

Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

Nr 4/2012

*Jest taki wyjątkowy wieczór w roku,
Gdy wszyscy gromadzą się przy wspólnym stole.
Jest taki wieczór, gdy gasną spory,
Wieczór, gdy łamiemy opłatek, składamy życzenia
Wielu Bożych błogosławieństw
na ten wspaniały czas Bożego Narodzenia,
aby przy świątecznym stole nie zabrakło
światła i ciepła rodzinnej atmosfery,
a Nowy Rok niósł ze sobą szczęście i pomyślność.*

***Wesołych i radosnych Świąt Bożego Narodzenia oraz Szczęśliwego Nowego Roku
składają w imieniu***

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – Przewodnicząca Danuta Kusiak
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Stanisława Molas
Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych – Elżbieta Hałas
Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Jadwiga Sikora



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

22-400 Zamość, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 33, tel./fax 84 639 31 97, tel. 84 639 07 06

e-mail: oipipzamosc@oipip.eu

www.oipip.home.pl

NIP 922-15-78-038

REGON 950013990

Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430



Pielęgniarstwo. Pierwsze kroki w zawodzie

Praca pielęgniarki, choć trudna, daje wiele możliwości rozwoju i ogromną satysfakcję. Problemem dla nowicjuszy w tym zawodzie jest zderzenie z codzienną szpitalną rzeczywistością, odbiegającą od wyobrażeń wyniesionych z zajęć realizowanych na uczelni. To opracowanie powstało właśnie w celu przeprowadzenia Czytelnika od nauki do praktyki pielęgniarskiej.

Ta książka pozwoli każdej osobie zaczynającej pracę w pielęgniarstwie:

- odpowiednio przygotować się do poszukiwania pracy,
- skonfrontować marzenia z realiami pracy w zawodzie,
- poznać specyfikę pracy w różnych oddziałach szpitalnych,
- wybrać najlepszą ścieżkę kariery,
- stawać się coraz lepszą pielęgniarką.

W publikacji Czytelnicy znajdą **szereg wskazówek udzielonych przez praktykujące pielęgniarki jak również osoby zajmujące się rozwojem personalnym. Ponadto dowie-**

dzą się, jak stać się zaangażowanym pracownikiem już na początku kariery zawodowej oraz jak poradzić sobie z ogromną odpowiedzialnością zawodową.

Adresaci: Książka adresowana jest przede wszystkim do studentów pielęgniarstwa i osób rozpoczynających pracę w tym zawodzie. Może też być cenną lekturą dla doświadczonych pielęgniarek, które powinny czuć się odpowiedzialne za nowych pracowników oraz za kształtowanie ich tożsamości zawodowej.

Autorką książki jest licencjonowana pielęgniarka w stopniu doktora zatrudniona na wydziale pielęgniarstwa Uniwersytetu Massachusetts. Wraz z zespołem zajmowała się projektem badawczym „Pierwszy rok w pracy”, którego wyniki zawarte są w tym opracowaniu.

„Jestem przekonana, że zamieszczone w książce informacje dostarczą Czytelnikom materiału do przemyśleń i zainspirują do podejmowania działań wspierających koleżanki w ich adaptacji zawodowej oraz w planowaniu rozwoju własnego”.

dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa



Zawody medyczne

Prezentowana książka stanowi **pierwszą na polskim rynku kompleksową monografię dotyczącą statusu zawodów medycznych na gruncie nauk prawnych**. Omówiono w niej **społeczne i prawne uwarunkowania kształtowania się poszczególnych zawodów medycznych od czasu ich powstania aż do dnia dzisiejszego**. Przedstawiono ewolucję definicji zawodu medycznego i jego miejsce w rozmaitych klasyfikacjach zawodów, z uwzględnieniem dynamicznych zmian w statusie prawnym poszczególnych zawodów. Ostatnia część opracowania zawiera **analizę współzależności zatrudnienia pracowniczego w rozumieniu art. 22 kodeksu pracy i zatrudnienia niepracowniczego - umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym**. Książka adresowana jest do osób zajmujących się prawem pracy i prawem medycznym, przedstawicieli zawodów medycznych, a także do osób reformujących sektor opieki zdrowia.

Dorota Karkowska - doktor nauk prawnych, adiunkt w Katedrze Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego; członek rady i ekspert Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; założyciel i Prezes Fundacji Ius Medicinæ.



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

22-400 Zamość, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 33, tel./fax 84 639 31 97, tel. 84 639 07 06
NIP 922-15-78-038 REGON 950013990, Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Biurowe czynne: Poniedziałek – Piątek 8.00-16.00

Przewodnicząca Okręgowej Rady: wtorek 8.00-12.00, pozostałe dni: 8.00-17.00

Radca prawny: środa – 10.00 - 16.00

Dyżury: Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: dyżury pod telefonami - I i III wtorek miesiąca ORZOZ
- Stanisława Molas, tel. 602 174 004, z-ca ORZOZ - Anna Koziej, tel. 502 575 505

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych - dyżury pod telefonami: Przewodnicząca OSPiP - Elżbieta Hałas, tel. 697 139 374, Członek OSPiP - Bożena Szmit, tel. 668 172 253

„Informator” wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków naszego samorządu.

W „Informatorze” są wiadomości dotyczące działalności OIPIP w Zamościu oraz informacje NRPIP, a także informacje szkoleniowe. OIPIP zwraca się z prośbą do naszych odbiorców o nadsyłanie informacji.

W A Ż N E

Wyciąg z ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej

Art. 107.

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać organowi** prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania**.
2. **W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie**, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w dro-

dze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia** za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Wyciąg z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej

Zgodnie z art. 46 „pielęgniarka i położna wpisana do rejestru o którym mowa w art. 43 ust 1 są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarstwa 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”.

Informacja dotycząca PIT 8 C

Przypominamy, iż osoby, które w 2012 r. otrzymały z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu dofinansowanie do jakiegokolwiek formy kształcenia lub zasiłek statutowy z tyt. przejścia na emeryturę/ świadczenie przedemerytalne/rentę otrzymają informację o uzyskanych dochodach tj. PIT- 8C /ustawowy termin wystawienia - do dnia 28 lutego 2013 r.). Dochody wykazane w informacji należy ująć w rozliczeniu rocznym PIT-36 lub PIT-37 za 2012 r.

Jednocześnie prosimy ww. osoby, które prowadzą działalność gospodarczą (nie tylko zawodową) o kontakt z OIPIP w Zamościu celem wpisania do PIT-8C właściwego identyfikatora podatkowego.

W przypadku prowadzenia przez pielęgniarkę/położną działalności gospodarczej właściwym identyfikatorem jest nr NIP, natomiast dla pozostałych - nr PESEL

O P I N I A P R A W N A

dotycząca sposobu egzekucji niezapłaconych składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarstwa i położnych.

Nieopłacone w terminie na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarstwa i położnych składki członkowskie i koszty postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Uzasadnienie:*Stan faktyczny:*

Przedmiotem zapytania jest sposób postępowania w sytuacji, w której członkowie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych nie opłacają składek członkowskich,

Ocena prawna:

Art. 11 ust. 2 pkt 4) ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, póź. 1038) członkowie samorządu (pielęgniarek i położnych) są obowiązani regularnie opłacać składkę członkowską, której wysokość - stosownie do dyrektyw wpływających z art. 20 pkt 11) ustawy - Krajowy Zjazd, w drodze uchwały.

Zatem, zapłata składki w wysokości określonej w uchwale Krajowego Zjazdu jest obowiązkiem każdego członka samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Pozostaje odpowiedzieć na pytanie, co się stanie w sytuacji, w której członek samorządu nie opłaci należnych składek. Otóż zgodnie z art. 92 ustawy; nieopłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Postępowanie egzekucyjne w administracji uregulowane jest w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (tj.: Dz. U. z 2005 r. Nr 229, póź. 1954 ze zm.). w art. 5 § pkt 2 stanowi ona, że uprawnionym do żądania wykonania w drodze egzekucji administracyjnej obowiązków wynikających bezpośrednio z przepisów prawa jest organ lub instytucja bezpośrednio zainteresowana w wykonaniu przez zobowiązanego obowiązku albo powołana do czuwania nad wykonaniem obowiązku, a w przypadku braku takiej jednostki lub jej bezczynności - podmiot, na którego rzecz wydane zostało orzeczenie lub którego interesy prawne zostały naruszone w wyniku niewykonania obowiązku,

W omawianym przypadku, podmiotem uprawnionym do żądania przeprowadzenia egzekucji administracyjnej będzie Okręgowa Izba Pielęgniarek

i Położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna. Zgodnie bowiem z § 1 ust. 2 uchwały Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 i. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

Jeżeli chodzi o organ egzekucyjny, to zgodnie z art. 19 § 1 cyt. wyżej ustawy o postępowaniu..., to naczelnik urzędu skarbowego jest organem egzekucyjnym uprawnionym do stosowania wszystkich środków egzekucyjnych w egzekucji administracyjnej należności pieniężnych (...).

Jeśli chodzi o szczegółowy tryb postępowania w tego rodzaju sprawach, został on uregulowany w treści rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 listopada 2001 r. w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. Nr 137, póź. 1541 ze zm.).

Otóż w § 3 ust. 1 stanowi ono, że jeżeli należność nie zostanie zapłacona w terminie określonym w decyzji lub wynikającym z przepisu prawa, wierzyciel wysyła do zobowiązanego upomnienie, z zagrożeniem wszczęcia egzekucji po upływie siedmiu dni od dnia doręczenia upomnienia. „Wzór upomnienia stanowi załącznik do rozporządzenia (por.: § 3 ust. 3).

Po myśli § 5 ust. 1 rozporządzenia, po bezskutecznym upływie terminu określonego w upomnieniu wierzyciel (tu: okręgowa izba pielęgniarek i położnych) wystawia tytuł wykonawczy, którego wzór (stosownie do treści § 5 ust. 2) stanowi załącznik do rozporządzenia.

Kolejnym krokiem jest niezwłoczne skierowanie tytułu wykonawczego do właściwego miejscowo naczelnika urzędu skarbowego (vide: § 6 ust. 1 rozporządzenia). Nadto, po myśli § 6 ust. 7 należy przekazać organowi egzekucyjnemu posiadane informacje o majątku i źródłach dochodu zobowiązanego.

Radca Prawny
Piotr Siłakiewicz
Wa -5574

Z prac Okręgowej Rady i Prezydium

Okręgowa Rada - uchwały z dnia 28 września 2012

Nr 81/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego

Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 82/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 83/VI/12 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek.

Nr 84/VI/12 w sprawie uznania kwalifikacji pielęgniarki i wydania zaświadczenia.

Nr 85/VI/12 w sprawie refundacji kosztów przeprowadzonego w dniu 22-09-2012 roku szkolenia członków OSPIP.

Nr 86/VI/12 w sprawie zapomóg losowych (dla 4 osób na łączną kwotę 4700 zł).

Nr 87/VI/12 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków OIPiP w Zamościu (dla 11 osób na łączną kwotę 2940 zł).

Nr 88/VI/12 w sprawie wytypowania przedstawiciela ORPiP w Zamościu do Komisji Konkursowej.

Nr 89/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pie-

lęgniarek i położnych (kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo zachowawcze).

Nr 90/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo opieki długoterminowej).

Nr 91/VI/12 w sprawie dofinansowania kosztów dojazdu na manifestację w dniu 5 października 2012 roku.

Nr 92/VI/12 w sprawie delegowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do składu komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej (kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo kardiologiczne, szkolenie specjalizacyjne pielęgniarstwo opieki długoterminowej).

Nr 93/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs specjalistyczny opieki geriatrycznej).

Prezydium ORPiP

Prezydium – uchwały z dnia 24 sierpnia 2012 roku

Nr 114/VI/12 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu.

Nr 115/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 116/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 117/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 118/VI/12 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 119/VI/12 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 120/VI/12 w sprawie skreślenia z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 121/VI/12 w sprawie skreślenia z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 122/VI/12 w sprawie skreślenia z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 123/VI/12 w sprawie skreślenia z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 124/VI/12 w sprawie skreślenia z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 125/VI/12 w sprawie skreślenia z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 126/VI/12 w sprawie skreślenia z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 127/VI/12 w sprawie przyznania zapomóg losowych (dla 5 osób na łączną kwotę 4300 zł).

Nr 128/VI/12 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków OIPiP w Zamościu (dla 13 osób na łączną kwotę 5242,50).

Nr 129/VI/12 w sprawie udziału pielęgniarek rodzinnych w spotkaniu z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Nr 130/VI/12 w sprawie wytypowania przedstawiciela ORPiP w Zamościu do składu Komisji Kwalifikacyjnej szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego.

Nr 131/VI/12 w sprawie wytypowania przedstawiciela ORPiP w Zamościu do Komisji Konkursowej.

Nr 132/VI/12 w sprawie sfinansowania udziału w Konferencji nt. „Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku” członków Prezydium Okręgowej Rady, oraz Przewodniczących Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Nr 133/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny wyko-

nywanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego.

Nr 134/VI/12 w sprawie delegowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do składu komisji kwalifikacyjnej na szkolenie specjalizacyjne – pielęgniarstwo zachowawcze, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki.

Prezydium - uchwały z dnia 26 października 2012 roku

Nr 135/VI/12 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (dla 24 osób na łączną kwotę 17 630 zł).

Nr 136/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

Nr 137/VI/12 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu.

Nr 138/VI/12 w sprawie odmowy przyznania pomocy finansowej.

Nr 139/VI/12 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki wydania zaświadczenia.

Nr 140/VI/12 w sprawie wytypowania przedstawiciela ORPiP do składu komisji konkursowej.

Nr 141/VI/12 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru praktyk zawodowych.

Nr 142/VI/12 w sprawie delegowania przedstawiciela ORPiP do składu komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej szkolenia specjalistycznego wykonywania konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego.

KONSULTANT KRAJOWY

W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

mgr Leokadia Jędrzejewska

DOIPiP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śl. 50

tel./fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl

KK/77/11/12

Wrocław, dnia 26 listopada 2012 r.

Opinia w sprawie zatrudnienia położnej operacyjnej w szerokoprofilowych blokach operacyjnych

Do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku położnej operacyjnej, upoważniona jest położna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których

może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922).

Celem kształcenia pielęgniarek i położnych na kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego jest przygotowanie pielęgniarki, położnej do realizacji zadań zawodowych w stopniu umożliwiającym samodzielną pracę na bloku

operacyjnym z zachowaniem zasad postępowania aseptycznego.

W toku kształcenia pielęgniarka i położna nabywa umiejętności w zakresie:

- zapobiegania zakażeniom,
- stosowania zasad aseptyki,
- przygotowania sali, instrumentarium, bielizny oraz materiału opatrunkowego do zabiegów operacyjnych,
- przygotowania do zabiegu operacyjnego i obsługi aparatury medycznej,
- zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom przebywającym na bloku operacyjnym,
- łagodzenia stresu pacjenta związanego z oczekiwaniem na zabieg operacyjny,
- instrumentowania do zabiegów operacyjnych,
- kontroli skuteczności procesu sterylizacji,
- prowadzenia dokumentacji medycznej (protokoły pielęgniarki operacyjnej, księga wykonanych zabiegów operacyjnych, skierowania na badania diagnostyczne itd.),
- zabezpieczenia materiału pobranego do badań diagnostycznych (histopatologicznego, bakteriologicznego itd.),
- korzystania z opracowanych standardów postępowania pielęgniarki, położnej operacyjnej,
- nadzorowania utrzymywania higieny w obrębie bloku operacyjnego,
- przestrzegania zasad BHP.

Pielęgniarka i położna realizuje zgodnie z planem nauczania zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne w następujących miejscach: na bloku operacyjnym ginekologicznym i położniczym, chirurgii dorosłych, chirurgii noworodka i niemowlęcia, ortopedii i traumatologii, w ustalonej programem liczbie godzin, nabywając w tym samym zakresie wiedzę i umiejętności konieczne do realizacji zadań zawodowych na stanowisku pielęgniarki, położnej operacyjnej.

Mając na uwadze powyższe, zdecydowanie uważam, że położna posiadająca certyfikat kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, powinna być zatrudniona w bloku operacyjnym (niezależnie od jego struktury organizacyjnej) a jej kwalifikacje powinny być wykorzystane w taki sposób, aby instrumentowała w szczególności do zabiegów z zakresu ginekologii, uroginekologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii noworodka i cięć cesarskich, realizując zadania położnej operacyjnej a podczas innych zabiegów przyjmowała rolę położnej asystującej pielęgniarkie operacyjnej oraz realizowała zadania, do których została przygotowana w toku kształcenia podyplomowego.

Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologicznego i położniczego

Leokadia Jędrzejewska

Notatka ze spotkania Kadry Kierowniczej Pielęgniarskiej z województwa lubelskiego z konsultami wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa – 28.09.2012 r.

28 września 2012 roku, w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie odbyło się spotkanie Kierowniczej Kadry Pielęgniarskiej z województwa lubelskiego z Konsultantami Wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa - dr hab. n. med. Anną Ksykiewicz-Dorota, w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki - mgr Danutą Cybulak, w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego dr n. med. Grażyną Iwanowicz-Palus oraz w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego - mgr Małgorzatą Kępa-Mitura. Z obszaru działania naszej Izby uczestniczyły Pielęgniarki Naczelne ze szpitali w Zamościu, Tomaszowie Lubelskim, Hrubieszowie, Szczebrzeszynie i Biłgoraju.

Głównymi tematami poruszonymi na pierwszym spotkaniu było kształcenie podyplomowe pielęgniar

niarek i położnych, zatrudnienia pielęgniarek a minimalne normy oraz dokumentacja pielęgniarstwa.

Zagadnienie zatrudnienia pielęgniarek omówiła dr hab. n. med. A. Ksykiewicz-Dorota, która w okresie 2009-2011 pracowała w zespole powołanym przez Ministra Zdrowia w celu ustalenia gotowych norm zatrudnienia z uwzględnieniem najbardziej obiektywnego wyznacznika określającego zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa jakim jest stan zdrowia pacjentów. Efektem pracy zespołu jest projekt rozporządzenia MZ w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, aktualnie przekazany do konsultacji społecznych.

Dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus zwróciła uwagę na zapisy w aktach prawnych dotyczące

kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych, które są nierozdzielnie powiązane z uprawnieniami i jednocześnie wyznacznikami bezpieczeństwa w pracy w/w grup zawodowych. Tylko dobra znajomość przepisów prawa może zapewnić pielęgniarkom i położnym bezpieczną pracę. To zaś jest połączone z prawidłowym dokumentowaniem wykonywanych świadczeń czyli dokumentacją pielęgniarską, na temat której wywiązała się dyskusja.

Mam nadzieję że takie spotkania będą kontynuowane i będą stanowiły okazję nie tylko do przedstawiania problemów ale i osiągnięć w różnych obszarach pracy pielęgniarskiej.

mgr Anna Gieleta

Naczelna Pielęgniarka
ZSZN Sp z o.o. w Zamościu

Notatka z seminarium

„Współpraca służb i instytucji w formie pracy zespołów interdyscyplinarnych”

Dnia 8 października 2012 roku z inicjatywy pracowników Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Zamościu odbyło się szkolenie dotyczące przemocy w rodzinie.

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele: pomocy społecznej, policji, oświaty, komisji rozwiązywania problemów alkoholowych i ochrony zdrowia.

Szkolenie miało na celu przybliżenie problemu i nawiązania współpracy między wszystkimi służbami, które mają współudział w myśl ustawy z dnia 1 sierpnia 2010 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 125 poz 842).

Podjęcie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą odbywa się w oparciu o procedurę „Niebieskiej Karty” – i powołanie zespołu interdyscyplinarnego.

Szkolenie „Diagnoza przemocy podczas kontaktu z pacjentem” poprowadziła psycholog z Centrum Pomocy Specjalistycznej mgr Anna Piechcińska ze Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” z Warszawy.

Uczestnikom szkolenia została przedstawiona definicja przemocy w rodzinie, w myśl której przemoc w rodzinie jest to celowe i zamierzone działanie wykorzystujące przewagę sił, skierowane przeciwko jednemu z członków rodziny naruszające prawa i dobra osobiste, powodując cierpienie i szkody.

Przemoc w rodzinie:

1. Jest intencjonalna - przemoc jest zamierzonym działaniem człowieka i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie osoby krzywdzonej
2. Istnieje wyraźna asymetria sił w relacji jedna ze stron ma przewagę nad drugą. Osoba krzywdzona jest słabsza co utrudnia jej samoobronę.

3. Narusza prawa i dobra osobiste osoby krzywdzonej. Sprawca wykorzystuje przewagę sił i narusza podstawowe prawa ofiary np. prawo do nietykalności fizycznej, godności i szacunku, prawo do dysponowania swoimi rzeczami.

4. Powoduje cierpienie i ból osoby krzywdzonej - sprawca naraża zdrowie i życie ofiary na poważne szkody. Doświadczenie bólu i cierpienia sprawia, że osoba krzywdzona ma najmniejszą zdolność do samoobrony. Najczęściej do przemocy dochodzi w rodzinach z problemem alkoholowym. Przemoc może przybierać różne formy, dlatego mówimy o przemocy fizycznej, psychicznej, ekonomicznej, seksualnej w stosunku do osoby dorosłej, a w przypadku dziecka również jego znieważanie.

Celem spotkania było zwrócenie uwagi, że pracownicy ochrony zdrowia zarówno lekarze jak i pielęgniarki pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej mają obowiązek zakładania „Niebieskiej Karty”. Pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, punktu szczepień, poradni dzieci zdrowych mają obowiązek zwrócenia uwagi na wszystkie nieprawidłowości w zachowaniu dziecka lub częste urazy, które są nieadekwatne do opisanej sytuacji.

Najczęściej z problemami przemocy w rodzinie spotykają się pracownicy Systemu Ratownictwa Medycznego. Często są osobami, które jako pierwsze rozpoznają problem krzywdzenia dzieci. Dlatego ważne jest, aby ich wiedza na ten temat była obszerna i profesjonalna.

Krzywdzenie dzieci prowadzi do bezpośrednich zagrożeń życia, zdrowia, długofalowych zaburzeń rozwoju bezbronnych ofiar oraz uczy nieprawidłowych wzorów funkcjonowania rodziny, co w przy-

szości skutkuje, że jako dorosłe osoby same stosują przemoc wobec swoich dzieci.

Podczas spotkania omówiono kompetencje i służb i osób po nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy:

- omówienie przebiegu procesu i koordynacji działań w założeniu „Niebieskiej karty”,
- wskazówki praktyczne związane z wypełnianiem kart, rozmowa z osobami doświadczającymi przemocy i stosujące przemoc,
- omówienie ideologii celów i metodologii pracy zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych:
 - jak pracować w zespole interdyscyplinarnym,
 - jak pracować w grupie roboczej,
 - jak współpracować pomiędzy służbami,
 - jak to robić w praktyce,
- podzielenie się doświadczeniami z pracy w zespołach interdyscyplinarnych
- dostarczenie wiedzy praktycznej pracy grup roboczych oraz monitorowanie sytuacji i zmian w rodzinach, w których rozpoznano przemoc – dalsza praca w grupach roboczych.

Grupa robocza to:

- pracownik socjalny
- dzielnicowy,
- przedstawiciel GKRPA
- przedstawiciel placówki oświaty
- przedstawiciel ochrony zdrowia.

Grupa robocza nie jest stała i zależy od problemów występujących w rodzinie. Członkowie grup roboczych wykonują zadania w ramach obowiązków służbowych lub zawodowych.

Zadaniem grupy roboczej jest:

- diagnoza indywidualnego przypadku przemocy w rodzinie - wymiana informacji przedstawicieli różnych instytucji,
- opracowanie i realizacja planu pracy w indywidualnych przypadkach występowania przemocy w rodzinie - podział ról i zadań (interwencja, pomoc),
- monitorowanie sytuacji rodzinnej, w której dochodzi do przemocy,
- dokumentowanie działań podejmowanych wobec rodzin w których dochodzi do przemocy oraz efektów tych działań.

P A M I Ę T A J ! ! !

Prawo zabrania stosowania przemocy i krzywdzenia swoich bliskich. Jeżeli Ty lub ktoś z Twoich bliskich jest ofiarą przemocy ze strony osoby najbliższej, nie wstydź się prosić o pomoc.

Prawo stoi po twojej stronie!

Opracowały uczestniczki Seminarium:

- mgr **Stanisława Molas** NZOZ Medyk w Zamościu – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPiP w Zamościu.
- **Maria Siennicka** – pielęgniarka specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego NZOZ SPIROMED w Zamościu.

Notatka ze spotkania z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych mgr Beatą Wójcik.

Dnia 20.11.2012 w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie odbyło się spotkanie pielęgniarek zatrudnionych w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych, Pielęgniacyjno-Opiekuńczych i Hospicjach z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych mgr Beatą Wójcik.

Celem spotkania było omówienie problemów dotyczących opieki długoterminowej w Polsce i analiza ankiet z woj. Lubelskiego.

Z naszej Izby uczestniczyły: Alicja Grzywacz, Elżbieta Proc, Małgorzata Hawryluk.

Pani Konsultant przedstawiła informacje ze spotkania z Konsultantem Krajowym. Podczas spotkania omówiono problemy występujące w zakładach prowadzących opiekę długoterminową między innymi: niedoszacowanie opieki długoterminowej, opracowywane są prognozy, strategię z których nic nie wynika, minimum 150 zł za osobodzień w opiece długoterminowej, kto powinien to wycenić? Niezależna Agencja Cen, trudności w poszukiwaniu twardych danych.

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych zwrócił się do Ministerstwa o zorganizowanie spotkania i kon-

ferencji świadczeniodawców z płatnikiem, mediami i przedstawicielami Ministerstwa pod auspicjami stowarzyszenia.

Następnie pani Konsultant przedstawiła informacje wynikające z ankiet:

W woj. Lubelskim jest:

- Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych – 15
- Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych – 5
- Opieka Długoterminowa Domowa – 83

Wszystkie zakłady są dla dorosłych nie ma dla dzieci.

Większość zakładów mieści się w strukturach szpitali i to jest niebezpieczne.

W ZOL-ach zatrudnionych jest 137 pielęgniarek, w tym 126 w pełnym wymiarze czasu pracy, 4 na etatach częściowych, 7 na umowę zlecenie.

W ZPO zatrudnionych jest 53 pielęgniarki w tym 15 zatrudnionych na umowę zlecenie.

Do ZOL na liście oczekujących jest 467 osób, średni czas oczekiwania wynosi 120 dni liczba zgonów 19.

Do ZPO na liście oczekujących jest 465, średni czas oczekiwania 93 dni. Liczba zgonów 20.

Główne problemy zakładów to:

- niedoszacowanie stawki osobodnia
- brak personelu
- duża kolejka oczekujących
- zbyt rozbudowana dokumentacja pielęgniarska

Ze statystyk wynika, że zwiększa się liczba osób starszych, natomiast migracja ludzi młodych z naszego województwa wynosi ok. 400 tys.

Średnia wieku pielęgniarek w woj. lubelskim waha się w granicach 47-49 lat.

W trakcie dyskusji zgłoszono następujące wnioski:

1. rozbudować zakres świadczeń opieki długoterminowej na terenach wiejskich,
2. wypracować jakość opieki pielęgniarskiej w opiece długoterminowej
3. wzrost wartości osobodnia w ZOL, ZPO
4. ujednolicić koszty utrzymania pacjentów w ZOL, ZPO w całym kraju
5. zwrócić uwagę na kwalifikacje i prawidłowe normy zatrudnienia personelu pielęgniarskiego.

Zaproponowano spotkanie z Konsultantem Wojewódzkim Lekarzy Rodzinnych na początku 2013 r.

Ustalono, że aby wypracować strategię rozwoju w pielęgniarstwie w zakresie opieki długoterminowej spotkania będą miały charakter cykliczny i będą się odbywać 1-2 w roku.

Opracowała mgr Alicja Grzywacz

pielęgniarka oddziałowa Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Zamojskiego Szpitala Niepublicznego

Profilaktyka dziś to zdrowie na jutro



Hrubieszów to miasto powiatowe położone na wschodnich kresach naszego kraju. Dbałość o zdrowie jest bliskie wszystkim. Realizowane są różne programy zdrowotne, w tym także finansowane przez NFZ. Programy te dotyczą pacjentów określonych grup wiekowych. Aby jednak nauczyć się zachowań prozdrowotnych, edukację należy rozpocząć znacznie wcześniej. Od roku 1999 roku

rozpoczęto w szkołach ponadgimnazjalnych Hrubieszowa edukację w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych, zwłaszcza nowotworu sutka. Pielęgniarka naczelną, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania (szkolne) wraz ze Stowarzyszeniem Amazonek z Hrubieszowa organizują cykliczne spotkania z młodzieżą tych szkół, podczas których prezentowany jest film z zakresu nauki samobadania piersi, rozdawane są ulotki, omówione zostają czynniki ryzyka występowania nowotworu, a przede wszystkim jest możliwość rozmowy z amazonkami i przekonania się, że nowotwór wcześniej wykryty to szansa na wyleczenie. Edukatorzy mają nadzieję, że działania te pomogą w późniejszym okresie znacznie zmniejszyć umieralność z powodu chorób nowotworowych.

Opracowała mgr Teresa Futyma

Naczelną Pielęgniarką SP ZOZ w Hrubieszowie

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych skierowała zapytanie do Departamentu pielęgniarek i Położnych przy Ministerstwie Zdrowia w dniu 14.09.2012 roku dotyczącym rozumienia pojęcia „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, zawartego w pkt 24 zał. Nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237 poz. 165 ze zm.) zwracając się z prośbą o zajęcie stanowiska: Czy praca pielęgniarek zatrudnionych w Oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii, które nie pracują na bloku operacyjnym może być uznana za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu powyższej ustawy?

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, dnia 2012 -11- 05

Departament
Pielęgniarek i PołożnychPani
Dr n. med.
Grażyna Rogala-Pawelczyk

MZ-PP-0762-8234-2/BW/12

Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 14 września 2012 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.0025.243.2012 w sprawie interpretacji pojęcia „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt. 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. Nr 237, poz.165 z późn. zm.), Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w związku z przekazaną korespondencją dokonał wnikliwej analizy obowiązujących uregulowań w tym zakresie.

Departament wskazuje, że zgodnie z ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2009 r., do prac w szczególnym charakterze zaliczone zostały, wymienione w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

Ponadto, wyjaśnienia w sprawie określenia „w warunkach ostrego dyżuru” zostały rozstrzygnięte w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, który zamieszczony został na stronach Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl.

Z ww. Komunikatu wynika, że prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru to nie tylko prace wykonywane w ramach obowiązków pracowniczych, polegające na udzielaniu świadczeń

zdrowotnych w trybie nagłym (wynikającym ze wskazań życiowych), ale również inne prace tego personelu (w ramach obowiązków pracowniczych), które są wykonywane w ramach czasu pracy, kiedy istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, skutkującego koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym. Pojęcie "w warunkach ostrego dyżuru" oznacza nieuchronność wystąpienia zdarzenia, które powoduje konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych. Nieuchronność występowania takich zdarzeń skutkuje tym, że od pracowników pracujących w tych warunkach wymagane są kryteria określone w art. 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych (szczególna odpowiedzialność oraz szczególna sprawność psychofizyczna).

Ponadto, zgodnie z art. 3 ust. 5 omawianej ustawy, warunkiem zaliczenia wykonywania ww. prac do okresu, od którego zależy uzyskanie prawa do emerytury pomostowej jest wykonywanie tych prac w pełnym wymiarze czasu pracy, co znajduje potwierdzenie w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. sygn. akt I OSK 421/11 (LEX nr 996963).

Należy również mieć na względzie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. sygn. akt II UK 164/11 (LEX nr 1171289), który w pkt "1 stanowi, iż „Wykaz prac określonych w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy z 2008 r. o emeryturach pomostowych jest zamknięty i nie podlega uzupełnieniu, co oznacza, że cech pracy "o szczególnym charakterze" lub "w szczególnych warunkach" nie mogą posiadać inne prace, choćby sposób ich wykonywania i ich jakość mogła obniżyć się z wiekiem”.

Odnosząc się bezpośrednio do treści Państwa pisma, Departament zwraca także uwagę na zamieszczony na stronach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.emeryturypomostowe.gov.pl, obszerny poradnik do ustawy o emeryturach pomostowych: *Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze*, przeznaczony dla pracodawców i osób odpowiedzialnych za sporządzanie wykazu stanowisk prac wykonywanych w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze oraz ewidencji osób zatrudnionych na tych stanowiskach (str. 64-65). Wynika z niego, że przepisy o emeryturach pomostowych obejmują taki personel medyczny zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych jak: lekarze dyscyplin zabiegowych, anestezjolodzy, pielęgniarki operacyjne (m.in. instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologiczne, pielęgniarki perfuzjonistki), wchodzący w skład zespołów operacyjnych działających w ramach ostrego dyżuru.

W związku z czym, zdaniem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, za pracowników tych będą opłacane składki na Fundusz Emerytur Pomostowych. Będą oni także ujęci w ewidencji pracowników wykonujących prace o szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze oraz będą mogli ubiegać się o przyznanie emerytury pomostowej, jeżeli zostały spełnione kryteria ujęte w art. 3 ust. 5 oraz art. 4 ustawy o emeryturach pomostowych.

Kryterium dotyczące wykonywania tych prac w warunkach ostrego dyżuru wynika z konieczności działania w warunkach, które są szczególnie trudne do przewidzenia i w których stosowanie określonych procedur zapewniających bezpieczeństwo własne i innych osób jest często utrudnione. Właśnie ten aspekt, czyli działanie w warunkach nagłości i nieprzewidywalności, decyduje o szczególnym charakterze pracy personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, i kwalifikuje wykonujących ją pracowników do przyznania emerytur pomostowych.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, prace personelu medycznego w oddziałach dyscyplin zabiegowych, intensywnej terapii, aczkolwiek bardzo obciążające emocjonalnie i stresujące, są wykonywane według określonych procedur, których stosowanie minimalizuje ryzyko zdrowotne zarówno dla pracownika, jak i pacjenta.

Należy jednak mieć na względzie fakt, że jedynym podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest płatnik składek, u którego praca ta jest wykonywana, w tym przypadku reprezentowany przez kierownika podmiotu leczniczego. Kierownik podmiotu leczniczego bowiem zawiera z pracownikiem umowę o pracę oraz jest przełożonym pracownika.

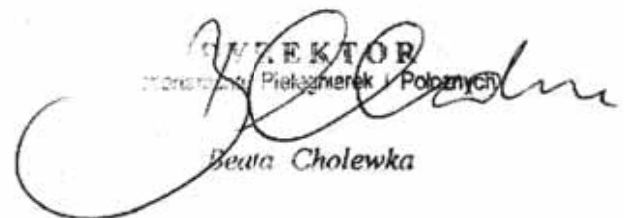
Kontrola prawidłowości zakwalifikowania określonej pracy jako wykonywanej w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze przebiega w trybie art. 41 ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku nieuwzględnienia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub pracę o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę (pkt 2 wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie

z dnia 1 lutego 2011 r., syng. akt II SA/Rz 1107/10). Od decyzji inspektora pracy, zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego z kolei decyzja będzie mogła być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Jednocześnie Departament wskazuje, że zarówno przytoczony na wstępie pisma Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika Nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, jak również „Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze” zawarte w Poradniku do ustawy o emeryturach pomostowych, które zamieszczone zostały na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej są nadal aktualne.



INSPEKTOR
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych



Beata Cholewka

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwróciła do Pani Beaty Cholewki, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, w sprawie możliwości zatrudniania na umowę o pracę pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej, w ramach zapewnienia doraźnej opieki medycznej.

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa,

2012 -08- 3¹

Departament

Pielęgniarek i Położnych

MZ-PP-079-8165-1/RJ/12

KOPIA**Pani****Teresa Hernik****Dyrektor****Biura Pełnomocnika Rządu****do Spraw Osób Niepełnosprawnych**

W związku z pismem z dnia 31 lipca 2012 r. (znak: BON-I-52311-201-2-PM/12) w sprawie udzielenia wyjaśnień, czy zakład pracy chronionej może zatrudniać pielęgniarkę na podstawie umowy o pracę, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.), pielęgniarka i położna może wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę,
- 2) w ramach stosunku służbowego,
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- 4) w ramach wolontariatu,
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2012 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

W świetle art. 5 ust. 2 pkt 2 *ustawy o działalności leczniczej*, pielęgniarka może także wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 tej ustawy. Działalności lecznicza pielęgniarki może być wykonywana w następujących formach:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym

- podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

Należy podkreślić, że pracodawca, w sytuacji ubiegania się o uzyskanie statusu pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej, zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721) ma obowiązek zapewnić m.in. doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną oraz poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 maja 2011 r. *w sprawie doraźnej opieki medycznej w zakładach opieki zdrowotnej*, pracodawcy zakładów pracy chronionej mają swobodę w zakresie sposobu realizacji obowiązku zapewnienia opieki medycznej i usług rehabilitacyjnych. Ustawodawca w ustawie *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* położył nacisk na faktyczne zapewnienie tej opieki dając pracodawcy możliwość ustalenia takiej formy realizacji obowiązku zapewnienia doraźnej opieki medycznej, która byłaby adekwatna do specyficznych potrzeb zakładu pracy. W ww. ustawie nie sprecyzowano, kto może zapewnić doraźną opiekę medyczną.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia, zapewnienie doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej obejmuje m. in. pomoc w nagłych urazach i wypadkach, a przede wszystkim na miejscu zdarzenia do czasu przybycia lekarza. Pomoc taka, zwłaszcza w zakładzie pracy chronionej powinna być świadczona wyłącznie przez wykwalifikowany personel medyczny, tj. lekarza lub pielęgniarkę. Jak wskazano powyżej, stosunek prawny leżący u podstaw zapewnienia przez zakład pracy chronionej doraźnej pomocy medycznej nie jest aż tak istotny, ponieważ kluczową kwestią jest realna możliwość udzielenia szybkiej i skutecznej pomocy poszkodowanemu pracownikowi.

W związku z powyższym, pielęgniarka może być zatrudniona w zakładzie opieki chronionej zarówno w ramach umowy o pracę, jak i na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Z-ca DYREKTORA
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

Z-ca DYREKTORA
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Jolanta Skolimowska
30.08.12

DVR
Der

30.8.12

Ochrona pielęgniarek onkologicznych

Pielęgniarki z ośrodków onkologicznych są narażone na wiele czynników, które mogą mieć negatywny wpływ na ich zdrowie. Aby ochronić personel i pacjentów przed tymi zagrożeniami, kierownictwo jest zobowiązane do przestrzegania szczegółowych rozporządzeń ministra zdrowia. Jak to wygląda w praktyce?

dr n. med. Anna Koper

konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

mgr Renata Matyjasek

Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Najbardziej charakterystyczne dla terapii onkologicznej są substancje chemiczne - leki cytotoksyczne, oraz czynniki fizyczne - promieniowanie emitowane przez otwarte źródła. Oprócz tego nie należy jednak zapominać o dużym obciążeniu psychicznym i, tak jak w innych specjalnościach, obciążeniu układu mięśniowo-szkieletowego, czynnikach biologicznych, polu elektromagnetycznym itp.

Obciążenie psychiczne wiąże się z ciągłą konfrontacją z ogromnym cierpieniem psychofizycznym i duchowym pacjenta chorego na nowotwór. W niektórych przypadkach jest to szczególnie trudne, gdy pomimo wysiłków i wdrażanych terapii - niestety nie ma poprawy, a pacjent w szybkim tempie nieuchronnie zmierza ku śmierci. Problem ten nie dotyczy tylko chorego i jego rodziny, ale także personelu, który w takiej sytuacji musi stanąć twarzą w twarz z ograniczoną skutecznością swoich działań.

Punktem wyjścia do rozważań na temat ochrony pracy pielęgniarek onkologicznych niech się staną objaśnienia takich pojęć, jak ochrona pracy i ściśle z nią związane bezpieczeństwo i higiena pracy. Pojęcie ochrona pracy nie zostało zdefiniowane prawnie i dlatego jest różnie rozumiane i interpretowane przez teoretyków. Przedmiotem ochrony pracy jest pracownik, a w naszym przypadku pielęgniarka/pielęgniarz. Według W. Szuberta ochrona pracy jest to: „system środków prawnych, ekonomicznych, organizacyjnych i technicznych służących zapewnieniu pracownikom bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w procesie pracy, przy czym przez system należy rozumieć zbiór uporządkowanych jednostek tworzących całość organizacyjną, służących jednemu celowi”.

Ochrona pracy jest także definiowana jako „całość norm prawnych oraz środków badawczych, organizacyjnych i technicznych mających na celu ochronę praw pracownika oraz ochronę jego życia i zdrowia przed czynnikami niebezpiecznymi i szkodliwymi w środowisku pracy, a także stworzenie mu optymalnych warunków pracy z punktu widzenia ergonomii, fizjologii i psychologii pracy”.

Z kolei bezpieczeństwo i higiena pracy to „ogół norm prawnych oraz środków badawczych, organizacyjnych i technicznych mających na celu stworzenie pracownikowi takich warunków pracy, aby mógł on wykonywać pracę w sposób produktywny, bez narażania go na nieuzasadnione ryzyko wypadku lub choroby zawodowej oraz nadmierne obciążenie fizyczne i psychiczne”.

Leki cytotoksyczne są zaliczane do leków niebezpiecznych. Wszystkie związane z nimi prace należy wykonywać ze szczególną uwagą, starannością i ostrożnością, mając na uwadze oprócz swojego, także bezpieczeństwo pacjentów, współpracowników, osób postronnych, bezpieczeństwo leków oraz troskę o środowisko. Zaleca się bardzo ostrożne postępowanie ze wszystkimi środkami cytotoksycznymi, ponieważ istnieje ryzyko absorpcji małych ilości leków podczas kontaktu bezpośredniego, na drodze wziewnej lub pokarmowej. Badania Falcka i współpracowników wykazały wyższą zawartość substancji mutagennych w moczu pielęgniarek pracujących w narażeniu na Cytostatyki. Wyniki te zostały potwierdzone licznymi pracami badającymi mutagenność moczu, aberracji chromosomów, wymiany chromatyd siostrzanych i innych efektów u pielęgniarek i farmaceutów pracujących w kontakcie z tymi lekami.

W przeglądzie 14 badań opisano zależność między ekspozycją na leki przeciwnowotworowe a upośledzeniem rozrodczości. Do najczęstszych szkodliwych efektów należały: zwiększona częstość poronień, wady wrodzone, niska waga urodzeniowa i wrodzone upośledzenia, bezpłodność. Pielęgniarki onkologiczne narażone są także m.in. na zmiany obrazu krwi (mielosupresja), zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych, wypadanie włosów.

Ze względu na szkodliwe efekty leków przeciwnowotworowych ich podawanie wymaga

szczególnej ostrożności i doskonałego wykształcenia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych na oddziałach chemioterapii, hematologii, w przychodniach onkologicznych oraz innych komórkach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, w których są stosowane leki cytostatyczne.

Zgodnie z art. 3 rozporządzenia pomieszczenia, w których przygotowuje się leki cytostatyczne, powinny spełniać następujące wymagania:

- » być wyposażone w łóżę laminarną do pracy z lekami cytostatycznymi,
- » mieć miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do zniszczenia (rękawiczki, fartuchy, czepki lub maski) i oczyszczenia (okulary),
- » nie mogą być usytuowane w bezpośrednim sąsiedztwie pomieszczeń służących do przechowywania środków spożywczych oraz przyrządzania i spożywania posiłków, przy ciągach komunikacyjnych.

W myśl art. 4 „Niedozwolone jest spożywanie posiłków oraz palenie tytoniu w pomieszczeniach, w których przechowuje się leki cytostatyczne lub odbywa się ich przygotowanie i podawanie”.

Art. 5 zobowiązuje do przestrzegania zaleceń producenta leku, w szczególności dotyczących stosowania środków ochrony indywidualnej podczas wykonywania czynności polegających na rozpuszczaniu i podawaniu leków cytostatycznych:

- » sprzęt medyczny do podawania leków powinien być szczelny, uniemożliwiający wydostawanie się leku na zewnątrz,
- » strzykawki, dreny, zbiorniki do pielęgnacji chorych leczonych powinien być jednorazowego użytku,
- » odzież ochronna dla pracowników przygotowujących oraz podających leki cytostatyczne musi być jednorazowa,
- » pościel i bielizna osobista chorych leczonych lekami cytostatycznymi powinna być codziennie zmieniana,
- » zabronione jest wykonywanie pracy z lekami cytostatycznymi kobietom w ciąży i w okresie karmienia piersią.

Art. 10 zabrania osobom pracującym w kontakcie z lekami cytostatycznymi wykonywać czynności, podczas których będą narażone na promieniowanie jonizujące.

Art. 11 określa zasady postępowania podczas przygotowywania i podawania leków cytostatycznych:

- » podczas otwierania ampułki z lekiem oraz nabierania leku do strzykawki należy ampułkę przykryć jałowym gazikiem zwilżonym w spirytusie, by uniknąć skażenia i skażenia skóry płynem,
- » jeśli przed iniekcją zaistnieje potrzeba usunięcia powietrza ze strzykawki, należy na zakończenie igły umocowanej na strzykawce trzymanej pionowo nałożyć w sposób jałowy sterylny gazik, by zapobiec rozpylaniu leku; po usunięciu powietrza, przed iniekcją igłę należy zmienić,
- » podczas dzielenia leków tabletkowych nie należy dopuszczać do rozprzestrzeniania ich pyłu lub drobin oraz nie wolno dotykać ich gołą ręką,
- » miejsce skażone lekami należy dokładnie zmyć i oczyścić gazą lub ligniną zwilżoną wodą, a następnie osuszyć przez wytarcie; przy ewentualnym skażeniu skóry, błon śluzowych i oczu należy spłukać je za pomocą dużej ilości wody.

Zgodnie z rozporządzeniem kierownik zakładu opieki zdrowotnej zapewnienia bezpieczne i higieniczne warunki pracy osobom zatrudnionym przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych, ale prowadzi także nadzór nad przestrzeganiem zasad wynikających z cytowanego rozporządzenia. Jeśli mimo to dojdzie do skażenia lekami niebezpiecznymi, należy kolejno:

- » odizolować i oznakować miejsce skażenia, w razie konieczności wyprowadzić pacjentów ze skażonego pomieszczenia,
- » założyć fartuch, ochraniacze na obuwiu, czepkę, maskę, okulary ochronne, dwie pary rękawic bezpudrowych,
- » w przypadku kontaktu leku niebezpiecznego z odzieżą, należy skażoną odzież zdjąć, wypłukać wielokrotnie, wyprać.

Poza tym Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 sierpnia 2007 r. reguluje sposób postępowania z odpadami medycznymi (patrz ramka).

Należy pamiętać, że każdy kontakt z lekami cytostatycznymi jest potencjalnie niebezpieczny. Konieczne jest przestrzeganie obowiązujących przepisów odpowiednio dla poszczególnych grup

zawodowych. Personel powinien być świadomy ryzyka występujących zagrożeń, aby racjonalnie je minimalizować. Możliwe jest to dzięki regularnie przeprowadzanym szkoleniom w zakresie bezpieczeństwa pracy z cytostatykami i opieki nad chorymi poddawany chemioterapii.

W pracy z cytostatykami należy pamiętać nie tylko o stosowaniu środków ochrony indywidualnej, ale także mieć opracowane procedury postępowania na wypadek zdarzeń potencjalnie niebezpiecznych, które po zastosowaniu zminimalizują niebezpieczne oddziaływanie na pracowników, pacjentów, osoby postronne oraz środowisko.

Narażenie pielęgniarek na działanie czynników fizycznych - promieniowania jonizującego - występuje w przypadku wykonywania świadczeń pielęgniarskich u pacjentów w trakcie radioterapii źródłami otwartymi. Wydzieliny i wydaliny pacjenta w trakcie stosowania tej terapii mogą być radioaktywne. Dlatego w celu ochrony personelu powinno się stosować sprzęt jednorazowy (kaczki, baseny, sztućce itp.). Wykonując jakiegokolwiek czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze u tych pacjentów, zawsze należy je realizować w rękawiczkach jednorazowych. Sprzęt niejednorazowy powinien pozostać w pokoju chorego do czasu skontrolowania jego radioaktywności. Dopiero gdy poziom promieniowania tych sprzętów nie stwarza zagrożenia, mogą być one usunięte z pomieszczenia. Hospitalizacja pacjenta leczonego źródłami otwartymi może być zakończona wówczas, gdy ilość izotopu w organizmie będzie utrzymana na bezpiecznym

poziomie. Ponieważ personel, który kontaktuje się z pacjentami napromienianymi wskazaną metodą, może być narażony na promieniowanie, pielęgniarkom w ciąży nie wolno pracować na oddziałach radioterapii przez cały okres ciąży.

Postępowanie z odpadami medycznymi

Wszystkie materiały używane podczas przygotowywania i podawania leków cytotoksycznych uważa się za potencjalnie skażone.

Należy gromadzić je w miejscu ich powstawania i przekazywać do utylizacji po zakończeniu pracy.

Składowanie odpadów jest możliwe jedynie w specjalnie do tego celu przystosowanych pomieszczeniach.

Odpady o ostrych krawędziach (igły, przyrządy typu spike) umieszcza się w sztywnych, odpornych na przebicie pojemnikach, a pozostałe materiały skażone - w workach z folii polipropylenowej.

Pojemniki i worki (koloru żółtego - odpady specjalne) powinny być wypełnione w ilości nieprzekraczającej 2/3 objętości, odporne na wilgoć i środki chemiczne, odpowiednio oznaczone (rodzaj odpadów, miejsce powstania, osoba odpowiedzialna za zamknięcie, data zamknięcia), a także umożliwiać jednorazowe zamknięcie (niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników z odpadami). *Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi.*

Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej
Nr 10 Październik 2012.

Dokumentacja medyczna

– implikacje dowodowe w procesie karnym i dyscyplinarnym

Komentarz przedstawia problematykę związaną z wykorzystaniem dokumentacji medycznej w postępowaniu dowodowym w sprawach karnych i dyscyplinarnych. W związku z rolą, jaką odgrywa ten środek dowodowy, w opracowaniu zostaną omówione podstawowe wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej, a także konsekwencje związane z naruszeniem tych wymogów.

1. Wprowadzenie

Postępowanie dowodowe jest jedną z najbardziej istotnych części postępowania karnego

i dyscyplinarnego. Organy postępowania kształtują swoje przekonanie dotyczące ustaleń faktycznych w danej sprawie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

Lekarze sporządzając dokumentację medyczną, powinni mieć świadomość, iż w przyszłości może ona stanowić materiał dowodowy zarówno w postępowaniu karnym, jak i dyscyplinarnym.

W praktyce najczęściej dokumentacja medyczna będzie stanowiła dowód w sprawach dotyczących przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Każdy pacjent może być potencjalnie zarówno ofiarą, jak i sprawcą takiego przestępstwa! W takich przypadkach dokumentacja medyczna prowadzona bez zachowania należytej staranności sprawia, iż dokonanie ustaleń faktycznych jest często bardzo utrudnione lub wręcz niemożliwe.

Z drugiej strony specyfika wykonywanego zawodu powoduje, iż w przypadku lekarzy istnieje duże prawdopodobieństwo, że popełnią oni choćby nieumyślnie - przestępstwo. Dotyczy to najczęściej przestępstw narażenia pacjenta na niebezpieczeństwo, zarażenia albo nieudzielenia pomocy, a w szczególnych przypadkach także przestępstwa zabójstwa, nieumyślnego spowodowania śmierci, spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub innych uszkodzeń ciała. **Rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna stanowi i w tym wypadku niejednokrotnie główną ochronę lekarza, gdyż umożliwia wykazanie, że jego postępowanie było zgodne z prawem.**

2. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej i ogólne zasady jej prowadzenia

Każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. póź. 159) - dalej u.p.p. pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji (art. 24 ust. 1 u.p.p.). W odniesieniu do lekarzy (praktyka zawodowa) obowiązek ten wynika z art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, późn. 1634 z późn. zm.).

Minimalny zakres informacji, jakie powinny się znajdować w dokumentacji medycznej, określa art. 25 u.p.p.

Zgodnie z tym przepisem dokumentacja medyczna powinna zawierać oznaczenie pacjenta, po-

zwalające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz datę sporządzenia. Oznaczenie pacjenta powinno zawierać takie dane, jak: jego nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody, należy wpisać nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, póź. 1697) - dalej r.d.m., które weszło w życie w dniu 1 stycznia 2011 r. Ustawodawca przewidział jednak okres przejściowy, w którym dopuścił prowadzenie dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia, tj. do dnia 30 czerwca 2011 r.

Rozporządzenie szczegółowo określa zarówno rodzaje dokumentacji medycznej, jak i jej zawartość w odniesieniu do podmiotów leczniczych (rozdział 2 r.d.m.), lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej (rozdział 3 r.d.m.) oraz pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki, położnej albo grupowej praktyki pielęgniarki, położnej (rozdział 4 r.d.m.).

Rozdział 1 r.d.m. zawiera przepisy ogólne dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej, które ze względu na temat komentarza należałoby przedstawić. Zgodnie z § 2 ust. 1 r.d.m. dokumentacja medyczna dzieli się na dokumentację indywidualną (zewnętrzną i wewnętrzną), odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze

świadczeń zdrowotnych, oraz dokumentację zbiorczą, odnoszącą się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Podział ten ma istotne znaczenie przy ocenie wiarygodności dokumentacji medycznej jako dowodu. Fakt bowiem, że określone wpisy muszą być dokonane zarówno w dokumentacji indywidualnej, jak i zbiorczej, umożliwia niejednokrotnie weryfikację poszczególnych zapisów.

Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności: historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wizyty patronażowej, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację, zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska, karta przebiegu ciąży, a także karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

Zapis § 4 ust. 1 i 2 r.d.m. stanowi, iż wpis w dokumentacji powinien być dokonany niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zawierającym oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis).

Wiarygodność dokumentacji medycznej ma zapewnić m.in. zapis § 4 ust. 3 r.d.m., stanowiący, iż wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zawierające dane wymienione powyżej.

Rozporządzenie dopuszcza prowadzenie dokumentacji w formie papierowej lub elektronicznej. Jeżeli dokumentacja jest prowadzona w formie papierowej, strony w dokumentacji powinny być numerowane i stanowić chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej strony wydruku są numerowane (§ 5 r.d.m.).

Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co

najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty (§ 6 r.d.m.).

Obowiązkiem osoby sporządzającej dokumentację medyczną jest prowadzenie jej w sposób czytelny. W praktyce właśnie nieczytelność wpisów w dokumentacji medycznej sprawia najwięcej problemów interpretacyjnym organom postępowania karnego.

Nie można pominąć istotnego aspektu związanego z zasadami przechowywania dokumentacji, które mają zabezpieczyć ją przed zniszczeniem lub utratą. Zgodnie z postanowieniami § 72-73 r.d.m. dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził. Z kolei dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne. Każdy podmiot jest zobowiązany zapewnić odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępniać dokumentację medyczną sądom i prokuratorom w związku z prowadzonymi przez te organy postępowaniami. Na żądanie sądu bądź prokuratora należy przekazać oryginalną dokumentację medyczną. Należy jednak wówczas pozostawić w placówce medycznej kopię lub pełny odpis wymaganej dokumentacji. Jedynym wyjątkiem od tego obowiązku jest sytuacja, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę. Koszty udostępnienia dokumentu, w tym wykonania kopii, odpisów, ponosi sąd bądź prokurator żądający udostępnienia dokumentacji medycznej.

3. Dokumentacja medyczna jako podstawa opinii biegłych

Z reguły sąd karny nie będzie samodzielnie oceniał dokumentacji medycznej. Najczęściej będzie korzystał z instytucji biegłego sądowego, zlecając sporządzenie opinii. Rzadziej taka sytuacja będzie miała miejsce w przypadku postępowań dyscyplinarnych, co oczywiście ma związek z faktem, iż w skład tych organów wchodzi wyłącznie lekarze i lekarze dentyści.

W ekspertyzach biegłych ogromnego znaczenia nabiera sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, i to zarówno pod kątem formalnym, jak i materialnym. W piśmiennictwie wielokrotnie wskazuje się na występujące w tym zakresie nieprawidłowości.

Jednym z problemów jest zbyt skrótowa lub niepełna dokumentacja medyczna. Brak pełnej dokumentacji medycznej niejednokrotnie utrudnia bądź nawet uniemożliwia stwierdzenie w postępowaniu karnym, czy i jakich urazów doznał pokrzywdzony. Zwroty typu „ogólne potłuczenie” w żaden sposób nie są w stanie wyjaśnić, jakich konkretnie obrażeń ciała doznała dana osoba. **Zasadą przy sporządzaniu dokumentacji medycznej powinno być również unikanie nadmiernego polegania na informacjach podawanych przez pacjenta i opierania się jedynie na subiektywnych odczuciach pacjenta co do powstałych obrażeń oraz przyczyn ich powstania bez przeprowadzenia badań przedmiotowych i dodatkowych.** Należy wyraźnie oddzielić od siebie subiektywne informacje pochodzące z wywiadu z pacjentem od obiektywnych wyników badań lekarskich. Informacje uzyskane od pacjenta są zawsze spostrzeżeniami subiektywnymi. Pacjent może wyolbrzymiać doznane obrażenia i odczuwane dolegliwości, choćby po to, żeby pogorszyć sytuację prawną sprawcy tych obrażeń. Z drugiej strony osobie oskarżonej bądź skazanej w postępowaniu karnym będzie zależało na stwierdzeniu przez lekarza ich ciężkiego stanu zdrowia, aby uniknąć tymczasowego aresztowania, odbywania kary pozbawienia wolności, a także aby móc przewlekać postępowanie sądowe. W postępowaniu karnym przy ocenie ciężkości doznanych obrażeń decyduje jedynie informacja dotycząca stanu zdrowia pochodząca z badań przedmiotowych bądź dodatkowych. W opisie stanu zdrowia pacjenta należy dokładnie określić, czy sporządzający sam zaobserwował urazy w postaci

obrażeń, czy też to jedynie pacjent zgłaszał dolegliwości, bóle albo sam fakt doznania urazu. Opinia lekarska zawarta w dokumentacji medycznej oparta jedynie na subiektywnych spostrzeżeniach poszkodowanego, nieuprawdopodobniona za pomocą dodatkowych badań lekarskich nie może stanowić podstawy np. do stwierdzenia, czy naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwały dłużej bądź krócej niż siedem dni. Kwestia ta ma tymczasem niebagatelne znaczenia przy kwalifikacji czynu, w następstwie którego powstał rozstrój zdrowia u pokrzywdzonego.

Dużym problemem są także błędy w nazewnictwie samych obrażeń. Zauważa się brak w dokumentacji medycznej opisu procesu gojenia obrażeń u osoby poszkodowanej. Często dokumentacja nie zawiera zarówno informacji o charakterze i wielkości doznanych obrażeń na etapie pierwszego badania, jak i na etapach postępującego leczenia. Powoduje to niemożność ustalenia, w jakim momencie naruszenie czynności narządu ciała bądź rozstrój zdrowia ustąpiły, co - jak już wcześniej „wspomniano” - ma zasadnicze znaczenie przy ustaleniu znamion przestępstwa naruszenia czynności ciała.

Innym istotnym problemem opiniodawczym jest praktyka zastępowania opisu obrażeń ciała rozpoznaniem i bardzo ogólnym podaniem ich lokalizacji. „Kolejnym przykładem nieprawidłowości jest dowolność stosowanego mianownictwa, nawet tam, gdzie jest ono zunifikowane i powinno być ogólnie znane. Zamienne stosowanie określeń «krwiał» (zgromadzenia krwi w pewnej przestrzeni) i «podbiegnięcie krwawe» (nacieczenie tkanki krwią) jest tego jaskrawym przykładem”.

Pomimo iż przepisy prawa nakładają na sporządzającego dokumentację medyczną wymóg sporządzenia jej w sposób czytelny, to praktyka pokazuje, że wpisy w dokumentacji medycznej są często nieczytelne. Zapisy nieczytelne, niemożliwe do zinterpretowania - często nawet przez ich autora - stają się bezwartościowe w postępowaniu dowodowym. Bywa, że jedynym sposobem odszyfrowania nieczytelnej dokumentacji medycznej jest zobowiązanie jej autora do przepisania jej na komputerze bądź maszynie do pisania.

Kolejnym błędem jest nieopatrznie każdej strony dokumentacji medycznej przynajmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, datą jej sporządzenia oraz podpisem i pieczęcią osoby sporządzającej.

W postępowaniu karnym obowiązuje zasada, że **wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na korzyść oskarżonego. Lekarz sporządzający dokumentację medyczną np. ofiary pobicia winien mieć świadomość, że dokumentacja nieczytelna i niewłaściwie prowadzona może zostać w postępowaniu karnym potraktowana jako wątpliwa, w konsekwencji czego odpowiedzialność sprawcy pobicia zostanie zmniejszona bądź nawet wyłączona.**

4. Zagrożenia związane z nieprawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej

Należy wskazać, iż nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej nierzadko powodują konsekwencje prawne dla lekarza, który taką dokumentację sporządził. **Lekarze lub inni pracownicy medyczni w związku z prowadzeniem dokumentacji medycznej mogą wypełnić znamiona jednego z czynów zabronionych określonych w rozdziale XXXIV ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, póź. 553 z późn. zm.) - dalej k.k., tj. przestępstw przeciwko wiarygodności dokumentów.** Jednym z nich jest przestępstwo z art. 276 k.k., którego dopuszcza się ten, kto niszczy, uszkadza, czyni bezużytecznym, ukrywa lub usuwa dokument, którym nie ma prawa wyłącznie rozporządzać. Zabronione jest również m.in. podrabianie bądź przerabianie dokumentacji medycznej w celu użycia jej za autentyczną (art. 270 § 1 k.k.).

Najczęstszym jednak przypadkiem przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów popełnianym przez lekarzy jest tzw. fałsz intelektualny. Chodzi o sytuację, w której lekarz poświadcza w dokumentacji medycznej nieprawdę co do okoliczności mających znaczenie prawne. Do sfalszowania dochodzi najczęściej wtedy, gdy pacjent ubiega się o rentę, odszkodowanie, ubezpieczenie, a korzystna opinia lekarska ma mu w tym pomóc. Innym przykładem jest sytuacja, gdy negatywna opinia o stanie zdrowia ma uchronić pacjenta przed tymczasowym aresztowaniem, odbyciem kary pozbawienia wolności lub ma doprowadzić do przedłużenia postępowania karnego. Poświadczenie nieprawdy może mieć postać bądź zawarcia w dokumentacji medycznej oświadczeń niezgodnych z wiedzą o stanie zdrowia pacjenta, bądź pominięcia niektórych mających znaczenie prawne ustaleń niewygodnych dla pacjenta.

Omawiając zagrożenia związane z nieprawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej, należy wskazać, iż **wadliwa dokumentacja medyczna nie pozwala również ocenić prawidłowości postępowania lekarskiego.** W tym przypadku braki dokumentacji medycznej mogą utrudniać dowodzenie niewinności w razie oskarżenia lekarza o błąd medyczny, naruszenie praw pacjenta lub popełnienie przewinienia zawodowego.

Przepisy stanowią, iż wszelkie błędne wpisy w dokumentacji medycznej należy przekreślić, oznaczyć datą przekreślenia, podpisem skreślającego oraz odpowiednią adnotacją. Wprowadzanie zmian w dokumentacji medycznej z naruszeniem powyższych zasad może się spotkać z zarzutem popełnienia przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów. Nie sposób w tym miejscu nie wspomnieć, iż nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej stanowi również przewinienie zawodowe.

5. Uwagi autorskie

Dokumentacja medyczna jako środek dowodowy ma bardzo istotne znaczenie w postępowaniu karnym i dyscyplinarnym. Niemniej jednak, aby dokumentacja medyczna była w pełni wartościowym dowodem umożliwiającym organom postępowania dokonanie prawidłowych ustaleń faktycznych, winna być prowadzona z należytą starannością, zgodnie z zasadami jej prowadzenia. Zasada nakazująca nie dające się usunąć wątpliwości rozstrzygać na korzyść oskarżonego sprawa, że błędy i braki w dokumentacji medycznej stanowią i będą stanowić podstawy uchylania się sprawców przestępstw od odpowiedzialności karnej. Świadomość ta winna przyświecać osobom sporządzającym tę dokumentację. Część tych problemów rozwiąże upowszechnienie informatyzacji w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. Wybór elektronicznej formy prowadzenia dokumentacji przy zastosowaniu dedykowanych programów komputerowych w praktyce znacznie ułatwi prowadzenie dokumentacji zgodnie z wymogami zawartymi w przepisach prawa. Niewątpliwie zniknie też problem nieczytelności tej, że dokumentacji.

Katarzyna Godlewska
przedruk z Wolters Kluwer

Urlopy pracownicze w podmiotach leczniczych

– sporządzanie planów urlopów, sposoby udzielania i zmiana terminu urlopu wypoczynkowego

Komentarz opisuje zasady udzielania urlopów wypoczynkowych pracownikom podmiotów leczniczych. Omówiono w szczególności reguły sporządzania planów urlopów oraz sposoby i terminy udzielania urlopu wypoczynkowego.

1. Wiadomości ogólne

Zgodnie z przepisem art. 152 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, późn. zm.) pracownikowi przysługuje prawo do corocznego, nieprzerwanego, płatnego urlopu wypoczynkowego. Prawo do urlopu jest osobistym i niezbywalnym prawem pracownika, a więc nie może być zbyte na rzecz innych osób, chociażby były one pracownikami w tym samym zakładzie, na takim samym stanowisku. Prawo do urlopu ze względu na charakter jest „przypisane” do osoby pracownika i tylko ten pracownik może wykorzystać przysługujący mu urlop. Zakaz przeniesienia się prawa do urlopu wypoczynkowego zawiera art. 152 § 2 Kodeksu pracy.

Według L. Florka i T. Zielińskiego, autorów Prawa pracy, prawo polskie w zakresie udzielania urlopów opiera się na następujących zasadach:

- powszechności uprawnień do urlopu wypoczynkowego;
- równości;
- odpłatności za urlop;
- obowiązku udzielania pracownikom urlopu w naturze;
- prawa do nieprzerwanego urlopu wypoczynkowego. Powszechność uprawnień do urlopu wypoczynkowego polega na zasadzie, iż wszyscy pracownicy z upływem miesiąca pracy, o czym stanowi art. 153 Kodeksu pracy, uzyskują prawo do pierwszego urlopu wypoczynkowego w wymiarze 1/12 wymiaru urlopu przysługującego po roku pracy.

Równość uprawnień urlopowych opiera się na przesłance, jaką jest staż pracy, do którego wlicza się okresy nauki i zatrudnienia pracowników. Każdy pracownik z takim samym stażem pracy ma prawo do tej samej liczby dni urlopu wypoczynkowego. Kwestia odpłatności za urlop nie wymaga komentarza. Na-

tomiast prawo do urlopu w naturze jest zasadą wynikającą z celu udzielania urlopu wypoczynkowego przez pracodawcę, a wypłata ekwiwalentu zastępuje to świadczenie w wyjątkowych sytuacjach, np. rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy, powołania do zasadniczej służby wojskowej itd.

Prawo do nieprzerwanego urlopu wypoczynkowego jest wyrażone bezpośrednio w art. 152 § 1 Kodeksu pracy i pośrednio w art. 162 Kodeksu pracy, w których ustawa przewiduje możliwość podziału urlopu na wniosek pracownika, z zastrzeżeniem, iż co najmniej jedna jego część powinna trwać nie mniej niż 14 kolejnych dni kalendarzowych. Podmiotem zobowiązanym do udzielenia urlopu jest pracodawca, a uprawnionym pracownik, z pewnymi zastrzeżeniami. Zgodnie z przepisem art. 154 Kodeksu pracy pracodawca ma obowiązek udzielić pracownikowi urlopu wypoczynkowego, o ile pracownik nabył do niego prawo. Prawo do pierwszego urlopu pracownik nabywa z upływem miesiąca pracy w wymiarze 1/12 wymiaru urlopu przysługującego mu po przepracowaniu roku.

2 Sposoby i terminy udzielania urlopu wypoczynkowego

W podmiotach leczniczych obowiązują ogólne zasady udzielania urlopów wypoczynkowych. Jednak charakterystyka pracy wykonywanej np. w szpitalach powoduje zaostrenie rygorów w procesie decyzyjnym po stronie pracodawcy w zakresie udzielania urlopów.

Ważne jest właściwe rozplanowanie urlopów przez pracodawcę lub upoważnionego pracownika (ordynatora, pielęgniarkę oddziałową) w poszczególnych oddziałach, tak, aby świadczenia medyczne oraz sprawowana fachowa opieka nad pacjentem była wykonywana w sposób nieprzerwany, bez opóźnień i z należytą starannością, a co za tym idzie przez odpowiednią liczbę pracowników. Na podstawie obowiązujących przepisów prawa pracy, szczególnie art. 163 Kodeksu pracy, pracodawca sporządza plan urlopów, na podstawie wniosków pracowników i konieczności zapewnienia normalnego toku pracy w zakładzie. Pracodawca nie

ustala planu urlopów, jeżeli zakładowa organizacja związkowa wyraziła na to zgodę. Jeżeli u pracodawcy nie działa zakładowa organizacja związkowa, pracodawca ustala terminy urlopów wypoczynkowych po porozumieniu z pracownikiem, biorąc pod uwagę powyżej opisane kryteria.

Należy pamiętać, że prawo do urlopu wypoczynkowego jest prawem pracownika, urlop powinien być mu udzielony do końca roku kalendarzowego, w którym pracownik nabył do niego prawo, ale o terminie urlopu decyduje zawsze pracodawca, który występuje jako gwarant normalnego toku pracy w zakładzie.

Pracodawcy, a szczególnie kierownicy podmiotów leczniczych jako jednostek udzielających całodobowych świadczeń na rzecz pacjentów-chorych, są zobowiązani do właściwego kreowania krótko- i długoterminowej polityki urlopowej, mającej na celu wypoczynek pracowników i zapewnienie normalnego toku pracy w zakładzie.

W tym celu ustawodawca zapewnił możliwość szybkiego i bezpośredniego wpływania przez pracodawcę na zmianę terminów urlopów w szczególnych okolicznościach.

Narzędziem takim jest chociażby art. 167 §1 Kodeksu pracy, który stanowi, iż w przypadkach wystąpienia szczególnych nieprzewidzianych w chwili rozpoczęcia urlopu okoliczności, wymagających obecności pracownika w zakładzie, pracodawca może odwołać pracownika z urlopu. W przypadku poniesienia przez pracownika kosztów związanych z odwołaniem go z urlopu, pracodawca powinien je pokryć.

Innym problemem jest przesunięcie terminu urlopu, a więc wystąpienie okoliczności, które uniemożliwiają udzielenie przez pracodawcę urlopu wypoczynkowego w ustalonym terminie.

Natomiast jeżeli pracodawca nie może udzielić pracownikowi zaplanowanego w określonym

terminie urlopu, musi wykazać się szczególnymi potrzebami, jeżeli nieobecność spowodowałaby poważne zakłócenia. A więc nie zawsze i nie każda przyczyna będzie uzasadniała odmowę pracodawcy udzielenia pracownikowi urlopu zaplanowanego w określonym wcześniej terminie.

Również pracownik chcąc zmienić termin urlopu wypoczynkowego, musi podać ważną przyczynę - art. 164 § 1 Kodeksu pracy, z czego można wywieść, że nie każda zmiana terminu urlopu może zostać uwzględniona przez pracodawcę. Należy również w tym miejscu wspomnieć o przepisie art. 165 Kodeksu pracy, który jest uzupełnieniem poprzedniego przepisu; podtrzymuje on zasadę obowiązku udzielenia urlopu wypoczynkowego przez pracodawcę. Przepis ten stanowi, iż jeżeli pracownik nie może rozpocząć urlopu w ustalonym terminie z przyczyn usprawiedliwiających nieobecność w pracy, pracodawca jest obowiązany przesunąć urlop na termin późniejszy.

3. Zakończenie

Dokonując interpretacji i zastosowania przepisów prawa pracy w zakresie udzielania urlopów wypoczynkowych w odniesieniu do podmiotów leczniczych, należy respektować podstawowe zagadnienia, które miał na celu ustawodawca. Szczególnie ważną przesłanką jest wystąpienie wydłużonej dobowej normy czasu pracy dla danych grup pracowników, tj. pielęgniarek, położnych, sanitariuszy, salowych, kierowców itd., a co za tym idzie - zastosowanie okresu rozliczeniowego czasu pracy nałożonego w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, póź. 654).

Katarzyna Sakra-Kukla
przedruk z Wolters Kluwer

Wykaz aktów prawnych

mających zastosowanie do uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

1. Wersja skonsolidowana Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U.UE C 83 z 30.03.2010 r.) – akt prawa pierwotnego Unii Europejskiej, który organizuje funkcjonowanie Unii i określa dziedziny, granice i warunki wykonywania jej kompetencji; art. 53 tegoż traktatu stanowi podstawę do uchwalenia dyrektyw zmierzają-

cych do wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dowodów kwalifikacji zawodowych oraz do koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących podejmowania i wykonywania działalności prowadzonej na własny rachunek.

2. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE L 255 z dnia 30.09.2005 str. 22, z późn. zm.) – akt prawa pochodnego Unii Europejskiej, którego mocą prawodawcy państw członkowskich Unii zostają zobowiązani do implementacji określonych regulacji prawnych, służących osiągnięciu wskazanego w dyrektywie, pożądanego stanu rzeczy; Dyrektywa 2005/36/WE ma na celu umożliwienie każdemu obywatelowi państwa członkowskiego UE, Konfederacji Szwajcarskiej lub w państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronach umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym uznanie kwalifikacji do wykonywania zawodu regulowanego lub działalności w państwie członkowskim innym niż to, w którym uzyskał kwalifikacje zawodowe.
3. Komunikat Komisji – Notyfikacja dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji lekarzy specjalistów, pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną, lekarzy dentyistów specjalistów, położnych i architektów (Dz. U. UEC 137/07 z dnia 04.06.2008 r.) – komunikat Komisji Europejskiej rozszerzający załącznik V pkt 5.2.2 oraz 5.5.2 Dyrektywy 2005/36/WE czyli wykaz dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną oraz położnych, uprawniających do automatycznego uznania kwalifikacji zawodowych, o tytuł „licencjat pielęgniarstwa” oraz „licencjat położnictwa” uzyskane po 1 maja 2004 r.
4. Ustawa z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2008 r., Nr 63, poz. 394) – jest to ustawa implementująca Dyrektywę 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych do polskiego porządku prawnego.
5. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 października 2008 r. w sprawie określenia wzorów formularzy wniosków o wszczęcie postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. z 2008 r., Nr 187, poz. 1151) – akt prawny wydany na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 10 ustawy z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2008 r., Nr 63, poz. 394) mający za zadanie określenie wzorów formularzy wniosków o wszczęcie postępowania w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu regulowanego oraz do podejmowania lub wykonywania działalności.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania o uznanie kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych (Dz. U. z 2009 r., Nr 31, poz. 216) – akt prawny wydany na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 18 ustawy z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2008 r., Nr 63, poz. 394) mający za zadanie określenie warunków, sposobu i trybu odbywania stażu adaptacyjnego, sposobu i trybu wykonywania nadzoru nad odbywaniem stażu adaptacyjnego oraz oceny nabytych przez wnioskodawcę umiejętności, sposobu ustalania kosztów odbywania stażu adaptacyjnego oraz trybu ponoszenia, pobierania i zwrotu opłaty za odbycie stażu adaptacyjnego, a także określenia warunków, sposobu i trybu przeprowadzania testu umiejętności oraz oceny wykazanych przez wnioskodawcę umiejętności, sposobu ustalania kosztów przeprowadzania testu umiejętności oraz trybu ponoszenia, pobierania i zwrotu opłaty za przeprowadzenie testu umiejętności w toku postępowania o uznanie nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub w państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronach umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych.
7. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038) – ustawa określająca organizację i zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz prawa i obowiązki jego członków; w art. 31 ustawodawca przekazuje okręgowej radzie pielęgniarek i położnych uprawnienie do stwierdzania oraz przyznawania prawa wykonywania zawodu.
8. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz.

- 1039, z późn. zm.) – ustawa określająca zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych, kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie wykazu dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i Konfederacji Szwajcarskiej (M. P. z 2012 r., Nr 0, poz. 15) – akt prawny wydany na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 34 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowiący wykaz dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i Konfederacji Szwajcarskiej uprawniających do rozpoczęcia procedury stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej w Rzeczypospolitej Polskiej.
 10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2012 r., Nr 0, poz. 770) – akt prawny wydany na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 55 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej określający zasady przyjęcia, czas trwania, program kształcenia oraz warunki zaliczenia tzw. studiów pomostowych. Podstawowym celem ww. studiów jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych. Ich ukończenie pozwala na uzyskanie kwalifikacji zawodowych na poziomie umożliwiającym ich automatyczne uznanie w krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wykształcenia.
 11. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (j.t. Dz. U. z 2011, Nr 264, poz. 1573, z późn. zm.) – ustawa określa zasady i warunki wjazdu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przejazdu przez to terytorium, pobytu na nim i wyjazdu cudzoziemców z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tryb postępowania oraz organy właściwe w tych sprawach. Ważny akt prawny z punktu widzenia cudzoziemców, którym ustawa o zawodach pielęgniarki położnej nakazuje posiadanie zezwolenia na osiedlenie się, aby mogli mieć przyznane prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
 12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz. U. z 2012 r., Nr 0, poz. 1003) – akt prawny wydany na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 35 ust. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej określający ramowy program stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, sposób i tryb odbywania oraz zaliczenia stażu, szczegółowy zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej w okresie odbywania stażu oraz warunki, jakie powinien spełniać podmiot leczniczy, w którym są odbywane staże.
 13. Ustawa z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (j.t. Dz. U. z 2011 r., Nr 43, poz. 224, z późn. zm.); rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 15 października 2003 r. w sprawie egzaminów z języka polskiego jako obcego (Dz. U. z 2003 r., Nr 192, poz. 1871); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2012 r., Nr 0, poz. 817) – akty prawne odnoszące się zakresu znajomości języka polskiego, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej oraz innych cudzoziemców; regulujące szczegółowe warunki i tryb przeprowadzania egzaminów.

minów z języka polskiego jako języka obcego oraz wydawania poświadczeń znajomości języka polskiego, wzór poświadczenia, warunki odpłatności za przeprowadzanie egzaminów i wydawanie poświadczeń, wymagania, jakim powinni odpowiadać egzaminatorzy państwowych komisji egzaminacyjnych, a także standardy wymagań dla poszczególnych poziomów zaawansowania znajomości języka polskiego.

14. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2008 r. w sprawie zakresu i terminów składania informacji o zmianach wymogów dotyczących zawodów regulowanych i działalności oraz o podjętych decyzjach w sprawach uznania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. z 2008 r., Nr 185, poz. 1147, z późn. zm.) – akt prawny wydany na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 26 ust. 2 ustawy

o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, skierowany do organów wydających decyzje w sprawach uznania kwalifikacji zawodowych i obligujący te organy do przekazywania ministrowi właściwemu do spraw szkolnictwa wyższego lub osobie wyznaczonej do pełnienia funkcji koordynatora informacji o wydanych decyzjach w sprawach uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu regulowanego oraz do podejmowania lub wykonywania działalności na określonych formularzach i w wyznaczonych terminach.

Klaudiusz Sigiel

Asystent ds. prawnych NIPiP
Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny

Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej

W latach 2012 - 2015 realizowany jest, przez Departament Pielęgniarek i Położnych. Ministerstwa Zdrowia, w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego projekt systemowy pn. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Celem projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej.

W ramach projektu założono przeszkolenie 2000 lekarzy POZ, 2000 pielęgniarek POZ, 1000 fizjoterapeutów, 200 opiekunów medycznych i 200 terapeutów środowiskowych.

Planowany termin rozpoczęcia szkoleń to IV kwartał bieżącego roku. Wykonawcy szkoleń zostaną wyłonieni w drodze zamówienia publicznego.

Wsparciem w ramach projektu objęci zostaną lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci opiekunowie medyczni oraz terapeuci środowiskowi.

Szkolenia poszczególnych grup zawodowych realizowane będą na podstawie programów kształce-

nia opracowanych w ramach projektu przez zespoły ekspertów powołane w ramach Zespołu ds. gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Przewidywana długość szkoleń to 40 godzin zajęć teoretyczno-praktycznych realizowanych w trakcie 2 zjazdów, trwających po 3 dni każdy (pielęgniarki POZ, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni i terapeuci środowiskowi) lub 21 godzin zajęć teoretyczno-praktycznych realizowanych w trakcie 1 zjazdu (lekarze POZ).

Szkolenia będą bezpłatne dla uczestników. Ich koszt pokrywany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo, uczestnicy otrzymają wsparcie w postaci zwrotu kosztów zakwaterowania i dojazdu na szkolenie.

Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, będące efektem realizacji projektu, powinno przyczynić się do wypracowania modelu opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w środowisku zamieszkania, opartego na współpracy poszczególnych grup zawodowych objętych projektem. W ramach projektu, na podstawie między innymi ankiet wypełnianych przez uczestników szkoleń oraz wywiadów z ekspertami, przeprowadzona zostanie ewaluacja

obecnego systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce. Na jej podstawie zostaną wypracowane założenia kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunków jej realizacji, w tym poprawy systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, co w efekcie powinno przyczynić się do poprawy sytuacji w tym zakresie.

Założeniem projektu jest, aby jego realizacja przyczyniła się do wzrostu świadomości społeczeństwa, w tym kadr medycznych oraz osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych na temat potrzeby sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Projekt jest przedsięwzięciem ogólnopolskim.

Medyczne Centrum Kształcenia „WIEDZA” w Sandomierzu prowadzi w Zamościu kurs specjalistyczny w zakresie opieki geriatrycznej dla 30 uczestników z woj. lubelskiego

Notatka z przeprowadzonego cyklu szkoleń z zakresu „Odpowiedzialność prawna pielęgniarki i położnej”

W dniach 13-15 listopada 2012 roku odbył się cykl szkoleń „Odpowiedzialność prawna pielęgniarki i położnej” dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Organizatorem szkoleń było wydawnictwo Wolters Kluwer we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Patronem szkolenia Serwis Prawo i Zdrowie.

Autorką programu szkolenia i prowadzącą dr Dorota Karkowska - doktor nauk prawnych, adiunkt w Katedrze Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, kierownik Podyplomowego Studium Prawa Medycznego, Praw Pacjenta i Ubezpieczeń Zdrowotnych prowadzonego w ramach Katedry Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, członek rady fundacji Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz członek rady nadzorczej fundacji Lege Pharmaciae, głównym obszarem zainteresowań badawczych i dydaktycznych autorki są zagadnienia prawa medycznego, ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony praw człowieka.

Podczas szkolenia Pani dr Dorota Karkowska wyjaśniła najważniejsze kwestie związane z ramami prawnymi wykonywania zawodu, a także zagadnienia związane z prawami pielęgniarki i położnej.

I. Status zawodowy pielęgniarki i położnej

- pielęgniarka i położna jako profesjonalista medyczny:

- zawód wolny
- zawód zaufania publicznego,
- zawód samodzielny.

II. Prawa pacjenta, a prawa pielęgniarki i położnej.

III. Odpowiedzialność prawna i zawodowa – Rodzaje odpowiedzialności:

- a) cywilna – szkoda
- b) pracownicza – naruszenie obowiązków pracowniczych
- c) karna – czyn zabroniony ustawą
- d) zawodowa – naruszenie zasad wykonywania zawodu
- e) Rzecznik Praw Pacjenta
- f) pozasądowy model dochodzenia roszczeń.

W dniu 13 listopada 2012 r. szkolenie odbyło się w Zamościu – udział wzięło 168 osób

W dniu 14 listopada 2012 r. szkolenie odbyło się w Tomaszowie Lubelskim – udział wzięło 128 osób

W dniu 15 listopada 2012 roku szkolenie odbyło się w Hrubieszowie – udział wzięło 90 osób. W szkoleniu brały udział pielęgniarki i położne zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej, podstawowej opiece zdrowotnej, domach pomocy społecznej oraz prowadzące indywidualne praktyki.

Uczestnicy szkolenia podziękowali organizatorom. Szczególne podziękowania skierowano do Pani dr Doroty Karkowskiej.

Kompetencje zawodowe pielęgniarek, położnych - wykaz aktów prawnych

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, póź. 1039 ze zm.)
 - akt prawny regulujący ogólny zakres kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej;
 2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. Nr 210, póź. 1540) - akt prawny określający szczegółowo zakres świadczeń zdrowotnych, które mogą być wykonywane przez pielęgniarkę, położną i pielęgniarkę systemu samodzielnego, bez zlecenia lekarza;
 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2010, Nr 187, póź. 1259) - akt prawny, który określa czynności zawodowe, które są realizowane m.in. przez położną w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem;
 4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005, Nr 214, póź. 1816) - akt prawny, który określa m.in. zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
 5. Na podstawie upoważnienia wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008, Nr 164, póź. 1027 ze zm.) zostały wydane rozporządzenia Ministra Zdrowia określające zasady i organizację udzielania świadczeń gwarantowanych w poszczególnych obszarach ochrony zdrowia, zakres zadań realizowanych przez pielęgniarki i położne w ramach udzielania ww. świadczeń gwarantowanych. Główne rozporządzenia Ministra Zdrowia regulujące ww. kwestie:
 - a) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych i zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2009, Nr 139, póź. 1139 ze zm.),
 - b) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2009, Nr 140, póź. 1147 ze zm.),
 - c) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2009, Nr 139, póź. 1138 ze zm.),
 - d) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2009, Nr 140, póź. 1143 ze zm.).
 6. Na podstawie upoważnienia wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostało wydane także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. z 2009, Nr 139, póź. 1133), które określa organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami oraz wskazuje na wymagane kwalifikacje i zadania pielęgniarki, położnej sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami;
 7. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z 2012 r, póź. 631) - akt prawny określający zakres umiejętności, które nabywa absolwent studiów I i II stopnia na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo, które po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej może wykorzystywać we własnej praktyce zawodowej;
 8. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz.U. z 2004, Nr 125, póź. 1317 ze zm.)
 - akt prawny określający m.in. zakres zadań służby medycyny pracy, które są wykonywane przez pielęgniarki;
 9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2003, Nr 197, póź. 1922 ze zm.) - akt prawny określający m.in. umiejętności wynikowe (zakres kompetencji), które są nabywane przez pielęgniarki i położne po ukończonych szkoleniach specjalizacyjnych (specjalizacjach).
- Należy także pamiętać, iż pielęgniarki, położne, które ukończyły poszczególne rodzaje szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych nabywają określone umiejętności, kompetencje zawodowe, wynikające z ramowych programów kształcenia określonych dla ww. rodzajów kształcenia. Ramowe programy kształcenia dla poszczególnych szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych są zamieszczone na stronie internetowej Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych: www.ckppip.edu.pl Stan prawny na dzień 25.10.2012 r.

Przemysław Ośka
asystent ds. prawnych w biurze NIPiP



Szkolenie: „Odpowiedzialność prawna pielęgniarki i położnej”





Szkolenie: „Odpowiedzialność prawna pielęgniarki i położnej”

