia chorych podczas leczenia w klinice prowadzonej przez pozwanego. Wskazywał, że stało się to wbrew jego woli, gdyż jest osobą nie wierzącą, co więcej, stało się to bez jego wiedzy, w czasie gdy przebywał w stanie śpiączki farmakologicznej. Powód twierdził, że gdy dowiedział się o udzieleniu mu namaszczenia doznał szoku, załamania nerwowego, pogorszył się jego stan psychiczny i fizyczny, zagrażał mu kolejny zawał serca.

W omawianym wyroku Sąd Najwyższy wyjaśnił, że „Osoba identyfikująca się z określonym wyznaniem aprobuje przyjęte w nim praktykowanie i nauczanie, w tym sposób uprawiania kultu, modlitwy, obrzędy. Osoba niewierząca ma prawo odrzucać te formy zachowań jako sprzeczne z jej światopoglądem, nawet gdyby ich wymiar był tylko symboliczny. Poddanie osoby wyznającej określoną religię wbrew jej woli praktyce przyjętej w innej religii godzi w jej wolność sumienia, niezależnie od intencji osób, za sprawą których to nastąpiło. Tak samo trzeba ocenić poddanie praktyce religijnej osoby niewierzącej”. Jednocześnie w uzasadnieniu przywołanego orzeczenia Sąd Najwyższy prezentuje pogląd odnoszący się do interpretacji zapisów art. 37 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z wyrażonym tam stanowiskiem, realizacja tej normy prawnej nie polega na umożliwieniu „pacjentowi kontaktu z duchownym wyznania, które w danej społeczności statystycznie wyznawane jest najczęściej, ale kontaktu z duchownym tego wyznania, które wyznaje pacjent będący w stanie pogorszenia zdrowia lub zagrożenia życia”. Zapewnienie w polskich placówkach opieki zdrowotnej kontaktu wyłącznie z duchownymi wyznania katolickiego nie będzie zatem realizowało prawa pacjentów określonego w przywołanym art. 37 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Konkludując, trzeba wskazać, że opisana wyżej sprawa ponownie została skierowana przed Sąd Apelacyjny, który uznał, że odszkodowanie nie jest należne z uwagi na to, że pacjent nie wykazał, ażeby doznał jakiegokolwiek szkody – czy to psychicznej, czy fizycznej w wyniku działania polegającego na udzieleniu mu ostatniego namaszczenia chorych wbrew jego woli. Należy jednak mieć na uwadze, że w kwestiach dotyczących tak wrażliwych sfer życia psychicznego, jakimi niewątpliwie są wolność sumienia oraz religii, konieczne jest zachowanie szczególnej ostrożności.

Pielęgniarki i położne w obronie krzywdzonych dzieci

W 2010 r. znowelizowaną ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie do systemu włączeni zostali przedstawiciele ochrony zdrowia, oświaty oraz członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Dołączyli do policjantów i pracowników socjalnych.

Przedstawiciele ochrony zdrowia często dowiadują się o przemoc jako pierwsi, np. pielęgniarka podczas szczepień kontrolnych zauważa na skórze dziecka ślady świadczące o przemocy fizycznej bądź zaniedbaniu, położna w trakcie wizyt patronażowych obserwuje niepokojące objawy świadczące o niewłaściwej opiece nad dzieckiem. Co więcej gabinet pielęgniarki w szkole może stać się miejscem, w którym dziecku łatwiej będzie opowiedzieć o trudnej sytuacji domowej niż klasa szkolna czy pokój nauczycielski. Wśród naszych zadań znajduje się m.in. uruchamianie procedury „Niebieskiej Karty” oraz działanie w zespołach interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie i grupach roboczych, które mają pracować z rodzinami, w których do niej dochodzi.

Sygnały ostrzegawcze

Osoby mające w swojej pracy kontakt z dziećmi powinny poznać czynniki ryzyka zwiększające prawdopodobieństwo, iż w rodzinie pojawi się przemoc oraz rozpoznawać sygnały świadczące o tym, że dziecko jest krzywdzone.

Czynniki ryzyka:

Rodzic: młody wiek, samotne rodzicielstwo, doświadczenie bycia krzywdzonym w dzieciństwie lub życiu dorosłym, niskie kompetencje wychowawcze, nadużywanie bądź uzależnienie od środków psychoaktywnych, choroba psychiczna, niskie wykształcenie.

Rodzina: stosowanie autorytarnego modelu wychowania, stosowanie kar fizycznych, konflikty/przemoc w rodzinie, bezrobocie, ubóstwo, izolacja społeczna, osoby niespokrewnione (ojczym/konkubent, macocha/konkubina).

Dziecko: wiek poniżej 4. r.ż., niepełnosprawność fizyczna bądź umysłowa, przewlekła choroba, problemy ze snem, jedzeniem, płaczliwość, problemy z zachowaniem (np. ADHD).

Dziecko rzadko wprost mówi o tym, że jest ofiarą przemocy ze strony rodziców. To na osobach dorosłych ciąży obowiązek rozpoznania zagrożeń i zapewnienia dziecku bezpieczeństwa (jeśli to konieczne, nawet przez izolację od rodzica krzywdzącego). Sygnałem alarmowym są ślady na ciele, zachowanie lub zmiany w zachowaniu.

Objawy, które mogą świadczyć o przemocy:

Fizycznej:

- siniaki na ciele dziecka w różnym stadium gojenia,
- otarcia naskórka,
- ślady po oparzeniach, np. papierosem.
- naderwane małżowiny uszne,
- wylewy do gałek ocznych,
- powyrywane włosy,
- powtarzające się urazy/złamania.

Seksualnej:

- obrażenia części intymnych.
- choroby przenoszone drogą płciową,
- komplikacje ginekologiczne,
- zaburzenia układu pokarmowego, migreny,
- wycofanie, obwinianie, nieufność,
- skrywanie tajemnicy.

Psychicznej:

- wycofanie, nieufność,
- agresja,
- tiki nerwowe, jękanie,
- moczenie nocne,
- lęki,
- koszmary senne,
- zachowania destrukcyjne, np. samookaleczanie, podejmowanie zachowań związanych z wysokim ryzykiem utraty zdrowia bądź życia,
- próby samobójcze.

Zaniedbaniu:

- nieleczenie chorób,
- niezapewnienie opieki medycznej stosownej do stanu zdrowia,
- nieszczepienie,
- odparzenia świadczące o zaniedbaniach higienicznych,
- brud, wszawica.

Nie można zapominać o tym, że dzieci krzywdzone niezależnie od tego, jakiego rodzaju przemocy doznają żyją w stanie ciągłego zagrożenia, napięcia, stresu i lęku, co powodować może szereg dolegliwości somatycznych, takich jak: bóle żołądka, bóle głowy, choroby autoimmunologiczne, dolegliwości związane ze zdrowiem psychicznym, np. zaburzenia snu, depresja, zaburzenia lękowe, myśli samobójcze.

Pamiętajmy! Dzieci są ofiarami przemocy także wtedy, gdy nie będąc bezpośrednimi obiektami ataku sprawcy, są świadkami przemocy czy nawet konfliktu między rodzicami, np. rodzice w sytuacji rozvodu traktują dziecko jako „kartę przetargową”, manipulując nim i buntując przeciwko partnerowi.

Skutki

Należy pamiętać, że przemoc pociąga za sobą dużo bardziej dalekosiężne konsekwencje niż te, które obserwujemy bezpośrednio po akcie przemocy czy w trakcie narastania problemu. Jej skutki będą odczuwalne także w życiu dorosłym w postaci obniżonego poczucia wartości, braku empatii, trudności w nawiązywaniu i utrzymaniu relacji z innymi ludźmi, zaburzeń depresyjnych, lękowych, nadużywania substancji psychoaktywnych, zachowań destrukcyjnych, stosowania przemocy.

Warto pamiętać, że do przemocy dochodzi w rodzinach niezależnie od jej statusu materialnego, społecznego, poziomu intelektualnego członków, a także niezależnie od tego, czy w rodzinie jest problem alkoholowy.

Dzieci-ofiary przemocy w rodzinie uruchamiają różne mechanizmy obronne, by uchronić pozytywny wizerunek swojej rodziny i swoich rodziców jako dobrych i kochających opiekunów. W związku z tym przyjmują na siebie odpowiedzialność za doznaną krzywdę w myśl przekonania „moi rodzice nie są źli i okrutni, to ja jestem zły, a oni mnie sprawiedliwie karzą”. Dzieci będą chronić swoich rodziców, a siebie obwiniać o przemoc, dlatego bardzo rzadko zdarzają się sytuacje, gdy dziecko samo opowiada o swoim bólu i cierpieniu.

Pamiętajmy! Obowiązkiem osób dorosłych – nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek – jest być czujnymi i uważnym, aby w porę wychwycić sygnały świadczące o przemoc.

Interwencja

Zgodnie z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie uznaje się, że „przemoc w rodzinie narusza podstawowe prawa człowieka, w tym prawo do życia i zdrowia oraz poszanowania godności osobistej, a władze publiczne mają obowiązek zapewnić wszystkim obywatelom równe traktowanie i poszanowanie ich praw i wolności (...)”. Jeśli zatem przedstawiciele ochrony zdrowia podejrzewają, iż w rodzinie dochodzi do przemocy, są prawnie zobligowani do podejmowania działań – w tym do uruchamiania procedury „Niebieskie Karty” (procedura jest szczegółowo opisana w Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” i wzorów formularzy „Niebieska Karta” z 13 września 2011 roku).

Procedura „Niebieskie Karty” jest uruchamiana poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta” A. Do uruchomienia procedury nie jest wymagana zgoda osoby pokrzywdzonej, a także rodziców dziecka, co do którego istnieje podejrzenie krzywdzenia. Następnie w ciągu 7 dni formularz musi być przesłany do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego, działają-

cego w każdej gminie i mieście. Przewodniczący przekaże tę kartę do zespołu interdyscyplinarnego, który podejmie decyzję o formach pomocy danej rodzinie. Najczęściej w takiej sytuacji powoływana jest grupa robocza, w skład której wchodzi przedstawiciele służb i instytucji, którzy znają rodzinę lub którzy pracują na terenie, gdzie rodzina zamieszkuje, np. pracownik socjalny, dzielnicowy, pedagog ze szkoły, do której uczęszcza dziecko. Do takiej grupy – gdy sytuacja tego wymaga – może być też powołany przedstawiciel ochrony zdrowia.

Pamiętajmy! Procedura „Niebieskie Karty” jest procedurą interwencyjną, której celem jest zatrzymanie przemocy oraz ochrona osób nią pokrzywdzonych. Zatem im zostanie wcześniej uruchomiona, tym większe szanse na jej skuteczność.

Ponadto, gdy podejrzewamy, że przemoc spełnia znamiona przestępstwa, należy powiadomić policję bądź prokuraturę. Zgodnie z art. 12.1. ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie „Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora”.

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 240 k.k. niezawiadomienie o przestępstwie z art. 200 (kontakt seksualny z osobą poniżej 15. roku życia), art. 197 par. 3 (zgwałcenie osoby poniżej 15. roku życia) oraz art. 156 k.k. (ciężki uszczerbek na zdrowiu) jest przestępstwem i podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Wychodząc naprzeciw potrzebom przedstawicieli ochrony zdrowia, którzy zgłaszają, iż nie posiadają niezbędnej wiedzy do rozpoznawania przemocy i prowadzenia rozmowy, została przygotowana strona internetowa www.lekarzureauagujnaprzemoc.pl, na której znajdują się informacje dotyczące psychologicznych i prawnych aspektów przeciwdziałania przemocy w rodzinie, film instruktażowy pokazujący, jak powinna przebiegać rozmowa z dorosłym pacjentem doznającym przemocy w rodzinie, które mogą być przydatne nie tylko dla lekarzy, ale dla wszystkich przedstawicieli ochrony zdrowia, którzy chcą się zaangażować w niesienie pomocy osobom najbardziej jej potrzebującym.

Została wydana także książka pt. „Stop przemoc. Pielęgniarki i położne w obronie dzieci krzywdzonych”, która w grudniu 2017 roku zostanie rozesłana do ponad 2 tysięcy poradni pediatrycznych.

Rodzina i jej funkcje w ponowoczesnym świecie

„ŻYCIE RODZICÓW JEST KSIĘGĄ, KTÓRĄ CZYTUJĄ DZIECI”

ŚW. AUGUSTYN

Agnieszka Kubiel, Małgorzata Kozłowska

Rodzina jest najmniejszą i jednocześnie pod stawową grupą społeczną... Aby całe społeczeństwo było zdrowe i dobrze się rozwijało potrzebna jest właśnie prawidłowo funkcjonująca rodzina. Jest ona systemem więzi, człowieka z człowiekiem. Oparta jest głównie o więź emocjonalną, instytucjonalną, materialną i kulturową. W rodzinie odbijają się wszystkie problemy całego społeczeństwa: jak żyć ze sobą, jak realizować funkcję wewnętrzną, ale także zewnętrzną czyli — w stosunku do osiedla, miasta, państwa. Jest rzeczywistością sui generis.

Rodzina jest grupą zarazem zinstytucjonalizowaną i nieformalną, posiada bowiem cechy upodabniające ją do małej grupy, ale odznacza się też pewnymi znamionami organizacji określającymi proces jej powstania, rozpadu czy zaniku.

Mówiąc o rodzinie jako instytucji społecznej mamy na myśli jej formalne ustanowienie i funkcjonowanie według określonych norm społecznych w ramach danego systemu społecznej kontroli. Rodzina najdoskonalej zabezpiecza nasze problemy pierwotne (opieka, wyżywienie) i wtórne (związane z wychowaniem i kształceniem). Członkowie rodziny czują się za siebie współodpowiedzialni: żadna instytucja nie daje takich możliwości jak rodzina. To w rodzinie zaspokajane są podstawowe potrzeby psychiczne, jak: poczucie bezpieczeństwa, miłość, samorealizacja czyli chęć doskonalenia siebie. Te potrzeby najlepiej są zaspokajane w rodzinie, która jest aprobowanym społecznie systemem obcowania trwałego. W rodzinie wszyscy osobnicy czy jednostki są ze sobą połączeni więzią krwi, stosunkiem małżeństwa czy systemem adopcji.

Rodzina jest jedną z najstarszych instytucji świata i od wiek wieków stara się, aby jak najlepiej funkcjonować. To poprzez nią toczą się dzieje człowieka, od niej zależy życie narodów, państw i organizacji międzynarodowych. Jednak zmieniające się czasy stawiają przed nią odmienne wyzwania. Jedno jest pewne, nie zastąpi jej żadna inna instytucja społeczna.

Rodzina jest bardzo ważną instytucją, która reguluje nasze zachowania, co wolno a co nie, w niej uczymy się miłości, zachowania, wzajemnego szacunku itp. Relacje w rodzinie opierają się nie na tym co jej członkowie posiadają, ale na tym, czym są dla siebie. Cechuje ją więź formalna określająca wzajemne obowiązki rodziców i dzieci, więź małżeńska a także wspólnota materialna i mieszkaniowa oraz zespół pełnionych przez nią funkcji.

Jako środowisko wychowawcze oraz jako ważna instytucja w systemie społecznym rodzina spełnia następujące funkcje wobec swoich członków: prokreacyjną, ekonomiczną, opiekuńczą, wychowawczą, kulturową, religijną i socjalizacyjną.

Funkcja prokreacyjna zapewnia ciągłość gatunku.

Rodzina powstaje jako naturalna konsekwencja małżeńska. Wskazuje na fakt, że to właśnie rodzina jest miejscem narodzin nowych członków społeczeństwa.

Oczekuje się, że osoby wchodzące w związek małżeński podejmą trud urodzenia i wychowania nowych ludzi. Funkcja prokreacyjna rodziny zapewnia ciągłość trwania narodu, społeczeństwa i rodu. Daje także gwarancję, że nowonarodzeni będą otoczeni opieką, troską, miłością i zostaną wprowadzeni w życie społeczne tak, by w przyszłości samodzielnie decydować o sobie i innych. Jest to bardzo ważna funkcja i w niej przede wszystkim wyraża się stosunek osób zakładających rodzinę do wartości życia ludzkiego, a także własnej gotowości do otwarcia się na drugiego człowieka.

Funkcja ekonomiczna rodziny jawi się tam, gdzie osoby tworzące wspólnotę rodzinną zabiegają o stworzenie materialnych podstaw życia rodzinnego. Członkowie rodziny poprzez pracę zarobkową zapewniają środki materialne do zaspokojenia różnorodnych potrzeb, takich jak: mieszkanie, wykształcenie, wyżywienie, ochrony zdrowia, korzystania z dóbr kultury i rekreacji, itp.

Funkcja opiekuńcza chroni przed negatywnymi skutkami życia jakimi są narkomania, prostytutka czy alkoholizm. Jeżeli jest wyniesiony z domu dobry przykład, zapobiega to popełnieniu błędów życiowych, jednostka rozróżni co dobre, a co złe.

Funkcja kulturowa dotyczy rodziny, w której odbywa się przekazywanie dzieciom dziedzictwa kulturowego. To w rodzinie dokonuje się przekazywanie tradycji kulturowej, a także tworzenie nowych jakości.

Dziecko w rodzinie poznaje tradycje i zwyczaje regionalne związane z różnymi świętami, ważnymi wydarzeniami.

Funkcja religijna — gdy rodzina wspiera rozwój moralno-religijny. Realizowany w tej funkcji jest przekaz kultury religijnej, wierzeń i wartości. Jest odpowiedzią na potrzeby człowieka, bycia w łączności z „istotą” przewyższającą go, dającą bezwzględne bezpieczeństwo, poczucie własnej wartości, sprawiedliwość i kochającą. Religijna funkcja rodziny obejmuje wszystkie czynności i przekazy werbalne i niewerbalne, które dotyczą religijnego rozwoju człowieka. Na rozwój ten składa się poznanie rzeczywistości religijnej, a więc pojęć religijnych, wymogów moralnych, wzorów zachowania religijnego i łączności ze wspólnotą religijną.

Istnieje też funkcja miłości, w której rodzina zaspakając powinna podstawowe potrzeby ludzkiej miłości, bezpieczeństwa i przynależności. Prawidłowy rozwój emocjonalny w dzieciństwie wszakże ma duży wpływ na przyszłe dorosłe życie człowieka.

Funkcja integracyjna rodziny ma za zadanie jednoczenie swoich członków. Spójność wewnętrzna powoduje, że stanowi ona podstawową komórkę społeczną, utworzoną w sposób naturalny.

Funkcja socjalizacyjna rodziny obejmuje kultywowanie i przekazywanie systemu wartości, norm postępowania i wzorów zachowania swoim członkom.

Oznacza to, że rodzice, dziadkowie, rodzeństwo poprzez swoje codzienne zachowania, wypowiedzi, zainteresowania, pracę, odnoszeniem się do innych ludzi, dają wyraz temu, co dla nich jest ważne lub co powinno być w życiu ważne. Każdego dnia podczas różnorodnych codziennych i świątecznych czynności dzieci uczą się w domu rodzinnym, co w ży-

ciu człowieka jest ważne, co jest ważne dla rodziny i społeczeństwa – i w ten sposób kształtuje się ich system wartości.

Dziecko uczy się sposobów urzeczywistniania tego, co się ceni i co jest przyjęte w danej kulturze, jako sposób odnoszenia się do innych ludzi, natury, kultury, nauki.

Rodzina wypełniając funkcje socjalizacyjne uczy form zachowania się przy stole, w kinie, teatrze, na ulicy, w autobusie, urzędzie, przy spotkaniu z przyjaciółmi, w trakcie uroczystych spotkań rodzinnych. Jest to też uczenie ładu i porządku we własnym domu i wokół niego, a tym samym w późniejszym miejscu pracy. Te wszystkie umiejętności, dzięki codziennemu obcowaniu z dorosłymi, którzy uczestniczą w wielu grupach i sytuacjach społecznych, przejmują dzieci i młodzież zanim pójdą do szkoły, pracy, kina czy teatru. Poprzez formułowanie wymagań i oczekiwań oraz niektórych nakazów i zakazów wobec wszystkich członków rodziny dokonuje się proces socjalizacji norm postępowania czyli uczenie, co powinno się czynić, a czego unikać, ku czemu kierować swoje zainteresowania. Proces socjalizacji nazywany jest często procesem uspołecznienia, czyli uczy coraz doskonalszych, efektywniejszych i twórczych form zachowania i relacji z innymi ludźmi.

Proces ten powinien pomóc w osiągnięciu postawy szacunku, odpowiedzialności, opieki i troski w stosunku do innych.

Proces socjalizacji w rodzinie zaczyna się od najmłodszych lat życia i zależy jest od wartości kulturowych rządzących zachowaniami członków rodziny, kultury języka środowiska domowego, poziomu moralnego domowników, ich dążeń estetycznych, celów życiowych, wzorów sukcesu życiowego, ich orientacji światopoglądowych, postaw wobec pracy, nauki, obowiązków życiowych, wobec drugiego człowieka i jego potrzeb itp. W efekcie tych oddziaływań jednostka zostaje przysposobiona do pełnienia ról społecznych związanych z płcią, ról rodzinnych i zawodowych, ról związanych z członkostwem w określonych grupach i instytucjach, ról związanych z przynależnością do kręgów koleżeńskich i towarzyskich.

Istota procesu socjalizacji rodzinnej sprowadza się do naśladownictwa zachowań najbliższego otoczenia rodzinnego, przyswajania przez wychowanków określonego systemu norm i wartości akceptowanych w rodzinie i w szerszej społeczności oraz kontroli społecznej, która polega na nagradzaniu zachowań pożądanых i represji zachowań niepożądanych. Przebieg tego procesu ułatwia fakt charakteru grupy socjalizującej, która oparta jest na więzi osobistej i bezpośrednich kontaktach kształtujących silną świadomość przynależności grupowej. Z owego poczucia przynależności do rodziny płynie poczucie wspólnoty celów i ideałów życiowych oraz świadomość uzależnienia w realizacji celów we wcielaniu w życie wspólnych ideałów. Rodzice często nie zdają sobie sprawy z rzeczywistych skutków swych oddziaływań socjalizacyjnych. Proces wychowania nie zawsze jest procesem racjonalnym, to znaczy podporządkowanym ideałom wychowawczym opartym na pedagogicznej refleksji i wiedzy o współzależności zjawisk; często nie jest to proces planowy i metodyczny. Dla zachowania bowiem cechy metodyczności i planowości procesu socjalizacji potrzeba, aby rodzice dobierali należne formy opieki nad dzieckiem, stosowali odpowiednie wymagania i sposoby przystosowania dziecka do samodzielnego życia, ustawicznie kontrolowali wyniki swych oddziaływań socjalizujących, a przede wszystkim potwierdzali te oddziaływania własnym konstruktywnym przykładem.

Funkcje rodziny ulegają przekształceniom pod wpływem przemian ustrojowych, ekonomicznych, emancypacyjnych czy ustawodawczych.

Kiedy mówimy o rodzinie jako podstawowej jednostce społecznej należy na nią spojrzeć poprzez pryzmat zmian, jakie zaszły w obecnych czasach.

W związku z tym należy pokazać młodym ludziom wzorce dobrej rodziny, chroniącej dzieci przed patologiami. Uświadomić im podstawową rolę rodziny w zaspokajaniu najważniejszych psychospołecznych potrzeb człowieka. Wskazać umiejętności potrzebne do właściwego wypełniania poszczególnych funkcji w rodzinie. Należy ukazywać młodym ludziom sens ich życia, pomóc im w ten sposób założyć szczęśliwe rodziny pełne pokoju i radości. Dać im motywację do urzeczywistnienia w ich życiu dobra, piękna i prawdy oraz właściwie rozumianej odpowiedzialności. Młody człowiek w rodzinie powinien odnaleźć swoje korzenie, bezpieczeństwo i awans, a przez to doskonalić się i przygotowywać do stworzenia swojej nowej rodziny.

Młodych ludzi trzeba najpierw wychować, wskazać im drogę, pomóc w trudnych sytuacjach życiowych.

Rodzice często nie potrafią przekazać swojemu potomstwu, że rodzina to nie tylko pieniądze, samochód, willa, ale miłość i odpowiedzialność za drugiego człowieka.

Fundamentalnymi potrzebami człowieka są: potrzeba miłości i przynależności, i tylko zaspokojenie tych potrzeb może dać mu głęboką satysfakcję. Człowiek czuje się szczęśliwy, gdy umie kochać i czuje się kochanym. Drogę do dojrzałości i dorosłości powinno się przebiec w sposób świadomy, oparty na wolnym i odpowiedzialnym zwróceniu się ku drugiemu człowiekowi. Dlatego tak ważne jest, aby uświadomić naszym dorastającym dzieciom, że prawdziwie wolny i szczęśliwy jest ten człowiek, który potrafi kochać, przebaczać i żyć dla drugiego. Dzieci krytykowane, żyjące w nieprzyjaźni, wyśmiewane i zawstydzane – uczą się potępiać, agresji, nieśmiałości i poczucia winy. Jedynie dziecko otoczone przyjaźnią, żyjące w bezpieczeństwie i tolerancji, zachęcane przez swoich rodziców, akceptowane, rozumiane, przyjmowane takim jakim jest – nabiera cierpliwości, uczy się sprawiedliwości, uczciwości i wiary w siebie. Młody człowiek uczy się wtedy szukać w świecie miłości.

Rodzina dotknięta dzisiaj wielorakim kryzysem, nie umie przekazać właściwej hierarchii wartości, w odniesieniu do całego życia ludzkiego. Dlatego najważniejszym staje się odzyskanie powszechnej świadomości, prymatu wartości moralnych.

Rodzina współczesna wpływa na osobowość, funkcjonowanie jednostek, kształtuje ich losy, pełni szereg funkcji. Jeśli jej kondycja pogarsza się, to wpływa ujemnie na funkcjonowanie i losy zarówno jednostek, jak i społeczeństwa, a więc w ich interesie powinno być prawidłowe funkcjonowanie rodzin oraz tworzenie warunków dla prawidłowego ich funkcjonowania.

Rodzina i jej sprawy są najważniejszym składnikiem ludzkiego szczęścia i udanego życia. Miejscem schronienia przed agresją i zewnętrznym zagrożeniem, dającą poczucie bezpieczeństwa i oparcia w życiu.

Agnieszka Kurbiel – mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.

Małgorzata Kozłowska – magister nauk o rodzinie, absolwentka Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, specjalista pielęgniarstwa onkologicznego. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Położna na Medal 2017



Głosowanie w konkursie „Położna na medal” zakończyło się 31 grudnia 2017 r. W czwartej edycji plebiscytu o tytuł Położnej na medal walczyło 428 położnych z całej Polski. Łącznie oddano na nie 19112 głosów. W konkursie wyróżnione zostały trzy najlepsze położne w Polsce, które otrzymały również najwięcej głosów w reprezentowanym województwie.

W województwie lubelskim najwięcej głosów otrzymała nasza koleżanka położna Jolanta Bochen pracująca w SP Wojewódzkim Szpitalu im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Konkurs „Położna na medal” wyróżniający najlepsze położne w Polsce i w poszczególnych województwach ma na celu również edukację społeczeństwa na temat roli położnej w opiece okołoporodowej oraz promocję nowoczesnych standardów przyjętych przez środowisko położnicze i medyczne. Plebiscyt jest jednym z elementów kampanii społeczno-edukacyjnej „Położna na medal”, której pomysłodawcą jest Akademia Malucha Alantan. Patronat nad konkursem objęła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.



Jolanta Bochen – położna pracuje w zawodzie od 30 lat, a od 11 lat na sali porodowej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu. Od 12 lat realizuje się również jako położna środowiskowo-rodzinna, towarzysząc ciężarnym zarówno przed porodem, jak i po narodzinach maluszków. Kocha to, co robi i czerpie niezmierną radość, że może uczestniczyć w najważniejszych i najpiękniejszych w życiu całych rodzin chwilach cudu narodzin.

Kocha to, co robi i czerpie niezmierną radość, że może uczestniczyć w najważniejszych i najpiękniejszych w życiu całych rodzin chwilach cudu narodzin.

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
składa gratulacje.**

Życzymy Pani Joli dalszych sukcesów w pracy zawodowej oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Termin beatyfikacji pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej



Beatyfikacja Hanny Chrzanowskiej została oficjalnie potwierdzona. Informację o dacie i miejscu przekazał w imieniu Ojca Świętego Franciszka abp Angelo Becciu z Sekretariatu Stanu Stolicy Apostolskiej. Czciogodna Służebnica Boża Hanna Chrzanowska zostanie ogłoszona Błogosławioną w **sobotę 28 kwietnia 2018 r. w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach**. Termin beatyfikacji związany jest z przypadają-

cą w tym roku 45. rocznicą śmierci krakowskiej pielęgniarki.

Hanna Chrzanowska była pionierką pielęgniarstwa społecznego i parafialnego. Współpracowała z kard. Karolem Wojtyłą, który mówił, że Hanna była „ogromną pomocą i oparciem” oraz „sumieniem polskiego pielęgniarstwa”. Towarzystwo chorym było istotą jej misji – ze szczególnym oddaniem opiekowała się pacjentami w ich domach. Wyznaczyła standardy nowoczesnej opieki nad chorymi, której fundamentem jest nie tylko niesienie ulgi w bólu fizycznym, ale także pomoc duchowa. Osoby bliżej znające Hannę zgodnie potwierdzały, że pielęgniarka w sposób heroiczny wypełniała przykazanie miłości bliźniego.

Dlatego w 1995 r. pielęgniarki skupione w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych zwróciły się z prośbą do ks. kard. F. Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego. 1 października 2015 roku Stolica Apostolska ogłosiła dekret o heroiczności jej cnót. Natomiast 7 lipca ubiegłego roku papież Fran-

ciszek zatwierdził dekret beatyfikacyjny, uznając cud uzdrowienia mieszkanki Krakowa z 2001 r. za przyczyną służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej.

Pod koniec ubiegłego roku został powołany Komitet Organizacyjny, którego celem jest logistyczne i duszpasterskie przygotowanie uroczystości beatyfikacyjnych. Na jego czele stoi bp Jan Zając, który powiedział, że „najważniejsze będzie przygotowanie duszpasterskie, czyli ukazanie postaci H. Chrzanowskiej, która ma być czczona nie tylko jako błogosławiona, ale ma być wzorem postępowania”. Beatyfikacja krakowskiej pielęgniarki to potwierdzenie, że Hanna Chrzanowska jest dla wszystkich dobrym przykładem oraz wzorem służby drugiemu człowiekowi.

Abp Marek Jędraszewski uznał jej beatyfikację za najważniejsze tegoroczne wydarzenie duszpasterskie w archidiecezji. – W moim przekonaniu, wpisuje się ono w świętowanie 100. rocznicy odzyskania niepodległości, bo to, co pokazała w swoim życiu H. Chrzanowska, to właśnie walka o Polskę. Przechodziła przez dramatyczne etapy rodzenia się polskiej niepodległości. Jej życie było ciągłym szukaniem sposobu, w jaki można Polsce służyć, zwłaszcza służyć jej poprzez służbę ludziom potrzebującym opieki i wsparcia w chorobie – powiedział metropolita krakowski podczas konferencji prasowej w Domu Arcybiskupów Krakowskich.

Ze swoimi wspomnieniami o przyszłej błogosławionej podzieliła się Helena Matoga, pielęgniarka, wicepostulatorka procesu beatyfikacyjnego. – Byłam jej uczennicą. Miałam okazję poznać ją dobrze, choć w jej dziełach nie uczestniczyłam bezpośrednio, gdyż byłam wówczas młodą mężatką, matką małych dzieci. Chodziłam z nią jednak po domach w trakcie praktyk pielęgniarskich. Pierwsza wizyta była w mieszkaniu Chińczyka. Druga pacjentka była z kolei osobą po wylewie. Była też syfilityczka, która nie zdawała sobie sprawy z charakteru swoich dolegliwości. Pani Hanna była znana z ciepłego podejścia do chorych, choć potrafiła też okazać zdecydowanie – powiedziała H. Matoga.

Organizacją uroczystości i jej przygotowaniem duszpasterskim będzie się zajmował prawie 40-osobowy komitet składający się z duchownych i świeckich. Jego przewodniczącym został 13 grudnia ub. roku bp Jan Zając, natomiast koordynatorem – ks. Robert Tyrała. Komitet podzielono na sekcje: duszpasterską, liturgiczną, dekoracyjną, porządkową i medialną.

Uroczystościom beatyfikacyjnym, które odbędą się w bazylice Bożego Miłosierdzia, będzie przewodniczył kard. Angelo Amato. Będą transmitowane m.in. przez telewizję publiczną. Przewidujemy, że udział w nich może wziąć kilkadziesiąt tysięcy osób. Miejsca w bazylice będą przeznaczone szczególnie dla osób chorych, gdyż to im służyła niegdyś ofiarnie H. Chrzanowska – powiedział bp Zając.

Wspominał również o przygotowaniach duchowych do beatyfikacji. – Będzie to czas naszego świętowania, ale również wspólnej refleksji nad dziełem służby ludziom chorym i cierpiącym – wspominał bp Jan.

O odbędą się zarówno spotkania diecezjalne, m.in. 28 stycznia, 28 lutego i 28 marca w kościele św. Mikołaja w Krakowie, jak i comiesięczne spotkania w każdej parafii, które zostaną włączone do Nowenny Jubileuszowej, związanej z 100. rocznicą odzyskania niepodległości.

Sanktuarium nowej błogosławionej będzie się mieściło w krakowskim kościele św. Mikołaja, gdzie obecnie spoczywają jej doczesne szczątki. – Trudno na razie przesądzać o tym, jakim sprawom lub grupom mogłaby patronować H. Chrzanowska. Obecnie toczy się w Polsce batalia o życie dzieci nienarodzonych, którym grozi tzw. aborcja eugeniczna. Mamy nadzieję, że błogosławiona Hanna będzie niejako patronowała naszej dalszej batalii w tej sprawie – powiedział metropolita krakowski.

Wiadomości o H. Chrzanowskiej i wydarzeniach związanych z beatyfikacją będą się pojawiały sukcesywnie na stronach internetowych www.chrzanowska.diecezja.pl oraz hannachrzanowska.pl.

Cud za wstawnictwem Hanny Chrzanowskiej

Cud o którym tu mowa, miał miejsce w Krakowie. Mieście, z którym Chrzanowska była wielorako związana rodzinnie oraz zawodowo. Choć urodziła się w Warszawie (1902 r.), to do Krakowa przyjechała mając zaledwie 8 lat i tam podjęła najważniejszą życiową decyzję: o zostaniu pielęgniarką.

W czasach II Rzeczypospolitej przebywała raczej w Warszawie lub na stypendiach zagranicznych. Ale od momentu wybuchu II wojny światowej już do końca życia przebywała w Krakowie. Tam **podjęła współpracę najpierw z kard. Adamem Sapiehą, potem zaś z kard. Karolem Wojtyłą.**

Dzięki życzliwości przyszłego papieża Hannie Chrzanowskiej udało się zrealizować swój **pomysł pielęgniarstwa parafialnego**. Polegał on na tym, aby chorym z parafii była świadczona pomoc nie tylko w formie posługi księdza lub darów materialnych, lecz także pracy pielęgniarki. A ponieważ sama Hanna była bardzo religijna i codziennie uczestniczyła w mszy świętej, starała się także o to, aby była ona odprawiana również w domach obłożnie chorych.

Jej aktywności nie zahamowała nawet choroba nowotworowa. Zmarła w 1973 roku, a 25 lat później rozpoczął się proces beatyfikacyjny. W 2015 r. ogłoszono dekret o heroiczności jej życia i cnót. **Do beatyfikacji**

brakowało tylko cudu. Obecnie za cud uznano nadzwyczajne wydarzenie z 2001 r.

Wtedy bowiem 66-letnia kobieta doznała wylewu krwi do mózgu, połączonego z jednoczesnym lekkim zawałem serca. Efektem był paraliż obu nóg i jednej ręki. Jej stan był na tyle katastrofalny, że **nie nadawała się do operacji**. Dlatego też przewieziono ją na oddział zachowawczy.

Tam z chorą nie było kontaktu, a personel utrzymywał jedynie jej czynności wegetatywne: oddychanie, bicie serca itd. Nie dawano kobiecie dużych szans na przeżycie. Gdyby jednak nawet nie umarła i odzyskała przytomność, to i tak na zawsze pozostałaby jej „pamiątka” po wylewie i zawale: osłabienie siły i zasięgu sparaliżowanych wcześniej nóg i ręki, czyli ich niedowład; zaburzenia mowy oraz ciągła hospitalizacja.

Wszystko jednak skończyło „happy endem”. **W czasie śpiączki chorej przyśniła się Hanna Chrzanowska. Uśmiechała się i zapewniała: „Wszystko będzie dobrze”.**

Wkrótce kobieta wybudziła się ze śpiączki, a zaskoczeni lekarze stwierdzili, że ich pacjentka nie tylko normalnie mówi, ale też rusza unieruchomionymi do tej

pory kończynami. Leczenie trwało jeszcze jakiś czas, ale mieszkanka Krakowa wróciła do zdrowia.

Dlaczego jednak akurat w tej konkretnej sprawie zainterweniowała przyszała błogosławiona? Otóż uzdrowiona kobieta miała koleżankę pielęgniarkę. W dniu, w którym miały miejsce opisane wyżej nieszczęśliwe wydarzenia (wylew i zawał) pielęgniarka ta uczestniczyła w comiesięcznej mszy świętej odprawianej z prośbą o beatyfikację Hanny Chrzanowskiej.

Na te msze chodziły głównie członkinie Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych. Do niego należała również wspomniana pielęgniarka. Ona też wezwała zgromadzone na Eucharystii koleżanki z wymienionego Stowarzyszenia **do odmówienia nowenny w intencji uzdrowienia chorej 66-latki z Krakowa za przyczyną sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej**.

Nowenna rozpoczęła się od razu, czyli zaraz po apelu w tej sprawie. I była skuteczna, jak dowodzi fakt niespodziewanej poprawy stanu osoby, za którą się modlono. A ponieważ Chrzanowska była pielęgniarką, można powiedzieć, że swoim wstawiennictwem uczyniła przysługę koleżankom po fachu.

Dofinansowane kursy dla pielęgniarek i położnych



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach zaprasza pielęgniarki/pielęgniarzy oraz położne/położnych do udziału w projekcie p.n. **Wzrost kwalifikacji pielęgniarek i położnych w zakresie potrzeb epidemiologicznych i demograficznych kraju**, który jest finansowanych w ramach V Osi priorytetowej **Wsparcie dla obszaru zdrowia**, Działania 5.4 **Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych**, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Głównym celem projektu jest **wzrost kwalifikacji 820 pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych z terenów województw: podlaskiego, warmińsko-mazur-**

skiego, pomorskiego, lubelskiego i mazowieckiego z zakresu dziedzin będących najczęstszą przyczyną dezaktywacji zawodowej społeczeństwa z przyczyn zdrowotnych j. chorób krążenia, układu oddechowego i chorób nowotworowych.

Uczestnictwo w kursach jest bezpłatne.

Uczestnikami projektu mogą być pielęgniarki/pielęgniarze oraz położne/położni, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w projekcie oraz spełniają dodatkowe kryteria wynikające z ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.).

Projekt realizowany jest do 30.06.2018 r., w Zamościu planujemy uruchomić jeszcze następujące kursy:

Kurs specjalistyczny: **Ordynowanie leków, wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz. I** Program obejmuje 45 h teoretycznych (zasady stosowania terapii wybranymi produktami leczniczymi, wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zasady i tryb wystawiania recept, aspekty prawne i odpowiedzialność zawodowa. Staż – 20 h zajęć praktycznych dla pielęgniarek – gabinet lekarza rodzinnego, dla położnych gabinet lekarza rodzinnego/poradnia ginekologiczna. Kurs zakończy się egzaminem, uczestnicy którzy ukończą kurs i zdadzą egzamin końcowy otrzymają zaświadczenia potwierdzające nabycie nowych kwalifikacji.

**Kurs specjalistyczny: Ordynowanie leków, wypi-
sywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz. II**

Program obejmuje 30 h teoretycznych (główne zasady terapii z zastosowaniem produktów leczniczych, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zasady i tryb wystawiania recept, aspekty prawne i odpowiedzialność zawodowa. Staż – 14 h zajęć praktycznych dla pielęgniarek – gabinet lekarza rodzinnego, dla położnych gabinet lekarza rodzinnego/ poradnia ginekologiczna. Kurs zakończy się egzaminem, uczestnicy, którzy ukończą kurs i zdadzą egzamin końcowy otrzymają zaświadczenia potwierdzające nabycie nowych kwalifikacji.

Kurs specjalistyczny: **Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów.** Program obejmuje 35 h teoretycznych (podstawy leczenia farmakologicznego nowotworów złośliwych, podawanie leków przeciwnowotworowych, objawy uboczne systemowego leczenia przeciwnowotworowego, opieka nad pacjentem poddanym sys-

temowemu leczeniu przeciwnowotworowemu. Staż – 35 h zajęć praktycznych, dla pielęgniarek oddział chemioterapii lub oddział onkologii stacjonarnej (25 h) oraz oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) (10 h), dla położnych oddział chemioterapii stacjonarnej (10 h), oddział ginekologii onkologicznej (15 h) oraz oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) (10 h). Kurs zakończy się egzaminem, uczestnicy którzy ukończą kurs i zdadzą egzamin końcowy otrzymają zaświadczenia potwierdzające nabycie nowych kwalifikacji.

Szczegółowe informacje można uzyskać w biurze projektu w siedzibie PWSZ w Suwałkach, ul. Nowowiejska 10, 16-400 Suwałki, na stronie internetowej projektu, pod numerem telefonu 87 562 83 99 lub e-mailem: kursy@pwsz.suwalki.pl.

 Oferty płatne

OFERTA SZKOLENIOWA MCK WIEDZA w Sandomierzu miejsce szkolenia ZAMOŚĆ

Szkolenia specjalizacyjne

Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek – termin rozpoczęcia marzec 2018

Kursy kwalifikacyjne

1. Pielęgniarstwo Środowiska Nauczania i Wychowania – marzec 2018
2. Pielęgniarstwo Rodzinne dla pielęgniarek – marzec 2018
3. Pielęgniarstwo Opieki Długoterminowej
4. Pielęgniarstwo Geriatryczne
5. Pielęgniarstwo Internistyczne
6. Pielęgniarstwo Neurologiczne
7. Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i intensywnej Opieki

Kursy specjalistyczne

1. Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
2. Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa
3. Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka
4. Wywiad i badanie fizykalne
5. Leczenie ran dla pielęgniarek
6. Leczenie ran dla położnych
7. Szczepienia ochronne dla pielęgniarek
8. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe
9. Podstawy opieki paliatywnej

**Przyjmujemy zgłoszenia na wszystkie szkolenia z naszej oferty
zamieszczonej na stronie internetowej www.mckwiedza.pl**

Oferta OKPPiP w Rzeszowie Placówka Szkoleniowa w Tarnobrzegu



Ośrodek Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o.

ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów
t. 813-303-94-42
f. 690679626

Adres do korespondencji:
ul. 1 Maja 1, 39-400 Tarnobrzeg

t. f. 15 823 28 80
e. tarnobrzeg@okppip.pl
w. okppip.pl

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie Placówka Szkoleniowa w Tarnobrzegu, wychodząc naprzeciw zapotrzebowania środowiska medycznego na kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych na terenie Zamościa, w I półroczu 2018 r. proponujemy szkolenia:

Kursy specjalistyczne

- Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych
- Resuscytacja krążeniowo – oddechowa dla pielęgniarek i położnych
- Resuscytacja oddechowo – krążeniowa noworodka dla pielęgniarek i położnych
- Szczepienia ochronne dla pielęgniarek
- Szczepienia ochronne dla położnych
- Leczenie ran dla pielęgniarek
- Leczenie ran dla położnych
- Onkologia ginekologiczna dla położnych - NOWOŚĆ

Kursy kwalifikacyjne

- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych

Informacji udzielamy pod nr tel. 15 823 23 23

Z wyrazami szacunku


WICEPREZES ZARZĄDU
Dorota Kokoszka

Wszystkie wnioski na kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych muszą być składane w systemie SMK

Z prac ORPiP i Prezydium ORPiP w Zamościu

Przypominamy zasady dofinansowania kształcenia podyplomowego dla Członków Samorządu OIPiP w Zamościu

Treść Uchwały numer 52/VI/12 ORPiP z dnia 24.02.2012 r.:

**Uchwała Nr 52 /VI/12
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
z dnia 24 lutego 2012 roku
w sprawie zasad dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia
zawodowego członków OIPiP w Zamościu**

Na podstawie art. 31 pkt. 5 w związku z art. 4 ust 2 pkt.5 i 16 oraz art. 11 ust 1 pkt. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038), uchwala się co następuje:

& 1

1. Tworzy się fundusz przeznaczony na kształcenie i doskonalenie zawodowe członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.
2. Wysokość funduszu jest ustalona w budżecie corocznie przez Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

& 2

1. Ustala się, że środki przeznaczone na dofinansowanie dotyczą wyłącznie kosztów kształcenia dydaktycznego w zakresie następujących rodzajów kształcenia:

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. specjalizacja nie finansowana z budżetu państwa | - 70 % |
| 2. kurs kwalifikacyjny zgodnie z zatrudnieniem | -60% nie więcej niż 800zł |
| 3. kurs kwalifikacyjny nie wymagany na danym stanowisku | -30% |
| 4.. kurs specjalistyczny | -50% |
| 5. kurs dokształcający | -50% |
| 6. konferencje, sympozja naukowe, seminaria | |
| - udział czynny | 1x w roku -100 % |
| - udział bierny | 1 x w roku - 50 % |

- 7. studia licencjackie pomostowe na wydziale pielęgniarstwa i położnictwa w zależności od ilości ukończonych semestrów - jeden semestr - 200zł
- 8. studia magisterskie na wydziale pielęgniarstwa i położnictwa po zakończeniu pierwszego roku kształcenia : 1 x 800zł
- 9. studia podyplomowe, które mają zastosowanie w ochronie zdrowia - jednorazowo - 600 zł

&3

- 1. Dofinansowaniu podlegają wszystkie formy doskonalenia zawodowego prowadzone przez uprawnione jednostki organizacyjne na mocy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174 poz.1038).
- 2. Dofinansowanie kosztów kształcenia przysługuje członkom samorządu opłacającym regularnie składki członkowskie, w tym udokumentowaniu podlega co najmniej okres 1 roku poprzedzającego złożenie wniosku o dofinansowanie.
- 3. Kwoty dofinansowania nie obejmują :
 - opłat związanych z noclegiem, wyżywieniem, przejazdem, a także opłaty za egzamin.(wyjątek stanowią konferencje gdzie dofinansowanie oprócz opłaty za zajęcia dydaktyczne obejmuje nocleg i wyżywienie)
- 4. Członkowie Okręgowej Izby mogą otrzymać dofinansowanie tylko jeden raz w roku w przypadku udziału w konferencji . Wyjątek stanowi udział w konferencji organizowanej przez OIPiP w Zamościu.

& 4

- 1. Decyzję o dofinansowaniu podejmuje Okręgowa Rada lub Prezydium Okręgowej Rady na podstawie złożonego wniosku przez osobę zainteresowaną .
- 2. Wzór wniosku stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

&5

- 1. Wniosek wypełniony nieczytelnie lub zawierający braki formalne nie będzie rejestrowany w dzienniku korespondencji , a tym samym nie będzie rozpatrywany.
- 2. Wnioski wpływające drogą korespondencyjną zawierające braki formalne będą odsyłane wraz z pouczeniem.
- 3. Wnioskodawca ma obowiązek uzupełnić wniosek w ciągu 30 dni.
- 4. Wnioski , które nie zostaną uzupełnione nie podlegają rozpatrzeniu .
- 5. Refundacja pozytywnie rozpatrzonych wniosków odbywa się poprzez przekazanie środków finansowych na konto wskazane we wniosku lub bezpośrednio na konto ośrodka kształcenia , w którym pielęgniarka / położna odbywa szkolenie .

& 6

Wnioski o dofinansowanie należy składać w nieprzekraczalnym terminie 6 miesięcy liczonych od zakończenia szkolenia, zaliczenia danego roku studiów lub zakończenia studiów – daty wydania dyplomu.

& 7

1. Osoby uczestniczące w szkoleniach zawartych w &2 pkt. 6, które uzyskały dofinansowanie są zobowiązane do przedstawienia sprawozdania z odbytego szkolenia.

& 8

1. Uchyla się uchwałę Nr 12 /IV/07 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 16 listopada 2007 roku w sprawie zasad dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu oraz Uchwałę Nr 30/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu z dnia 15 grudnia 2011 roku w sprawie zmiany Uchwały Nr 12/V/07 ORPiP w Zamościu z dnia 16 listopada 2007 roku .

& 9

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od 1 marca 2012 roku.

Sekretarz

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Joanna Walewander

Skarbnik

SKARBNIK
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Alicja Cwik

Przewodnicząca

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Danuta Kusiak

Przypominamy zasady udzielania pomocy finansowej
dla Członków Samorządu OIPiP w Zamościu

Treść Uchwały numer 51/VI/12 z dnia 24.02.2012 r.:

**Uchwała Nr 51/VI/12
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
z dnia 24 lutego 2012 roku**

**w sprawie zasad przyznawania pomocy finansowej
członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu**

Na podstawie art. 31 pkt. 5 w związku z art. 4 ust 2 pkt.16 oraz art. 11 ust 1 pkt. 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr. 174 poz. 1038) uchwała się co następuje :

& 1

1. Tworzy się fundusz przeznaczony na udzielanie pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.
2. Wysokość funduszu określa corocznie Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.
3. Pomoc finansowa przysługuje pielęgniarkom i położnym regularnie opłacającym składki członkowskie.
4. Uprawnionymi do uzyskania pomocy finansowej są również pielęgniarki i położne pobierające emeryturę, rentę ale wyłącznie w ciężkich przypadkach losowych takich jak (pożar ,powódź, stwierdzona ciężka choroba nieuleczalna)

& 2

1. Ustala się formy pomocy finansowej i wysokość świadczeń dla pielęgniarek i położnych :
 - 1) Świadczenia losowe - zapomogi
 - 2) zasiłki statutowe z tytułu:
 - a) śmierci członka samorządu
 - b) śmierci dziecka lub współmałżonka
 - c) przejścia na świadczenie przedemerytalne ,emeryturę, rentę inwalidzką.
2. Wysokość świadczeń o których mowa w &2 ust. 1 pkt. 2 określa załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

&3

- 1.Świadczenia losowe (zapomogi) przysługują członkom samorządu w przypadku:
 - 1) ciężkiej i długotrwałej choroby
 - 2) trwałego kalectwa
 - 3) klęsk żywiołowych –(pożar, powódź)
 - 4) nagłych przypadków losowych-(kradzież)

& 4

1. Z wnioskiem o przyznanie świadczenia losowego (zapomogi) może wystąpić do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady
 - a) osoba potrzebująca pomocy,
 - b) grupa koleżanek znajdujących trudną sytuację osoby typowanej za jej zgodą.
2. Wniosek powinien zawierać:
 - a) imię i nazwisko, miejsce pracy, adres zamieszkania, zawód , nr telefonu i numer konta ROR oraz opis ciężkiej losowej sytuacji.
 - b) zaświadczenie lekarskie w przypadku choroby
 - c) zaświadczenie o zarobkach współmałżonka odcinek renty, emerytury, potwierdzenie o wysokości alimentów lub oświadczenia o braku dochodów
 - d) zaświadczenie odpowiedniego organu (ośrodek pomocy społecznej, urząd miasta ,gminy, policja, straż pożarna, straż miejska) potwierdzające zaistniałą sytuację losową (pożar, powódź , kradzież)
 - e) dokument potwierdzający regularne opłacanie składki członkowskiej (nie dotyczy &1 pkt. 4)

& 5

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady podejmuje uchwałę zwykłą większością głosów o przyznaniu lub odrzuceniu wniosku wraz z jej uzasadnieniem .

& 6

1. Wniosek o przyznanie zasiłku statutowego z tytułu śmierci o którym mowa w & 2 pkt.2 a, b powinien zawierać:
 - a) podanie- wniosek o wypłatę zasiłku.
 - b) akt zgonu.
 - c) zaświadczenie o opłacaniu składek.
2. Uprawnionymi do pobrania zasiłku z tytułu zgonu członka OIPiP po przedłożeniu dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo są:
 - a) małżonek
 - b) inni członkowie rodziny spełniający warunki do uzyskania renty rodzinnej w myśl przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

&7

1. Wniosek o przyznanie zasiłku statutowego z tytułu odejścia na emeryturę, rentę powinien zawierać:
 - a) podanie - wniosek
 - b) kserokopię decyzji o przyznaniu świadczenia wyszczególnionych w pkt. 1
 - c) zaświadczenie o opłacaniu składek na OIPiP
2. Powyższa forma zasiłku jest wypłacana jednorazowo
3. Wniosek o wypłatę zasiłku można składać w terminie do dwóch lat po odejściu na świadczenie, nie dłużej .Po upływie tego terminu zasiłek nie przysługuje.

&8

Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrzony .

Wnioskodawca zostanie poinformowany i w ciągu 14 dni winien dokonać uzupełnienia brakujących dokumentów .

&9

1. Decyzję o wypłacie zasiłków statutowych podejmuje Przewodnicząca ORPiP w Zamościu.

2. Wykaz przyznanych zasiłków statutowych Przewodnicząca przekazuje Okręgowej Radzie i Prezydium Rady na najbliższym posiedzeniu.

&10

1. Odbiór świadczenia następuje:

- a) osobiście w biurze OIPiP z dokumentem potwierdzającym tożsamość
- b) poprzez przekazanie kwoty świadczenia na konto osobiste osoby zainteresowanej,
- c) przekazanie kwoty przekazem pocztowym,
- d) poprzez osobę upoważnioną w imieniu zainteresowanego (upoważnienie powinno zawierać stwierdzoną wiarygodność podpisu osoby składającej wniosek)

& 11

Traci moc uchwała Nr 193/V/09 ORPiP w Zamościu z dnia 18 grudnia 2009 roku w sprawie zasad przyznawania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu .

&12

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 marca 2012 roku.

Sekretarz

Skarbnik

Przewodnicząca

SEKRETARZ
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Anna Walewander

SKARBNIK
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Alicja Cwik

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Danuta Kusiak

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 51/VI/12

lp.	nazwa świadczenia	wysokość kwoty
1.	zapomoga	od 200 zł do 1500 zł do 2000 zł w przypadku pożaru , powodzi
2.	zasiłek statutowy z tytułu śmierci członka samorządu	1000 zł
	zasiłek statutowy z tytułu śmierci dziecka lub współmałżonka	300 zł
4.	zasiłek statutowy z tytułu przejścia na emeryturę, rentę inwalidzką świadczenie przedemerytalne	300zł

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

Zestawienie uchwał z dnia 8 grudnia 2017 r.

Uchwała Nr 220/VII/17 w sprawie wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 221/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,

Uchwała Nr 222/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,

Uchwała Nr 223/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,

Uchwała Nr 224/VII/17 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 224/VII/17 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Uchwała Nr 225/VII/17 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Uchwała Nr 226/VII/17 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Uchwała Nr 227/VII/17 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Uchwała Nr 228/VII/17 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Uchwała Nr 229/VII/17 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Uchwała Nr 230/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 231/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 232/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 233/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 234/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 235/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 236/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu położnej z powodu śmierci,

Uchwała Nr 237/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 238/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 239/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 240/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 241/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 242/VII/17 w sprawie w dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 61015,00 zł),

Uchwała Nr 243/VII/17 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu, (na łączną kwotę 9900 zł),

Uchwała Nr 244/VII/17 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby (200,00 zł),

Uchwała Nr 245/VII/17 w sprawie rocznej prenumeraty,

Uchwała Nr 247/VII/17 w sprawie wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych,

Uchwała Nr 248/VII/17 w sprawie uchylenia uchwały Nr 60/VI /12 ORPiP w Zamościu z dnia 29 czerwca 2012 roku w sprawie przyjęcia programu, sposobu trybu odbywania, oraz zaliczania przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

Prezydium ORPiP – Zestawienie uchwał z dnia 12 stycznia 2018 roku

Uchwała Nr 218/VII/18 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 219/VII/18 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 220/VII/18 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 221/VII/18 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 222/VII/18 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 223/VII/18 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 224/VII/18 w sprawie udzielenia pomocy finansowej członkom innej Okręgowej Izby (200,00 zł),

Uchwała Nr 225/VII/18 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 7945, 00 zł).

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 luty 2018 roku

Uchwała Nr 250/VII/18 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,

Uchwała Nr 251/VII/18 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,

Uchwała Nr 252/VII/18 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 253/VII/18 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 254/VII/18 w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji egzaminacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego,

Uchwała Nr 256/VII/18 w sprawie w dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 3270,00 zł),

Uchwała Nr 257/VII/18 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPIP w Zamościu, (na łączną kwotę 5100,00 zł),

Uchwała Nr 258/VII/18 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby (200,00 zł),

Uchwała Nr 259/VII/18 w sprawie zwołania XXXIV Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 260/VII/18 w sprawie odmowy przyznania dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla członka OIPIP w Zamościu,

Uchwała Nr 261/VII/18 w sprawie zorganizowania Konferencji z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej,

Uchwała Nr 262/VII/18 w sprawie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat,

Uchwała Nr 263/VII/18 w sprawie wpisu do rejestru organizatora kształcenia Interrete Sp.z o.o. we Wrocławiu prowadzącego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych kursu specjalistyczny Resuscytacja oddechowo-kръżeniowa noworodka,

Uchwała Nr 264/VII/18 w sprawie wpisu zmian danych do rejestru organizatorów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych organizatora MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA „WIEDZA” w Sandomierzu kursu specjalistycznego wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych.



„Im droższy człowiek, tym większy ból,

Lecz wolą Boga jest rozstanie.

Nadzieję – dusz naszych spotkanie”

Z niewypowiedzianym smutkiem i żalem zawiadamiamy,
że w dniu 26 grudnia 2017 r. w wieku 60 lat
nagle i przedwcześnie odeszła od nas

Śp. Halina Kujawska

Ukochana koleżanka, oddana pielęgniarka,
wspaniały człowiek, wrażliwa na ludzką krzywdę,
zawsze niosąca pomoc potrzebującemu.
Halinko odpoczywaj w pokoju otulona naszą serdecznością

Pielęgniarki i Położne

Wybrane problemy polskiego pielęgniarstwa okiem ubezpieczyciela

Janusz Szulik

Prezes Zarządu TU INTER Polska SA

Obserwujemy stale rosnącą liczbę oraz wysokość roszczeń cywilnych kierowanych wobec podmiotów leczniczych oraz osób wykonujących zawody medyczne. Ponieważ rośnie nie tylko skala, ale i rodzaj skarg, z którymi występują pacjenci oraz ich bliscy, warto sprawdzić, co rzutuje na bezpieczeństwo prawne osób wykonujących zawody medyczne.

Problemy polskiego systemu opieki zdrowotnej rzutują na bezpieczeństwo prawno-finansowe polskich pielęgniarek i położnych. Niedobory kadrowe w podmiotach leczniczych wiążą się nie tylko z obniżeniem komfortu pracy, ale także z podwyższeniem ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie czynności medycznych. Duża liczba podejmowanych interwencji, presja czasu oraz wysoki poziom stresu znacznie podnoszą ryzyko popełnienia błędu i narażenia się na odpowiedzialność prawną. Z perspektywy ubezpieczyciela obserwujemy systematycznie wzrastającą liczbę (oraz wysokość) roszczeń cywilnych kierowanych wobec podmiotów leczniczych oraz osób wykonujących zawody medyczne. Rolą dobrego ubezpieczyciela jest nie tylko reagowanie na szkody już zaistniałe, ale wskazywanie potencjalnych zagrożeń na przyszłość. W ubiegłym roku pojawiło się kilka istotnych kwestii, które warto wskazać.

W styczniu 2016 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej rozszerzająca kompetencje tej grupy zawodowej o ordynowanie niektórych leków, w tym wypisywanie na nie recept (samodzielnie lub na zlecenie lekarza) oraz kierowanie pacjentów na określone badania. W założeniu ustawodawcy, po ukończeniu kursu specjalistycznego, uprawnienia te może uzyskać połowa aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Nowelizacja ta może być z całą pewnością oceniana w kategoriach podniesienia prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych, wzmocnienia ich pozycji wśród profesji medycznych oraz zaakcentowania ich samodzielności zawodowej. Z drugiej strony, rozszerzenie dotychczasowych uprawnień niesie za sobą określone ryzyka. Mając na uwadze, iż istotą tych rozwiązań jest przejęcie przez pielęgniarki i położne kompleksowej opieki nad określoną (do celowo bardzo dużą; grupą pacjentów, należy liczyć się z możliwością wystąpienia szeregu zdarzeń niepożądanych mogących stanowić podstawę odpowiedzialności cywilnej, zawodowej, a nawet karnej. Odpowiedzialność ta dotyczy obszarów dotychczas „zastrzeżonych” dla środowiska lekarskiego (począwszy od uchybień związanych z prawem do poinformowanej zgody, po-

przez mankamenty w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, określania poziomu refundacji przepisanego leków, po szkody stricte medyczne związane z uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta wywołane błędem diagnostycznym lub terapeutycznym).

Kolejnym zagadnieniem, na które warto zwrócić uwagę, jest zmiana ilościowa i jakościowa skarg, z którymi występują pacjenci oraz ich bliscy. Tradycyjne roszczenia wywodzone z uszczerbków na życiu i zdrowiu związane są coraz częściej z żądaniem wypłaty zadośćuczynień związanych z naruszeniem praw pacjenta (m.in. prawa do informacji, wyrażenia zgody, poszanowania tajemnicy czy godności pacjenta). Jak silna jest to tendencja, świadczy wzrastająca z roku na rok liczba skarg kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta – w rekordowym 2015 r. odnotowano ponad 71 tys. skarg.

Na bezpieczeństwo prawne osób wykonujących zawody medyczne rzutować mogą także zmiany zachodzące w samym wymiarze sprawiedliwości.

W 2016 r. w prokuraturach powołano wyspecjalizowane działy ds. błędów medycznych. Dokonano również przeglądu umorzonych w ostatnich latach postępowań karnych prowadzonych w tzw. sprawach medycznych. Z oficjalnych komunikatów Prokuratury Krajowej wynika, iż w 60% skontrolowanych spraw popełniono błędy. Skutkować to może podjęciem lub wznowieniem zakończonych postępowań.

Innym ważnym problemem są relacje pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami, a w szczególności realizacja przez pielęgniarki i położne zleceń lekarskich. Z perspektywy ubezpieczyciela na co dzień dokonującego analizy dokumentacji medycznej wypada zauważyć, że od jakości (czasami wręcz czytelności; wydawanych zleceń oraz precyzji ich realizacji zależy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta rzutujące w sposób oczywisty na bezpieczeństwo prawne osób wykonujących zawody medyczne.

**Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., jako firma kierująca swą ofertą do branży medycznej, od początku swej działalności uważnie wsłuchuje się w problemy środowiska pielęgniarek i położnych, Efektem tego zainteresowania jest nie tylko unikato-
wa, aktualizowana na bieżąco oferta ubezpieczenio-
wa kierowana do tej najliczniejszej medycznej grupy
zawodowej, ale również inicjowanie oraz aktywne
wsparcie wielu wydarzeń szkoleniowo-edukacyj-
nych. Mają one nie tylko służyć podnoszeniu kwalifi-
kacji zawodowych, ale również, poprzez dostarcza-
nie wiedzy prawno-ubezpieczeniowej, systematycz-
nie podnosić bezpieczeństwo wykonywania zawodu
pielęgniarki i położnej.**

INTER - profesjonalne ubezpieczenia dla pielęgniarek i położnych

Co jest najważniejsze w ubezpieczeniach? Poczucie bezpieczeństwa.

W pracy pielęgniarki i położnej jest coraz więcej zagrożeń. Nadmiar obowiązków, zmęczenie, stale podnoszone wymagania - to wszystko zwiększa ryzyko popełnienia błędu, a co za tym idzie może skutkować koniecznością wypłaty odszkodowania.

Od 25 lat INTER konsekwentnie buduje poczucie bezpieczeństwa wśród personelu medycznego poprzez kompleksowe programy ubezpieczeniowe. Oferta INTER posiada rekomendację Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Ochrona podczas wykonywania pracy:

Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej niezbędne dla pielęgniarek i położnych pracujących na kontrakcie, prowadzących praktykę pielęgniarską i położniczą.

Dobrowolne Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej jest doskonałym uzupełnieniem OC obowiązkowego. Rozszerza zakres ochrony np. o szkody w mieniu. Pielęgniarkom i położnym, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, zapewnia ochronę m.in. w przypadku popełnienia błędu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenie INTER Kontrakt

umożliwi Ci utrzymanie przychodów w sytuacji, gdy z powodu choroby lub wypadku, nie będziesz mogła wykonywać pracy zawodowej.

Ubezpieczenie INTER Ochrona Prawna

w życiu zawodowym, prywatnym i w ruchu drogowym. Zapewnimy Ci szybką pomoc prawną wraz z pokryciem kosztów obsługi Twojego adwokata.

Ubezpieczenie skutków ekspozycji zawodowej INTER HIV/WZW

zapewnia refundację kuracji antyretrowirusowej. W przypadku zachorowania wypłacimy Ci świadczenia finansowe.

Ubezpieczenie INTER Partner

zabezpieczy Twoją praktykę, a w szczególności sprzęt medyczny na wypadek zniszczenia bądź kradzieży. W ramach ubezpieczenia otrzymasz również profesjonalną pomoc Assistance.



Rozszerz swoją ochronę o odpowiedzialność cywilną z tytułu naruszenia praw pacjenta i agresji pacjenta – jedyny taki produkt na rynku!

Poczuj się bezpiecznie

Ochrona w życiu prywatnym:

INTER Tour 365

to całoroczna ochrona ubezpieczeniowa podczas podróży dla Ciebie i Twoich najbliższych. Kupujesz ubezpieczenie na rok, płacisz jedną składkę, a wyjeżdżasz ile chcesz.

Ubezpieczenie INTER Lokum dla medycyny

chroni Twój dom, mieszkanie, a także mienie służące do działalności gospodarczej w możliwie najszerszym zakresie.

Ubezpieczenie na życie INTER Medyk Life

zabezpiecza Ciebie i Twoją rodzinę na wypadek choroby, uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa
Centrum Klienta
+48 22 333 75 09, 801 188 880
www.interpolska.pl

inter
UBEZPIECZENIA