

Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

Nr 2/2012

Z okazji

*Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej
Składam Wszystkim Koleżankom i Kolegom
najserdeczniejsze życzenia.*

*Jest to dzień uroczysty i wyjątkowy,
bo poświęcony pielęgniarkom i położnym,
których powołaniem jest czynienie dobra
na rzecz drugiego człowieka,
wspieranie go w chorobie i niesienie ulgi
w bólu i cierpieniu.*

*W tym szczególnym dniu składam podziękowanie
za trudną pracę, fachowość oraz troskę
i życzliwość okazywaną pacjentom.
Życzę pomyślności w życiu osobistym
i pracy zawodowej.
Uśmiech i wdzięczność pacjentów niech
codziennie Wam towarzyszy,
a praca na rzecz ludzi chorych
i potrzebujących pomocy
budzi dumę i daje osobistą satysfakcję.*

W imieniu

ORPiP w Zamościu

Przewodnicząca Danuta Kusiak



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: oipizamosc@oipip.eu

www.oipip.home.pl

NIP 922-15-78-038

REGON 950013990

Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Zamość dn. 10.05.2012 r.

Zaproszenie

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
zaprasza na obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki
i Dnia Położnej w dniu 2 czerwca 2012 roku**

Program:

I część - Rynek Solny w Zamościu – czynny udział pielęgniarek i położnych

- 10.00 – 15.00** - akcja promująca edukację zdrowotną w zakresie:
- chorób układu krążenia
 - chorób układu ruchu
 - zdrowia psychicznego
 - zdrowia kobiety w okresie menopauzalnym

II część - Browar Zamość ul. Sienkiewicza 22 – Konferencja nt. dla pielęgniarek i położnych

- 16.00 – 18.00** - Wykład - „Cukrzyca problem XXI wieku” - wykładowca lek. med. **Elżbieta Kramarczuk**
Prezentacja Firm uczestniczących w Konferencji:
- Abbott Diabetes Care
 - Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A
- 18.00 – 23.00** - uroczysta kolacja – spotkanie integracyjne

Zapisy przyjmujemy do dnia 25 maja 2012 roku - (ilość miejsc ograniczona decyduje kolejność zgłoszeń)

Opłata konferencyjna wynosi 30 zł – płatna w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Bliższych informacji udziela Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu - tel **84 639-31-97, 84 639-07-06**

Przewodnicząca ORPiP w Zamościu – **Danuta Kusiak**

Ważny komunikat dla Pielęgniarek i Położnych wykonujących indywidualną i grupową praktykę!!!

Pielęgniarki i Położne, które rozpoczęły wykonywanie indywidualnej lub grupowej praktyki zawodowej przed dniem 01.01.2012 r. zobowiązane są do dokonania zmian wpisu do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Zamościu. Termin dokonania zmian upływa z dniem 30 czerwca 2012 roku.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. Nr 112, poz 654

Wnioski o dokonanie zmian we wpisie znajdują się na stronie www.home.pl oraz w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Zamościu.

W przypadku pytań lub wątpliwości kontakt telefoniczny: 84 -639-31-97 lub 84 639-07-06

Z obrad Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

W dniu 23 marca 2012 roku odbył się XXVII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Obrady Zjazdu otworzyła Przewodnicząca Okręgowej Rady Danuta Kusiak, która powitała zaproszonych gości i delegatów na Zjazd.

W Zjeździe uczestniczyła Sekretarz NRPiP w Warszawie Pani Joanna Walewander, która odczytała list od Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyny Rogala-Pawelczyk.

Stanowiska podjęte na XXVII Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w dniu 23 marca 2012 roku

Stanowisko Nr 1

Delegatów XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku

w sprawie zmian dotyczących wydłużenia wieku emerytalnego

Powołując się na ustawowe zadania samorządu, wynikające z art. 4 ust. 1, 2, 7 i 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych, Delegaci XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, wyrażają stanowczy sprzeciw wobec projektu wydłużania wieku emerytalnego do 67 roku życia, arbitralnie narzucanego także grupie zawodowej pielęgniarek i położnych, z całkowitym pominięciem psychofizycznej specyfiki tych zawodów a dodatkowo z pominięciem jakiegokolwiek formy dialogu społecznego dowodzącym o lekceważeniu naszego środowiska.

Uzasadnienie

Planowane przez Rząd zmiany w zakresie podwyższenia granicy wieku emerytalnego dla kobiet

i mężczyzn są w ocenie delegatów uczestniczących w XXVII OZPiP Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu zmianami nie możliwymi do przyjęcia i akceptacji.

Powyżej 60 roku życia znacznemu obniżeniu ulega zarówno sprawność fizyczna, jak i psychiczna człowieka. Wykonujący zawody pielęgniarki i położnej nie będą w stanie w wieku 67 lat realizować swoich obowiązków z należytą starannością. Powyższe okoliczności rodzą poważne ryzyko dla życia i zdrowia pacjentów.

Przewodnicząca Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Joanna Walewander

Stanowisko Nr 2

Delegatów XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku

Delegaci XXVII OZPiP w Zamościu wyrażają sprzeciw wobec treści zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą - stwierdza, że: - przyjęty w § 9 ust. 4 i 5, wskazanego powyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia, sposób reprezentacji poszczególnych organów w składzie komisji konkursowej w przypadku postępowania konkursowego dotyczącego stanowiska naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek oraz stanowiska pielęgniarki oddziałowej jest zaprzeczeniem zasad demokratycznego wyboru kandydata.

Stanowisko zdecydowanie uprzywilejowane ma kierownik podmiotu leczniczego, który ma prawo wskazania do składu komisji konkursowej od 3 - 6 osób, podczas gdy okręgowa rada pielęgniarek i położnych oprócz przewodniczącego komisji konkursowej kieruje do składu tylko dwóch przedstawicieli. Oprócz wymienionych powyżej - do komisji wchodzi jeszcze po jednym: przedstawiciel okręgowej izby lekarskiej, zakładowych organizacji związkowych działających w podmiocie leczniczym i towarzystwa naukowego. Uprzywilejowana pozycja kierownika podmiotu leczniczego w komisji konkursowej na stanowiska pielęgniarskie uniemożliwia dokonanie wyboru kandydata w sposób

rzetelny i bezstronny, wobec zdecydowanej przewagi głosów kierownika podmiotu leczniczego. W tej sytuacji powodzenie postępowania konkursowego na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów § 9 ust. 4 i 5 powołanego rozporządzenia Ministra Zdrowia - nie ma sensu.

Zwracamy uwagę na przejaw dyskryminacji, co do osób uczestniczących w postępowaniach konkursowych na stanowiska kierownicze w jednostkach leczniczych. Sposób postępowania wydaje się

być niejasny, marginalizujący rolę przedstawicieli okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Wobec powyższego wnioskujemy o podjęcie stosownych działań mających na celu zmianę nowych przepisów i przywrócenie zasad dotychczasowych.

Przewodnicząca Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu
Joanna Walewander

Stanowisko Nr 3

Delegatów XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek Położnych
w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku

w sprawie uszczegółowienia katalogu prac o szczególnym charakterze

Delegaci XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu wnoszą o podjęcie działań przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie o zmianę zapisów ustawy o emeryturach pomostowych z dnia 19 grudnia 2008 roku.

Prace o szczególnym charakterze to prace wymagające szczególnej odpowiedzialności, oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się.

Wykaz prac o szczególnym charakterze zawarty w załączniku nr 2 pkt 24 „*prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezyjologii w warunkach ostrego dyżuru*”

do ustawy w sposób mało precyzyjny określa, kto może być zaliczony do wykazu osób objętych tą ochroną. Z praktyki wiadomym jest, że grupa zawodowa pielęgniarek i położnych często jest pomijana przy obowiązku pracodawcy zgłaszania do objęcia możliwością przejścia na wcześniejszą emeryturę.

Wnosimy o określenie katalogu wykazu prac o szczególnym charakterze z uwzględnieniem pracy wykonywanej przez pielęgniarki i położne, oraz zniesienia podejmowania jednoosobowej decyzji w sprawie typowania osób do uprawnienia do wcześniejszej emerytury.

Przewodnicząca Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
Joanna Walewander

Uchwały podjęte na XXVII OZPiP

- **Uchwała Nr 1** XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu za okres od 28.10.2011 do 29.02.2012 roku.
- **Uchwała Nr 2** XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej OIPIP w Zamościu za okres od 28.10.2011 do 29.02.2012 roku.

- **Uchwała Nr 3** XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych OIPIP w Zamościu za okres od 28.10.2011 – 29.02. 2012 roku.
- **Uchwała Nr 4** XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej OIPIP w Zamościu za okres od 28.10.2011 do 29.02.2012 roku.
- **Uchwała Nr 5** XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku w sprawie zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu w 2012 roku.
- **Uchwała Nr 6** XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku w sprawie zatwierdzenia planu wpływów i wydatków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na rok 2012.
- **Uchwała Nr 7** XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 23 marca 2012 roku w sprawie zatwierdzenia regulaminów organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Z prac Prezydium ORPiP

Prezydium - uchwały z dnia 23 marca 2012 roku

Uchwała Nr 54/VI/12 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu

Uchwała Nr 55/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarki

Uchwała Nr 56/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarki

Uchwała Nr 57/VI/12 w sprawie przyznania zapomóg losowych (dla 7 osób na łączną kwotę 5100 zł)

Uchwała Nr 58/VI/12 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej izby (OIPIP w Chełmie - 200 zł)

Uchwała Nr 59/VI/12 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej izby (OIPIP w Płocku - 200 zł)

Uchwała Nr 60/VI/12 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków OIPIP w Zamościu (łącznie dla 25 osób na łączną kwotę 20 000 zł)

Uchwała Nr 61/VI/12 w sprawie skreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek Położnych w Zamościu

Uchwała Nr 62/VI/12 w sprawie skreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

Uchwała Nr 63/VI/12 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia

Uchwała Nr 64/VI/12 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia

Uchwała Nr 65/VI/12 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydanie zaświadczenia

Uchwała Nr 66/VI/12 w sprawie dofinansowania kursu specjalistycznego „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych” - (dla 28 osób na łączną kwotę 4200 zł)

Uchwała Nr 67/VI/12 w sprawie dofinansowania kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne” - (dla 31 osób na łączną kwotę 5890 zł)

Prezydium - uchwały z dnia 20 kwietnia 2012 roku

Uchwała Nr 68/VI/12 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu

Uchwała Nr 69/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarki

Uchwała Nr 70/VI/212 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu

Uchwała Nr 71/VI/12 w sprawie stwierdzenia prawa

wykonywania zawodu i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu

Uchwała Nr 72/VI/12 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek

Uchwała Nr 73/VI/12 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek

Uchwała Nr 74/VI/12 w sprawie przyznania zapomóg losowych (dla 6 osób na łączną kwotę 3800 zł)

Uchwała Nr 75/VI/12 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia

Uchwała Nr 76/VI/12 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia

Uchwała Nr 77/VI/12 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków OIPiP w Zamościu (4 osoby na łączną kwotę 5400 zł)

Uchwała Nr 78/VI/12 w sprawie sfinansowania kosztów uczestnictwa w organizowanym przez NIPiP szkole

ni dla osób pełniących funkcje z wyboru (3 osoby na łączną kwotę 1682 zł)

Uchwała Nr 79/VI/12 w sprawie delegowania przedstawicieli ORPiP do składu komisji egzaminacyjnych

Uchwała Nr 80/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Uchwała Nr 81/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Uchwała Nr 82/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Uchwała Nr 83/VI/12 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Uchwała Nr 84/VI/12 w sprawie zakupu wieńca na uroczystość pogrzebową

Uchwała Nr 85/VI/12 w sprawie zakupu kserokopiarki do biura OIPiP w Zamościu

Mundur pielęgniarki i położnej

Wzory mundurów pielęgniarki i położnej zmieniały się z wraz z upływem czasu, dostosowując się do obowiązującej mody. Niezmienne pozostaje ich znaczenie: symboliczne – symbol ubóstwa, poświęcenia Bogu i służbie bliźniemu, praktyczne – zabezpieczenie przed zakażeniem skóry i przenoszeniem bakterii oraz estetyczne – podkreślanie czystości stroju.

Elementy stroju

W kontekście historyczno-symbolicznym mundur pielęgniarki i położnej składa się z zestawu odzieży, czepka, fartucha (najczęściej z szarego płótna, fartucha białego krzyżowego, butów profilaktycznych oraz peleryny sukiennej).

Mundur – historia i współczesność

Pierwsze wzmianki na temat mundurów pochodzą z okresu wczesnego chrześcijaństwa, kiedy diakonisy sprawujące funkcje opiekuńczo-pielęgnacyjne nosiły jednakową odzież i jednakowe nakrycia głowy. Z kolei siostry szarytki – opiekunki chorych ze świeckiego Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia, założonego przez Wincentego őr Paulo w 1633 r. – no-

siły suknie z szarego płótna, z szerokimi rękawami, a głowy okrywały białymi chustami.

W Polsce strój pielęgniarski pojawił się na początku XX w. i był wzorowany na mundurach pielęgniarek amerykańskich. Składał się z bawełnianej sukienki z długimi rękawami (często kolorowej, czasem w kolorowe paski czy w kratkę), z usztywnionym kołnierzykiem i mankietami. Do pracy zakładano fartuch z bawetem (fartuch bez rękawów, typu krzyżak), czepek, pantofle na niskim obcasie, pończochy w kolorze obuwia. Uzupełnieniem stroju była kolorowa peleryna, sięgająca do połowy uda. Niektóre szkoły pielęgniarskie okresu międzywojennego wprowadzały umundurowanie według własnych projektów.

Pierwsze zapisy dotyczące formalnych wymagań w sprawie umundurowania, zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej i w pierwszej ustawie o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r. (Dz.U.1935 Nr. 27 poz 199, art. 18, pkt. 11). W 1961 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydało Regulamin Szpitalny, w którym znalazł się zapis dotyczący umundurowania pielęgniarek i położnych, a w Zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 31 marca 1977 r. wymieniono

skład umundurowania pielęgniarek: czepek, sukienka, ubranie dwuczęściowe, fartuch krzyżowy, fartuch biały, trzewiki profilaktyczne, półbuty tekstylne, peleryna sukienna.

W latach 1990–1995 podczas wykonywania czynności zawodowych zastępowało się mundur odzieżą ochronną, zgodną z obowiązującymi przepisami BHP. Zwracano również uwagę na potrzebę noszenia obuwia profilaktycznego oraz przestrzegano przed noszeniem biżuterii w czasie pracy.

Zmiany w stroju pielęgniarek i położnych determinowały m.in.: doświadczenia, potrzeba poprawienia funkcjonalności, wiedza o zakażeniach, tendencje w modzie kobiecej. Modyfikowano kołnierze, długość munduru i rękawów. Z czasem dodatkiem do munduru stał się zegarek z sekundnikiem i nożyczki z zaokrąglonymi końcówkami, noszone w kieszeni.

Wyraźne zmiany w stroju pielęgniarek i położnych nastąpiły w końcu XX w., kiedy dopuszczono w miejscu pracy noszenie garsonek i garniturów, w różnych kolorach oraz fasonach.

Czepek

Czepek pielęgniarki i położnej jest nakryciem głowy, białej barwy, owalnego kształtu z poziomym paskiem szerokości 2,5 cm, czarnym dla pielęgniarek i czerwonym dla położnych. Dawniej pełnił funkcje ochronne (zabezpieczał włosy), ale stanowił także element stroju wielu żeńskich zgromadzeń zakonnych. Współcześnie ma znaczenie symboliczno-informacyjne. Pierwsze czepki okrywały całą głowę, chroniły przed kurzem. Ich kształt często podlegał zmianom – noszono czepki z welonikiem, okrągłe, w kształcie motylka, natomiast kolor zawsze był biały.

Po raz pierwszy czepki pojawiły się w 1876 r. w szpitalu w Bellevue (USA). W Polsce nieco później, wraz z powstaniem Szkoły Zawodowych Pielęgniarek Stowarzyszenia Panien Ekonomek Św. Wincentego à Paulo w Krakowie w 1911 r. Był to okrągły czepek z niewielkim wyłogiem, który w celach reprezentacyjnych okrywany był granatowym welonikiem. Czepki późniejszych szkół różniły się detalami: wysokością wyłogów, ich zakończeniem (zaostrzone, zaokrąglone, wywinięte, zwężone), komunikowały otoczenie o przynależności do danej szkoły, były przedmiotem dumy.

Pierwszy czepek otrzymywała uczennica szkoły pielęgniarskiej w czasie uroczystości „czepkowania”. Wchodząc w kolejne stopnie wtajemniczenia

do zawodu, uczennicy szkoły w czasie uroczystego „paskowania” nakładano aksamitny pasek na wyłogu czepka (kolejne paski w miarę upływu nauki szkolnej). W Polsce uroczystość „czepkowania” stała się tradycją, miała podniosły charakter i była oczekiwana zarówno przez młodzież jak i nauczycieli. Towarzyszył jej ceremoniał i starannie opracowane scenariusze.

Absolwentki szkół miały prawo do noszenia na czepkach aksamitnego szerokiego paska, pielęgniarki – czarnego, natomiast położne – czerwonego.

Aksamitka, podobnie jak w wojsku, symbolizuje rangę osoby w zawodzie (uczennica, pielęgniarka dyplomowana). Dawne prawo noszenia aksamitnych kapturków we Francji miały tylko kobiety wysoko urodzone pochodzące ze szlacheckich rodów. Aksamitka miała odzwierciedlać profesjonalizm pielęgniarki i położnej. Pochodzenie czarnego paska – aksamitki, jest utożsamiane ze zdarzeniem, które miało miejsce we Francji, kiedy Katarzyna Medycejska, królowa Francji, w dowód wdzięczności przyznała prawo noszenia aksamitnego kapturka położnej Luysie Bourgeois Dousier. Pochodzenie aksamitki na białym czepku, związane jest zatem z przywilejem noszenia aksamitnego czepka.

Warunki uzyskania prawa do noszenia oznak zawodu regulowało pismo okólne Ministra Zdrowia z 8 lutego 1950 r. (Dz. U. Min. Zdr. z dn. 5 lutego 1950 r.), które zawierało zapis: *„pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarek lub złożyły państwowy egzamin, mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm w kolorze czarnym (czerwonym – położna, niebieskim – dietetyczka). Zgodnie z pismem, zabrania się noszenia wyżej podanych oznak przez inny personel”*.

Stanowiskiem I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 12 grudnia 1990 r. w sprawie identyfikatorów zawodowych pielęgniarek i położnych uchylono konieczność noszenia czepka jako identyfikatora zawodu, a nałożono obowiązek legitymowania się plakietką informacyjną o treści ustalonej decyzją okręgowego organu samorządowego. Wiele pielęgniarek dodatkowo wpina w mundur metalową miniaturkę czepka pielęgniarskiego. Zgodnie ze stanowiskiem XV Krajowego Zjazdu PTP czepek pielęgniarski stanowi element stroju galowego pielęgniarki. Czepek jako symbol zawodowy ozdabia wizerunki książek, używany jest podczas uroczystości.

Czepek pielęgniarki i położnej w znaczeniu symbolicznym oznaczał pokorę, chęć służenia innym.

Posiadał również znaczenie funkcjonalne: ochronę i zabezpieczenie włosów. Ostatecznie przyznano mu wyłącznie rolę symbolu i zastąpiono znacznikiem, miniaturowym czepkiem noszonym w klapie munduru. Przypisuje się mu również znaczenie refleksyjne - wyzwalanie myślenia opartego na idei humanizmu.

Należałoby się zastanowić nad powrotem stroju pielęgniarki i położnej, który nawiązywałby do tradycji, a jednocześnie był na miarę współczesnych czasów i podkreślał to, co w tych dwóch zawodach najcenniejsze: kompetencje i profesjonalizm.

Życzymy wszystkim pielęgniarkom i położnym jak najwięcej satysfakcji z wykonywanej pracy.

Piśmiennictwo:

1. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1988.
2. Ślusarska B., Zarzycka D.: Czepek pielęgniarski a kształcenie akademickie w zawodzie pielęgniarki. *Nasz Głos* 2002; 3: 10-12.
3. Zahradniczek K. (red.): Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie. Kraków 2011.
4. Zarzycka D., Dobrowolska B., Ślusarska B.: Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa- relikw przeszłości czy wartość zawodowa? *Problemy pielęgniarstwa* 2009; 17; 1: 54-62.
5. Biuletyn Informacyjny OIPIP RP.
<http://www.wmp.org.pl/pl/>.

Sprawozdanie z Kongresu

W dniu 19 kwietnia 2012 roku odbył się Ogólnopolski Kongres Ekspozycji Zawodowej zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w Warszawie pod hasłem „Dbając o zdrowie – narażają zdrowie”.

Ekspozycja zawodowa to zdarzenie zachodzące w placówce opieki zdrowotnej w której pracownik opieki zdrowotnej uległ ekspozycji w związku z wykonywaniem pracy zawodowej.

Podczas ekspozycji zawodowej może dojść do przeniesienia patogenu. Wszelkie drobnoustroje patogene znajdujące się we krwi lub innym materiale zakaźnym mogą spowodować chorobę u ludzi.

Codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń wskutek zakłuć igłami przy ponad 30 potencjalnie niebezpiecznych patogenach.

Przykłady patogenów krwiopochodnych obejmują HBV, HCV, HIV, malarię wirusową, gorączkę krwotoczną, kiłę, chorobę Creutzfeldta-Jakoba, infekcje arbowirusowe.

Rodzaje ekspozycji:

- ekspozycje przeskórne – jak zakłucie igłą lub innym zanieczyszczonym przedmiotem ostrym lub ugryzienie, które powoduje krwawienie, lub inne widoczne uszkodzenie skóry np. pobieranie krwi, kaniulacja żył i tętnic, oraz iniekcje,
- ekspozycja błony śluzowej – oczu, nosa, ust, zanieczyszczoną krwią, lub płynami ustrojowymi,

- ekspozycja skóry – poprzez kontakt skóry z zanieczyszczonym materiałem.

Obecnie szacuje się, że w Europie w ciągu roku dochodzi do 12-30 zakłuć na 100 łóżek szpitalnych. 75% zranień powstaje podczas czynności związanych z opieką nad pacjentem.

Do ekspozycji najczęściej dochodzi w oddziałach zabiegowych i blokach operacyjnych, w trakcie pobierania krwi, szycia, kaniulacji żył i tętnic.

Dr hab. n. med. Maria Gańczak z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego informowała, że w Polsce szacunkowo dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli około 100 zakłuć dziennie. Skala zjawiska jest bardzo duża. Ekspozycja niesie za sobą wysokie ryzyko zakażenia. Dlatego osoba ekspozycja powinna jak najszybciej (nie później niż 48 godzin) po ekspozycji zgłosić się do lekarza.

Każdy incydent lub podejrzenie zajścia incydentu zakłucia igłą, ostrym narzędziem, rozprysku, czy zachłapania krwią musi zostać zgłoszony w szpitalu, zgodnie z obowiązującą procedurą.

Były Konsultant Krajowy ds. Chorób Zakaźnych prof. Andrzej Gładysz zwrócił uwagę, że brakuje jednolitego modelu zapobiegania zranieniom oraz postępowania po kontakcie pracownika z materiałem zakaźnym. Jak podkreślił Profesor, zakłucie „wiąże się z wysokimi kosztami materialnymi, ale także wywołują skutki społeczne i emocjonalne, ponieważ pracownicy z ich rodziny cierpią przez wiele

miesiący w niepewności i oczekiwaniu, że być może doszło do zakażenia”.

Jak informuje dr hab. n. med. Maria Gańczak 80% przypadkowo zakłutych osób nikomu tego nie zgłasza. Pracownicy obawiają się, że pracodawca uzna, że do zdarzenia doszło z ich winy, bądź sami poszkodowani bagatelizują wypadek.

Tymczasem szybka profilaktyka nie tylko zabezpiecza przed poważnymi problemami zdrowotnymi, ale jest wielokrotnie tańsza niż leczenie.

Wszyscy eksperci podkreślali konieczność uświadamiania personelu i dodatkowe zabezpieczenie pracy personelu.

Rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji prawnych minimalizujących ryzyko ekspozycji wśród pracowników służby zdrowia.

Europejscy partnerzy społeczni w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej HOSPEM i EPSU 17 lipca 2009 roku podpisali paneuropejską umowę ramową w sprawie zapobiegania zranieniom narzędziami ostrymi, któ-

ra została włączona do pozycji Dyrektywy Rady UE. W efekcie 10 maja 2010 roku została uchwalona Dyrektywa 2010/32/UE. W Polsce rozpoczęto prace nad implementacją Dyrektywy, która uznaje, że codzienne praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń, oraz reguluje kwestie związane z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy.

Ministerstwem odpowiedzialnym za koordynację procesu implementacji Dyrektywy 2010/32/UE do krajowego porządku prawnego wyznaczone zostało Ministerstwo Zdrowia.

Proces zmian ma się zakończyć najpóźniej do 11 maja 2013 roku.

Rada Ekspertów Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej podpisała 19 kwietnia 2012 roku „deklarację poparcia dyrektywy” i zobowiązała dołożyć wszelkich starań aby przyspieszyć i usprawnić proces implementacji nowych przepisów.

Opracowała Danuta Kusiak – uczestnik Kongresu.

Deklaracja poparcia dyrektywy 2010/32/UE

Praca w placówkach służby zdrowia naraża na ryzyko zakażeń wskutek zakłut ostrym sprzętem medycznym. Ponad 30 patogenów, m.in. wirusy zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV, może być przenoszonych poprzez krew lub inne płyny ustrojowe. Wszystkie procedury medyczne mogą być źródłem ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny. W Polsce brakuje ujednoliconego modelu postępowania poekspozycyjnego. Obecnie istniejące przepisy nie w pełni zabezpieczają personel medyczny przed zakażeniem zawodowym. Pracownicy opieki zdrowotnej i ich rodziny mogą cierpieć przez wiele miesięcy w oczekiwaniu na informację, czy ulegli potencjalnie śmiertelnemu zakażeniu. Dodatkowo, wielu z nich musi w tym czasie przyjmować leki, które nie są obojętne dla organizmu. Problem ten dotyczy całego systemu opieki zdrowotnej. Zakażenia zawodowe patogenami krwiopochodnymi mogą bowiem przyczyniać się do utraty pracowników, których niedobór jest już obecnie odczuwalny. Rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji prawnych minimalizujących ryzyko ekspozycji wśród pracowników służby zdrowia.

Dyrektywa 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. uznaje, że codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracow-

ników narażonych na ekspozycję, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zgodnie z jej wytycznymi, konieczne jest też przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, określenia metod zapobiegania (szkoleń, informacji, zwiększania świadomości), jak również do monitorowania epizodów ekspozycyjnych. Tylko dzięki tak kompleksowym działaniom możliwe jest osiągnięcie pożądanego efektu.

Oczekiwane regulacje prawne wynikające z implementacji Dyrektywy powinny objąć poniższe grupy docelowe:

- pracowników zatrudnionych przez pracodawcę w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem każdej formy zatrudnienia w sytuacji świadczenia przez nich usług,
- stażystów i praktykantów zaangażowanych w świadczenie usług w sektorze opieki zdrowotnej,
- osoby zatrudnione w sektorze opieki zdrowotnej za pośrednictwem agencji pracy czasowej,
- podwykonawców tj. osoby zatrudnione na podstawie umownego stosunku pracy (kontraktu) w sektorze opieki zdrowotnej.

Implementacja Dyrektywy pomoże wyznaczyć minimalny standard dla wyrobów zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem (zgodnie z definicją zawartą w dokumencie „Profilaktyka Zranień Ostrymi Narzędziami w Sektorze Szpitali i Opieki Zdrowotnej, Wytyczne w Zakresie Wdrożenia Umowy Ramowej UE, Dyrektywy Rady i Powiązanych Przepisów Krajowych” European Biosafety Network) oraz szczegółowo określić procedury poekspozycyjne. Jednocześnie przyczyni się ona do eliminacji stosowania zagrażającego zranieniem ostrego sprzętu medycznego i zastąpienia go bezpiecznymi wyrobami medycznymi. Oczekujemy również ustanowienia skutecznych kar finansowych dla pracodawców za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa pracy w poniższych obszarach:

- określenia i wprowadzenia procedur dotyczących eliminacji i usuwania ostrych narzędzi medycznych ze środowiska pracy,
- wyeliminowania ze środowiska pracy ostrych narzędzi medycznych i stosowania - tam gdzie to możliwe -- dostępnych na rynku wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem,
- przeprowadzania cyklicznych szkoleń przez specjalistów z zakresu zakażeń krwiopochodnych, nie rzadziej niż raz na 24 miesiące, lub szkoleń wewnątrzodziałowych,

- zapewnienia pracownikom narażonym na ekspozycję dostępnych szczepień ochronnych zakończonych oznaczaniem poziomu przeciwciał anty-HBs 1-2 miesiące po szczepieniu,
- zapewnienia pracownikom możliwości przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego natychmiast po zdarzeniu,
- wprowadzenia obowiązkowego rejestru ekspozycji zawodowych (kontakt skóry z materiałem zakaźnym, zachłapanie, zakłucie, zranienie itp.),
- zapewnienia przez ustawodawcę środków finansowych na realizację zaleceń zawartych w Dyrektywie.

Z uwagi na możliwe późniejsze konsekwencje każda ekspozycja na krew lub inny potencjalnie zakaźny płyn ustrojowy winna być traktowana jak wypadek przy pracy i w ten sposób zgłaszana. Istnieje pilna potrzeba stworzenia ogólnopolskiego, ujednoliconego systemu rejestru ekspozycji zawodowych.

Mając na uwadze powyższe informacje, pragniemy wyrazić nasze zrozumienie problemu oraz poparcie dla implementacji Dyrektywy 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w obszarze wskazanym przez Parlament Europejski. Zobowiązujemy się jednocześnie dołożyć wszelkich starań, aby w miarę możliwości przyspieszyć i usprawnić proces implementacji.

Profilaktyka poekspozycyjna HIV wytyczne PTN AIDS

Potencjalnym źródłem infekcji HIV, HCV i HBV są: krew, nasienie, wydzielina pochłowa, płyn opłucnowy, osierdziowy, otrzewnowy, owodniowy, mleko kobiece. Nie istnieje ryzyko infekcji w przypadku kontaktu z moczem, śliną, potem, kałem i łzami osoby zakażonej HIV - o ile nie są zanieczyszczone krwią.

Rodzaje ekspozycji

Ekspozycja zawodowa to narażenie pracownika na kontakt z materiałem zakaźnym w związku z wykonywaną pracą, w wyniku naruszenia ciągłości skóry przez zakłucie, zadrapanie, skaleczenie narzędziem zanieczyszczonym materiałem zakaźnym, zachłapanie błon śluzowych lub uszkodzonej skóry

oraz długotrwały kontakt skóry z dużą objętością materiału zakaźnego.

Ekspozycja pozazawodowa to narażenie na zakażenia niezwiązane z pracą zawodową (nPEP): ekspozycje kryminalne (gwałt, umyślne zakłucie igłą lub innym narzędziem) incydentalne (wypadek, przetoczenie preparatów krwiopochodnych od dawcy HIV(+), pomoc rannemu, przypadkowy kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym, zakłucie igłą nieznanego pochodzenia, pojedyncze ryzykowne zachowanie seksualne, incydentalne zastosowanie narkotyku drogą dożylną).

Cele profilaktyki poekspozycyjnej

- ocena ryzyka zakażenia

- zminimalizowanie stresu
- ustalenie wskazań do postępowania poekspozycyjnego
- zastosowanie leków cART
- profilaktyka zakażenia HBV
- obserwacja po ekspozycji
- leczenie nowo wykrytych zakażeń w czasie obserwacji

Postępowanie nieswoiste

Prawidłowe postępowanie poekspozycyjne zmierza do zminimalizowania ryzyka transmisji wirusów oraz wczesnego wykrycia zakażenia i zastosowania terapii. Najistotniejszym zadaniem lekarza jest ocena ryzyka zakażenia, które uwarunkowane jest liczbą i rodzajem ekspozycji, rodzajem materiału biologicznego, poziomem wirēmii u źródła zakażenia, stanem uodpornienia osoby, która uległa ekspozycji. Jeśli doszło do kontaktu z materiałem zakaźnym, należy bezpośrednio po zdarzeniu podjąć czynności zmierzające do usunięcia krwi lub innych potencjalnie zakaźnych płynów ustrojowych poprzez zastosowanie prostych metod.

Badania diagnostyczne

Należy dążyć do szybkiego ustalenia statusu serologicznego osoby będącej źródłem zakażenia. W niektórych krajach dopuszcza się badanie źródła ekspozycji zawodowej bez uzyskania zgody pacjenta. W krajach Unii Europejskiej taka zgoda jest wymagana, wyjątek stanowią pacjenci nieprzytomni.

W postępowaniu po zdarzeniu u osoby ekspozowanej j oraz będącej źródłem ekspozycji należy wykonać następujące badania serologiczne:

- źródło ekspozycji: HBs-Ag, anty-HCV, anty-V
- osoba ekspozowana: HBs-Ag, anty-HBc-total, y-HCV, anty-HIV, u osób szczepionych anty-HBs, u osoby, która uległa ekspozycji seksualnej, dodatkowo wykonuje się badania kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Każdy pracownik ochrony zdrowia powinien być zaszczepiony przeciwko WZW typu B.

Postępowanie swoiste

Profilaktykę poekspozycyjną należy rozpocząć tak o. jak jest to możliwe. Najkorzystniej jest zażyć leki w ciągu 1-2 godzin od zdarzenia i przed upływem 72. godziny. W przypadkach wątpliwych lepiej

jest rozpocząć chemioprophylaktykę, a w razie wykluczenia wskazań przerwać terapię. Czas wymaganego leczenia w ramach postępowania poekspozycyjnego powinien wynosić 28 dni.

W przypadku stwierdzenia wskazań do wdrożenia terapii stosuje się profilaktykę złożoną z trzech leków: dwóch leków z grupy inhibitorów odwrotnej transkryptazy (NRTI) i jednego inhibitora proteazy (PI). W przypadku stwierdzenia markerów zakażenia HIV lub HBV u osoby ekspozowanej nie wdraża się profilaktyki.

U każdej kobiety w okresie rozrodczym przed włączeniem leków należy wykonać test ciążowy. Kobiety w okresie rozrodczym nie powinny zachodzić w ciążę, a matki karmiące powinny w tym okresie zaprzestać karmienia piersią. Należy także pouczyć osobę ekspozowaną, aby do czasu wykluczenia zakażenia HIV zachowała wstrzeźliwość seksualną lub przestrzegała zasad bezpiecznego seksu, nie była dawcą krwi i narządów.

Schematy lekowe stosowane w profilaktyce

Leki zalecane: tenofowir + lamiwudyna/emtrycytabina + lopinawir

Leki alternatywne: zydowudyna + lamiwudyna/emtrycytabina + sakwinawir

W przypadku ekspozycji zawodowej koszty związane z diagnostyką i terapią pokrywa pracodawca.

ZALECA SIĘ

- zachować spokój
- nie tamować krwawienia
- oczyścić wodą z mydłem miejsce skaleczenia lub zakłucia
- nie stosować środków dezynfekcyjnych
- spłukać wodą krew rozprysniętą na skórę i błony śluzowe jamy ustnej, nosa
- wypłukać wodą lub roztworem soli fizjologicznej worek spojówkowy, do którego dostała się krew lub inne płyny ustrojowe
- w przypadku ekspozycji pozazawodowej rozważyć profilaktykę przeciwcieczową
- w przypadku gwałtu skierować pacjentkę na konsultację ginekologiczną
- poinformować o zdarzeniu przełożonego i zgłosić się do najbliższego oddziału lub kliniki chorób zakaźnych, celem ustalenia dalszego postępowania.

Przedruk z miesięcznika „infekcje.mp.pl”

Choroby zawodowe można ograniczyć

Pielęgniarki i położne są grupą zawodową narażoną na wiele czynników środowiska pracy, które oddziałując niekorzystnie na zdrowie, wywołują różnego rodzaju reakcje organizmu, w tym także stany chorobowe. Zgodnie z obowiązującymi przepisami część tych schorzeń może zostać zakwalifikowana jako choroby zawodowe.

Jacek Parszuto

W Polsce legislacja w tym zakresie oparta jest na trzech podstawowych aktach prawnych. Ostatnie zmiany tych przepisów weszły w życie 3 lipca 2009 r.; wprowadziły je: Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. nr 105, poz. 869) oraz znowelizowane zapisy ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. nr 21, późn. zm.) w dziale X rozdział VII - wypadki przy pracy i choroby zawodowe. Trzeci akt prawny - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. nr 132, poz. 1121) jest właśnie w trakcie nowelizacji.

Definicję choroby zawodowej zawiera artykuł 2351 Kodeksu pracy: „Za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanymi „narażeniem zawodowym”. Zmieniły się nieznacznie procedury zgłaszania choroby zawodowej, ale z punktu widzenia pacjenta nie ma to większego znaczenia. Wszystko, co musi zrobić pacjent, to zgłosić się do lekarza i poprosić o skierowanie do jednostki orzeczniczej (zazwyczaj Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy). Kierować pacjentów do WOMP mogą wszyscy lekarze (niezależnie od specjalizacji, także lekarze dentyści), którzy w trakcie wykonywania zawodu powzięli takie podejrzenie oraz oczywiście lekarze sprawujący nad pacjentem opiekę profilaktyczną. Były pracownik (emeryt, bezrobotny, rencista) może sam zgłosić chorobę zawo-

dową do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

W interesujących nas działach gospodarki narodowej, czyli w dziale: opieka zdrowotna i pomoc społeczna (wg Polskiej klasyfikacji działalności) w 2008 r. stwierdzono 309 przypadków chorób zawodowych (dane za 2009 r. nie są jeszcze dostępne). Daje to współczynnik zapadalności na choroby zawodowe 48,2 przypadków na 100 tys. zatrudnionych.

Choroby zakaźne i pasożytnicze

Największą grupę chorób zawodowych stanowią choroby zakaźne i pasożytnicze (209 przypadków, 67,6%); wśród nich najliczniejsze to wirusowe zapalenia wątroby (141 przypadków), w tym WZW typu C (112) i WZW typu B (29). Gruźlica stanowiła 29,2% zawodowych chorób zakaźnych (61 przypadków). Rzadsze choroby zawodowe w tym dziale gospodarki to: choroby skóry (27 przypadków, 8,5%), przewlekłe choroby narządu głosu (22 przypadki, 7%), choroby obwodowego układu nerwowego (21 stwierdzeń, 6,6%). Zatrudnionych w ochronie zdrowotnej dotyczyło 91% schorzeń rozpoznanych w dziale opieka zdrowotna i pomoc społeczna. Grupą zawodową najbardziej narażoną na zapadnięcie na chorobę zawodową są pielęgniarki (146 przypadków, 52%).

Najbardziej zagrażającym miejscem pracy jest oddział szpitalny - 181 przypadków zachorowań u pracowników tam zatrudnionych (64,4%).

Analizując występowanie chorób zawodowych w dziale ochrona zdrowia i pomoc społeczna na przestrzeni lat, należy stwierdzić, że nastąpiło znaczne ograniczenie liczby zachorowań (z 1723 przypadków w 1998 r. do 309 w roku 2008 r., czyli spadek o ok. 80%). Czy należy uznać to za sukces zastosowanych w służbie zdrowia działań prewencyjnych, skoro w tym samym czasie liczba wszystkich chorób zawodowych spadła z 12 017 do 3546 przypadków, a więc o ok. 70%?

Szczepionki i promocje zdrowia

Analiza danych statystycznych prowadzi do następujących wniosków. Nadal duże znaczenie wśród czynników szkodliwych mają narażenia na

choroby zakaźne, zwłaszcza wirusowe zapalenia wątroby. O ile sytuacja związana z WZW B wydaje się być pod kontrolą ze względu na zastosowanie szczepionki, to sytuacja związana z WZW C nie jawi się optymistycznie. W tej chwili WZW C to zdecydowana większość przypadków wirusowych zapaleń wątroby; 3,7 razy więcej niż przypadków WZW B. Wprowadzenie w 1989 r. szczepień przeciw HBV spowodowało znaczący spadek zachorowań i było skutecznym działaniem prewencyjnym. Do tego roku liczba przypadków WZW systematycznie rosła (1550 rocznie), po czym zaczęła spadać, osiągając po 2000 r. roczny poziom stu kilkudziesięciu. Obecnie dominuje WZW C, należy się więc spodziewać, że zachorowalność na WZW nie będzie spadać, gdyż na ten typ zapalenia wątroby nie ma tak skutecznej metody prewencji jak szczepionka.

Oczywiście należy się cieszyć z dotychczasowych osiągnięć na polu zwalczania chorób zawodowych wśród pracowników służby zdrowia. Ich redukcja to przede wszystkim wynik obowiązkowych szczepień pracowników przeciw HBV. Czy do czasu wyprodukowania (jeśli to w ogóle możliwe) szczepionki przeciw HCV nie ma szans na ograniczenie narażenia pracowników służby zdrowia na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C? Oczywiście są, a przykładem takiego działania jest program „Profilaktyka WZW typu B i C pracowników ochrony zdrowia” wdrożony przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku przy współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku oraz Polskim Towarzystwem Medycyny Pracy. Adresatami programu są pracownicy zakładów opieki zdrowotnej województwa pomorskiego; mogli wziąć w nim udział wszyscy potencjalnie narażeni w pracy na kontakt z HBV i HCV. Uczestniczyło ponad 9 tys. osób z 62 pomorskich ZOZ-ów.

Celem ogólnym programu jest zmniejszenie zachorowalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C wśród pracowników zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia na terenie województwa pomorskiego. A oto cele szczegółowe:

- Podnoszenie poziomu wiedzy pracowników medycznych o profilaktyce zakażenia WZW B i C.
- Zwiększenie świadomości pracowników medycznych o znaczeniu działań zapobiegających zakażeniom HBV i HCV.
- Przeprowadzenie badań wśród pracowników; ich cele to: ocena skuteczności szczepień prze-

ciw WZW B (poziom przeciwciał anti-HBs), wyłonienie osób z dodatnim wynikiem badania anti-HCV i dalsza diagnostyka w kierunku przewlekłego WZW C w Poradni Chorób Zawodowych WOMP w Gdańsku. W przypadku niskiego poziomu przeciwciał anti-HBs bezpłatne do-szczepianie.

- Objęcie opieką lekarską i leczenie osób z rozpoznaniem WZW C w poradni hepatologicznej i na oddziałach zakaźnych Pomorskiego Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku.

Korzyści z realizacji programu: »Poprawa wykrywalności przypadków nieskutecznych szczepień przeciw WZW B.

- Identyfikacja osób wymagających opieki medycznej w związku z zakażeniem HCV.
- Zapewnienie opieki i leczenia pracownikom z dodatnim wynikiem badania anti-HCV. »• Zmniejszenie skutków zdrowotnych zachorowania na WZW C.
- Pogłębienie wiedzy pracowników medycznych na temat profilaktyki WZW B i C jako skutek działań edukacyjnych.

Obecnie program jest na etapie zakończenia badań laboratoryjnych i doszczepiania pracowników. We współpracy z pracownikami Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej prowadzimy szkolenia pracowników (zwłaszcza pielęgniarek epidemiologicznych i medycyny pracy) w zakresie procedur zapobiegających zakażeniom w miejscu pracy. Ważne są procedury poekspozycyjne.

Analiza danych zebranych w ramach programu potwierdza znaczny odsetek osób objętych skuteczną ochroną poszczepienną (96%). Dodatkowo wyniki przeciwciał anti-HCV miało 100 osób, co daje wskaźnik 1,09% - niższy w populacji narażonej niż w populacji ogólnej (wg szacunków WHO wynosi on 1,7%); będziemy analizować, dlaczego ten wskaźnik u nas ma taką wartość.

Narażenia poważne, choć niedoszacowane

Problem narażenia na czynniki biologiczne został dostrzeżony w Unii Europejskiej, co zaowocowało Dyrektywą 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy. Odpowiednią regulacją krajową jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicz-

nych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników (Dz.U. nr 81, poz. 716).

Czynniki zakaźne dominują jako przyczyny chorób zawodowych pielęgniarek i położnych, jednak nie są jedynymi narażeniami w ich miejscu pracy. Trzeba mocno zasygnalizować niedoszacowanie grupy chorób o podłożu alergicznym, zwłaszcza chorób skóry. Niestety samym pracownikom brakuje wiedzy na temat chorób zawodowych, narażeń, a także możliwości dalszej pracy pod warunkiem usunięcia czynnika wywołującego reakcję alergiczną. Jest to powód niezgłaszania tych chorób do jednostek orzecznich, a nawet wycofywania skierowań; pacjenci niejednokrotnie proszą o zaprzestanie procedury orzecznich.

Szkodliwy wpływ na zdrowie pielęgniarek i położnych wywierają również inne narażenia w miejscu pracy. Niektóre z nich zgodnie z obecnym stanem prawnym nie stanowią podstawy stwierdzenia choroby zawodowej. Do takich narażeń należą niekorzystne czynniki psychospołeczne, skutkujące reakcją stresową, a w konsekwencji wypaleniem zawodowym. Kolejnym dużym i powszechnym narażeniem tej grupy pracowników jest dźwiganie ciężarów (często nienormatywnych), prowadzące do chorób układu ruchu, szczególnie kręgosłupa. Choroby te należy zaliczyć do parazawodowych, a więc związanych z pracą (work-related diseases). Narażenia te i ich skutki zdrowotne nie mogą pozostać niezauważone przez służby medycyny pracy.

Ze względu na powszechność tych narażeń powinny zostać wdrożone działania ograniczające ich negatywne konsekwencje. Przykładem działań sku-

tecznych i obejmujących dużą liczbę pracowników służby zdrowia (przede wszystkim pielęgniarek) są prowadzone przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku dwa programy promocji zdrowia. Celem programu „Niech plecy nie boją” jest poprawa komfortu życia i efektywności pracy przez wyposażenie pracowników w wiedzę i umiejętności z zakresu przeciwdziałania bólom kręgosłupa. Celem programu „Profilaktyka wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia” jest poprawa jakości świadczeń pielęgniarskich przez kreowanie postaw i doskonalenie umiejętności przeciwdziałania powstawaniu i rozwojowi wypalenia zawodowego. Programy zostały stworzone i są realizowane przez zespół promocji zdrowia w WOMP w Gdańsku, który opiera się na zatrudnionych tu pielęgniarkach medycyny pracy. Są to zatem programy stworzone przez pielęgniarki dla pielęgniarek. Realizuje się je w ponad 20 ZOZ-ach województwa pomorskiego.

Pielęgniarki i położne są narażone na liczne czynniki środowiska pracy, które mogą prowadzić do rozwoju chorób zawodowych oraz różnych schorzeń związanych z wykonywaną pracą. Poprzez właściwe działania prewencyjne należy dążyć do ograniczenia tych narażeń, a w przypadku niemożności ich wyeliminowania - do stosowania takich procedur i szkoleń, które wyposażą pielęgniarki w skuteczne narzędzia, pozwalające ograniczyć narażenia i minimalizować niekorzystne skutki zdrowotne.

Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej Nr 3/2010

Piśmiennictwo u autora.

Ilek. Jacek Parszuto – dyrektor WOMP w Gdańsku

Emerytury pomostowe i prace o szczególnym charakterze pielęgniarek i położnych

Zagadnienia wstępne

Emerytury pomostowe zastąpiły emerytury w niższym wieku emerytalnym przyznawane na podstawie ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych pracownikom wykonującym pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze.

Prawo do emerytury w niższym wieku było nabywane z reguły w wieku o pięć lat niższym niż wiek emerytalny i obwarowane warunkiem 15-letniego

okresu stażu pracy uprawniającej do obniżonego wieku. Emerytury te były wyliczane w systemie zdefiniowanego świadczenia, czyli ich wysokość zależała od okresów składkowych i nieskładkowych oraz zarobków ubezpieczonego. Kwota emerytury powiększana też była o tzw. kwotę stałą o charakterze socjalnym i wypłacana dożywotnio.

Emerytura pomostowa tym różni się od emerytury w niższym wieku emerytalnym, że jest to świadczenie o charakterze przejściowym, tj. na-

leżnym tylko do osiągnięcia wieku emerytalnego. Kwota świadczenia będzie ustalana w systemie zdefiniowanej składki i będzie ustalana przez podzielenie sumy składek zewidencjonowanych na koncie indywidualnym ubezpieczonego przez liczbę obrazującą średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku 60 lat.

Emerytura ta została też ukształtowana, jako świadczenie wygaszane, co oznacza ustanowienie takich warunków nabycia prawa, które powodują stopniowe zmniejszanie się kręgu osób spełniających te warunki. Doprowadzi to do sukcesywnego zaprzestania wypłaty tego świadczenia. Jest ono, bowiem przewidziane tylko dla osób, które rozpoczęły wykonywanie pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze przed dniem wejścia w życie reformy emerytalnej, tj. przed 1 stycznia 1999 r.

Przepis ust. 1 odwołuje się do art. 24 ust. 2 i 3 u.e.r., w którym jest zapowiedź ustanowienia emerytur pomostowych dla ubezpieczonych urodzonych po 31 grudnia 1948 r. zatrudnionych w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze, którzy do 31 grudnia 2008 r. nie nabędą prawa do emerytury w niższym wieku emerytalnym na zasadach określonych w ustawie emerytalnej. Ustawa o emeryturach pomostowych jest realizacją tej zapowiedzi. Jednakże wbrew zapowiedzi emerytury pomostowe zostały ustanowione dla węższego kręgu uprawnionych niż krąg osób uprawnionych do emerytury w niższym wieku emerytalnym na podstawie przepisów ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Praca w warunkach szczególnych oraz w szczególnym charakterze

Porównanie definicji prac w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze wskazuje na to, że przy pracach w szczególnych warunkach akcent został położony na czynniki ryzyka, które mogą skutkować uszkodzeniem ciała. Ustawa o emeryturach pomostowych wskazuje, z jakiego rodzajami prac związane są czynniki ryzyka. Przy pracach zaś o szczególnym charakterze akcent został położony na prace wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej jak w przypadku pielęgniarki i położnej. Przytoczone w art. 3 ww. definicje prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, mają charakter ogólny i zawierają w sobie pojęcia niedookreślone

(semantycznie otwarte), niemniej jednak ustawodawca, jak wskazano powyżej, utworzył dodatkowo, w załączniku nr 1 i 2 do ww. ustawy, wykaz prac uznanych w jej świetle za prace w szczególnych warunkach oraz o szczególnym charakterze.

Utworzenie we wskazanych załącznikach zamkniętego wykazu tych prac oznacza, że z mocy ustawy zostało przyjęte, że określone prace mają taki właśnie charakter oraz, że inne prace niewymienione w tym wykazie niezależnie od ich charakteru i stopnia dolegliwości dla pracownika, nie mogą być uznane za prace świadczone w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, i tym samym stanowić podstawy do przyznania pracownikowi emerytury pomostowej.

Pielęgniarki i położne uprawione do świadczeń

Emerytura pomostowa jest świadczeniem terminowym wypłacanym przeważnie w przedziale czasowym od 5 do 10 lat, niezależnie od płci, co warto wskazać w przypadku pielęgniarzy i położników, gdyż z męskimi odpowiednikami tych zawodów możemy spotkać się powszechnie. Emerytura pomostowa, zatem nie stanowi dożywotniego świadczenia dla pielęgniarskiego i położniczego personelu medycznego. W momencie osiągnięcia powszechnego wieku emerytalnego przez pielęgniarkę lub położną prawo do emerytury pomostowej ustaje, a na jej miejsce powołane wyżej zawody uzyskują prawo emerytury zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Pielęgniarki i położne stanowią grupę zawodową, o której zwykło się mówić, że ich praca ma charakter szczególny lub jest wykonywana w szczególnym charakterze. Jednakże warto podkreślić, iż nie każdy rodzaj pracy pielęgniarki i położnej zasługuje zgodnie z ustawą o emeryturach pomostowych na zakwalifikowanie do warunków szczególnych pracy.

Zgodnie z ustawą o emeryturach pomostowych przez pracę w szczególnych warunkach rozumie się prace związane z czynnikami ryzyka, które z wiekiem mogą z dużym prawdopodobieństwem spowodować trwałe uszkodzenie zdrowia, wykonywane w szczególnych warunkach środowiska pracy, determinowanych siłami natury lub procesami technologicznymi, które mimo zastosowania środków profilaktyki technicznej, organizacyjnej i medycznej

stawiają przed pracownikami wymagania przekraczające poziom ich możliwości, ograniczony w wyniku procesu starzenia się jeszcze przed osiągnięciem wieku emerytalnego, w stopniu utrudniającym ich pracę na dotychczasowym stanowisku; wykaz prac w szczególnych warunkach określa załącznik nr 1 do ustawy o emeryturach pomostowych.

Natomiast prace o szczególnym charakterze, zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych, to prace wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się. Wykaz prac o szczególnym charakterze określa załącznik nr 2 do ustawy.

Jeżeli chodzi o wykaz prac objętych szczególnymi warunkami pielęgniarki i położne nie znajdują tutaj żadnej przestrzeni, w której warunki szczególne mogłyby stanowić przyczynek i podstawę do ubiegania się o przyznanie świadczenia w ramach emerytury pomostowej. Sytuacja wygląda zupełnie inaczej, jeżeli chodzi o możliwości tych grup społecznych w przypadku pracy w szczególnym charakterze. Jak stanowi załącznik nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych za pracę w szczególnym charakterze można uznać:

- 1) Prace członków zespołów ratownictwa medycznego.**
- 2) Prace personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**
- 3) Prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**
- 4) Prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anesteziologii w warunkach ostrego dyżuru.**

Z woli ustawodawcy określone zostały prace zaliczane do prac w szczególnych warunkach lub

o szczególnym charakterze, co oznacza, że nie zachodzi potrzeba badania, czy każde z rodzaju prac wymienionych w załącznikach nr 1 i 2 do ustawy, spełnia wymogi definicji pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze. Jest to katalog zamknięty, 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.

Ustawa o emeryturach pomostowych nie zawiera niestety definicji pojęcia personelu medycznego. Nie zawiera ona, zatem istotnych wytycznych, którym z pracowników podmiotów leczniczych przysługuje prawo do emerytury pomostowej a których możliwości pozbawić. Pojęcia „personelu medycznego” zawartego w pkt 23 załącznika nr 2 do ustawy nie można utożsamiać z definicją „zawodu medycznego” jak wynika z Wyroku WSA w Lublinie z 2010-11-18, III SA/Lu 316/10. Użyte w ustawie o emeryturach pomostowych pojęcie „personel medyczny” jest pojęciem szerszym niż definicja „zawodu medycznego”.

Definicja osób wykonujących zawód medyczny znajduje się w ustawie o działalności Leczniczej. Przez osoby wykonujące zawód medyczny rozumie się osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Natomiast pod pojęciem personelu medycznego należy rozumieć zawód pielęgniarki i położnej zdefiniowany ustawie o Działalności Leczniczej.

Przepisy ustawy o emeryturach pomostowych, w przeciwieństwie do uregulowań ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, określają wyłącznie rodzaje prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a nie stanowiska pracy, gdyż te, w prawidłowy sposób można określić jedynie bezpośrednio w zakładzie pracy w którym pracuje pielęgniarka, czy położna. Takie stanowisko zostało zaprezentowane przez byłą Minister Pracy i Polityki Społecznej Panią Jolantę Fedak w odpowiedzi na interpelację nr 14563. Zgodnie

z tym poglądem można mówić o pracy w szczególnym charakterze tylko i wyłącznie w ujęciu indywidualnej Umowy o pracę pielęgniarki i położnej. Dzieje się tak dlatego, iż to właśnie umowa o pracę, jej charakter stanowi o warunkach szczególnych pracy. Zgodnie z poglądem wyrażonym przez Panią Minister za pracę w szczególnych warunkach, czy też za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu przepisów ustawy o emeryturach pomostowych, nie powinna decydować nazwa stanowiska pracy, lecz jego indywidualna charakterystyka.

Stosownie do unormowań ustawy o emeryturach pomostowych jedynym podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest wyłącznie podmiot leczniczy jako płatnik składek, u którego jest wykonywana praca pielęgniarki i położnej.

Ocena, bowiem ryzyka zawodowego na wszystkich stanowiskach pracy jest zgodnie z art. 226 ustawy Kodeks pracy, oraz przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy obowiązkiem pracodawcy.

Konkludując tę część wyводу należy stwierdzić, iż ocena czy dana pielęgniarka lub położna wykonuje pracę w szczególnym charakterze zależeć będzie od zatrudniającego ją podmiotu leczniczego w oparciu o przepisy art. 3 ustawy o emeryturach pomostowych.

Podmiot leczniczy

Warto podkreślić, że podmiot leczniczy bez względu na jego status prawno organizacyjny, jest zobowiązany stosownie do art. 4 pkt 4 ustawy o emeryturach pomostowych, prowadzić wykaz stanowisk pracy dla pielęgniarek i położnych jak również innych pracowników, na których są wykonywane prace szczególnym charakterze, oraz ewidencję pracowników wykonujących takie prace.

Kontrola prawidłowości, zakwalifikowania określonej pracy, jako wykonywanej przez pielęgniarkę lub położną, jako pracę o szczególnym charakterze przebiega w trybie art. 41 ust. 6 u.e.p. W przypadku nieuwzględnienia w ewidencji pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych, pielęgniarkę

lub położną przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy.

System emerytur pomostowych został w pewnym zakresie powiązany organizacyjnie z systemem ubezpieczeń społecznych. Przejawia się to chociażby w wykorzystaniu na potrzeby emerytur pomostowych regulacji dotyczących zgłaszania pracowników (pielęgniarek i położnych) oraz zasad i trybu opłacania składek. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest też to, że osoby objęte emeryturami pomostowymi mogą korzystać z rozwiązań prawnych właściwych dla ubezpieczeń społecznych, w tym także przysługują im właściwe dla systemu ubezpieczeń społecznych środki prawne w razie niezgłoszenia ich przez pracodawcę albo w przypadku nie uiszczenia przez płatnika składek na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Organy inspekcji pracy - otrzymawszy skargę pracownika złożoną w oparciu o art. 41 ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych - obowiązane są prowadzić postępowanie kontrolne na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 9a ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy.

Postępowanie to może zakończyć się wydaniem nakazu wpisu do ewidencji na podstawie art. 11a ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy, jeżeli dane stanowisko pracy zostało przez samego pracodawcę zaliczone do wykazu stanowisk pracy, na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a pomimo to pielęgniarki i położne spełniające wszystkie warunki do objęcia ich obowiązkiem opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych - nie zostały wciągnięte do ewidencji.

Natomiast w przypadku, gdy stanowisko, na którym zatrudniona jest pielęgniarka lub położna nie zostało zaliczone przez pracodawcę do stanowisk pracy, na których są wykonywane prace o szczególnym charakterze, organ Państwowej Inspekcji Pracy obowiązany jest umorzyć postępowanie jako bezprzedmiotowe. W postępowaniu kontrolnym zainicjowanym przez pracownika skargą na pracodawcę inspekcja nie może, bowiem rozstrzygać o charakterze jego pracy i przesądzać o okolicznościach decydujących o objęciu pracownika obowiązkami wynikającymi z przepisów emerytalnych.

Pielęgniarka i położna a praca w ramach ostrego dyżuru

Pojęcie „w warunkach ostrego dyżuru” nie posiada definicji legalnej, jego interpretacja określona jest

w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru”, zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy. Pojęcie to oznacza nieuchronność wystąpienia zdarzenia, które powoduje konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych. Do prac w warunkach ostrego dyżuru należą prace polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym ze wskazań życiowych, a także inne prace, które są wykonywane w ramach czasu pracy, kiedy istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, skutkującego koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym.

Zgodnie z definicją pojęcia „ostrego dyżuru” zawartą w Słowniku Języka Polskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa I tom, A-K, wydanie poprawione i uzupełnione pod redakcją prof. dr. Mieczysława Szymczaka, pojęcie „ostrego dyżuru” oznacza dzień, dobę, kiedy dany szpital ma obowiązek przyjmować wszystkich zgłaszających się chorych wymagających natychmiastowej pomocy lub leczenia szpitalnego. Z porównania powyższych definicji wynika, więc, że pojęcie wykonywania pracy w „warunkach ostrego dyżuru” jest pojęciem szerszym od pojęcia „ostrego dyżuru”. Dla określenia, czy pielęgniarka i położna wykonuje pracę w „warunkach ostrego dyżuru” konieczne jest, więc ustalenie stopnia prawdopodobieństwa występowania zdarzeń, skutkujących koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym, w ramach czasu pracy pracownika, w którym wykonuje on pracę w trybie „zwykłym”. Stanowisko takie zostało zaprezentowane w Wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 7 września 2011 r. II SA/Rz 414/2011

Prace pielęgniarek 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, 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 życio-

wych. Nieuchronność występowania takich zdarzeń skutkuje tym, że od pracowników pracujących w tych warunkach wymagane są kryteria określone w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (szczególna odpowiedzialność oraz szczególna sprawność psychofizyczna). Zgodnie z art. 3 ust. 5 ww. ustawy warunkiem zaliczenia wykonywania ww. prac do okresu, od którego zależy uzyskanie prawa do emerytury pomostowej jest ich wykonywanie w pełnym wymiarze czasu pracy.

Pojęcie personelu medycznego na potrzeby oceny zasadności przyznawanej emerytury pomostowej dla pielęgniarki i położnej

Pod pojęciem personelu medycznego należy rozumieć zawód pielęgniarki i położnej zdefiniowany w ustawie o Działalności Leczniczej. Zgodnie z obowiązującą nomenklaturą są to, zatem osoby, które na podstawie odrębnych przepisów uprawnione są do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Przy interpretacji pojęcia „personelu medycznego” należy również wziąć pod uwagę elementy niezbędne do zakwalifikowania pracy tego personelu jako pracy o szczególnym charakterze, wymienione w definicji zawartej w art.3 pkt.3 ustawy o emeryturach pomostowych. Chodzi tu przede wszystkim o prace wymagające szczególnej sprawności psychofizycznej i szczególnej odpowiedzialności gwarantujących, że ich wykonywanie nie zagraża bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób.

Praca pielęgniarki w zespole ratownictwa medycznego

Do prac o szczególnym charakterze wymienionych w pkt. 18 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych zaliczyć można także pracę członków zespołów ratownictwa medycznego. W rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w skład zespołów ratownictwa medycznego mogą wchodzić pielęgniarki.

Na podstawie przepisów ustawy o emeryturach pomostowych pielęgniarki te mogą ubiegać się o prawo do emerytury pomostowej już w wieku 55

lat, jeżeli wykonują pracę określoną w pkt 18 zał. nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych i spełniają pozostałe kryteria ustawowe, od których zależy ustalenie prawa do emerytury pomostowej.

Prace pielęgniarki i położnej oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami zgodnie z przepisami o ochronie zdrowia psychicznego

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową do udzielania świadczeń zdrowotnych w myśl ustawy o działalności leczniczej. Mając na uwadze punkt 23 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych można powiedzieć, iż prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, realizuje w pełni pielęgniarka i położna:

- oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym,
- kliniki psychiatrycznej,
- sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- innego zakładu opieki zdrowotnej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje.

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656 ze zm.)

Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2009 Nr 153 poz. 1227 ze zm.)

Ustawa o działalności Leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.)

Przemysław Gogojewicz

**Kancelaria Usług Prawnych Gogojewicz & Współpracownicy
Radcy prawni i Doradcy Podatkowi**



„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.

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

Biuro 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

