



# Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

NR 1/2010

Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych

ul. Marszałka Józefa  
Piłsudskiego 33  
22-400 Zamość

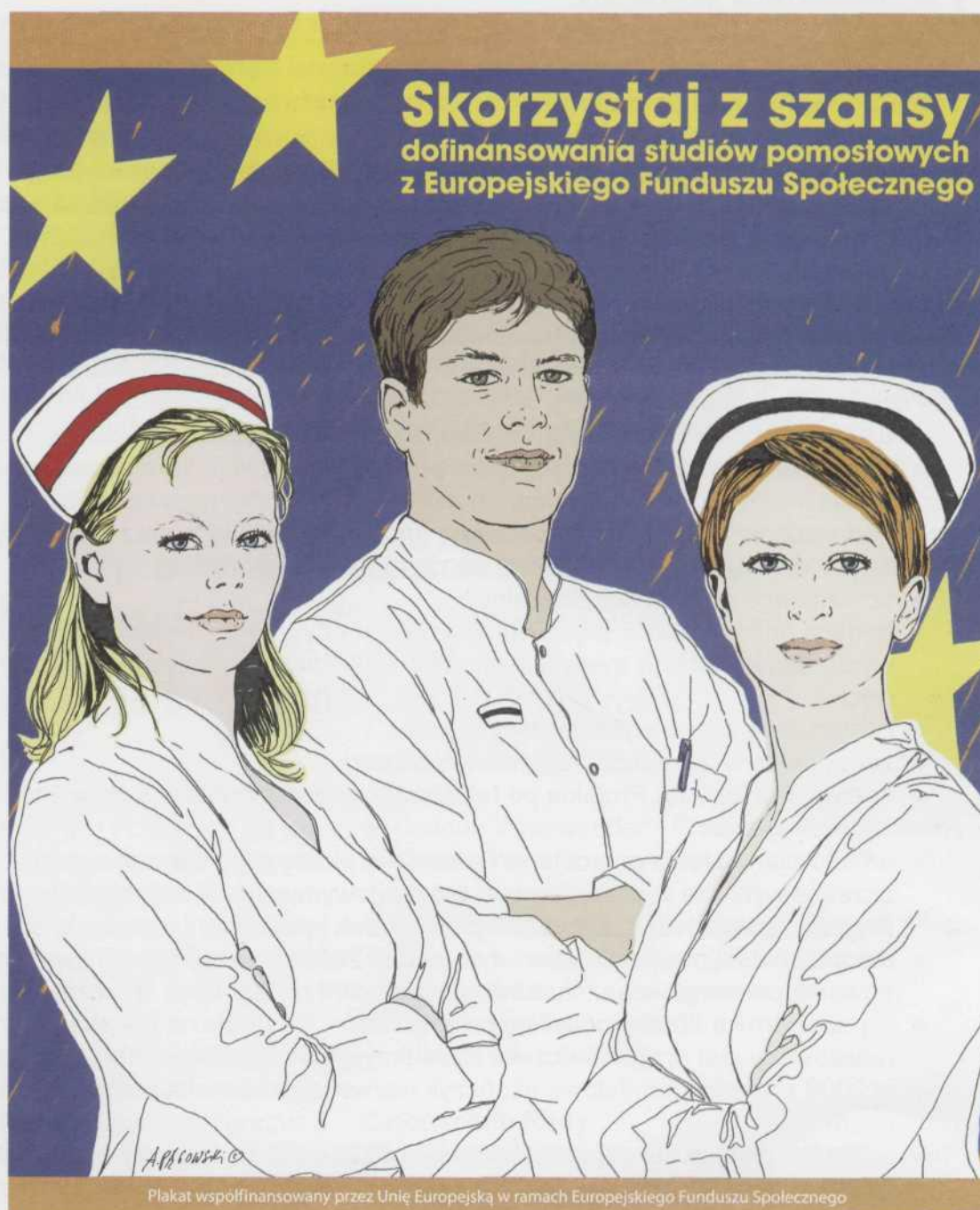
Tel./fax: 084 639 31 97  
tel.: 084 639 07 06

e-mail:  
[oiqipzamosc@pro.onet.pl](mailto:oiqipzamosc@pro.onet.pl)

Strona internetowa:  
[www.oiqip.home.pl](http://www.oiqip.home.pl)

NIP 922-15-78-038  
REGON 950013990

Nr konta bankowego:  
65 1240 2816 1111 0000 4015 3430



Plakat współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

KAPITAŁ LUDZKI  
MARKOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



człowiek – najlepsza inwestycja

Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, tel. 022/53-00-207, 635-58-40, fax 022/831-21-77  
[www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), [www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl), [www.efs.gov.pl](http://www.efs.gov.pl)



**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu czynne :** Poniedziałek - piątek 8.00 -16.00  
Księgowość - środa - czwartek 8.00 - 18.00  
Radca prawny Izby - każdy wtorek godz 10.00 - 15.00  
**Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej**  
- codziennie 8.00 -16.00  
**Dyżur Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej** - II i IV środę miesiąca: godz 13.00 - 14.30  
Dyżur pod telefonem:  
- mgr Alicja Makuch 84 - 688 - 22 -40  
- mgr Halina Raczkiewicz 84 - 664 - 44 -11 wew. 497  
**Biuro Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych**  
Dyżur - każdy I wtorek miesiąca godz. 14.00 -16 .00  
tel. - Elżbieta Hałas 697-139 -374

**Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych informuje o możliwości kształcenia pielęgniarek i położnych w ramach Projektu systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie zawodowe kadr medycznych**

**Beneficjent systemowy:** Ministerstwo Zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych

**Wykonawcy Projektu :** Uczelnie wybrane w ramach postępowania przetargowego na realizację studiów pomostowych w ramach Projektu

**Cel ogólny Projektu:**

- ◆ uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa,
- ◆ zwiększenie motywacji uczestników projektu do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych, np. dwuletnich studiów magisterskich,
- ◆ podniesienie poziomu samooceny na gruncie zawodowym oraz społecznym.

**Do udziału w Projekcie uprawnione są pielęgniarki i położne:**

- ◆ posiadające świadectwo dojrzałości,
- ◆ będące absolwentami: pięcioletnich liceów medycznych, dwuletnich medycznych szkół zawodowych, dwupółletnich medycznych szkół zawodowych i trzyletnich medycznych szkół zawodowych,
- ◆ posiadające prawo wykonywania zawodu,
- ◆ zatrudnione w zawodzie pielęgniarki/położnej,
- ◆ zakwalifikowane do Projektu po rekrutacji zgodnie z kryteriami wybranej Uczelni.

**Realizacja Projektu:**

- ◆ uruchomiono studia pomostowe i dokonano pierwszego naboru w październiku 2008 r. przez 32 uczelnie wybrane w postępowaniu przetargowym na realizację studiów pomostowych w ramach Projektu, studia rozpoczęło **2935** pielęgniarek i położnych,
- ◆ dokonano kolejnego naboru w lutym/marcu 2009 r. przez 9 uczelni wybranych w ramach postępowania przetargowego, studia rozpoczęło **365** pielęgniarek i położnych,
- ◆ w październiku 2009 r. odbył się kolejny nabór na studia na rok akademicki 2009/2010, Projekt realizowany jest przez 45 uczelni które przyjęły **5152** pielęgniarki i położne,
- ◆ w 2009 r. studia pomostowe ukończyli pierwsi absolwenci ścieżek dwusemestralnych (ok. **600** osób)
- ◆ w 2010 r. planuje się objąć kształceniem **6728** osób ( nabór luty i październik 2010 r.)
- ◆ **czas trwania studiów wynosi od dwóch do pięciu semestrów\***, w zależności od wykształcenia zawodowego pielęgniarki/położnej,
- ◆ podmiotami odpowiedzialnymi za rekrutację, termin naboru, wymagane dokumenty są uczelnie prowadzące studia pomostowe, wybrane w ramach postępowania przetargowego,
- ◆ warunki uczestnictwa w Projekcie określa umowa zawarta pomiędzy Uczelnią a uczestnikiem Projektu (pielęgniarką/położną),
- ◆ dofinansowanie kształcenia ze środków EFS jest zapewnione przez cały okres studiów pomostowych,



- ◆ ostatni nabór będzie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013,
- ◆ zakończenie Projektu nastąpi w 2015 roku.
- ◆ kwota przeznaczona na realizację Projektu wynosi około 180 mln złotych.

**Rezultat Projektu:**

- ◆ dofinansowaniem studiów pomostowych w latach 2008-2015 ma zostać objętych 24 tysiące pielęgniarek i położnych.

**Informacje na temat projektu:**

- ◆ [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) w zakładce „Pielęgniarki i położne” – Projekt systemowy,
- ◆ Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa tel. 22 635 58 40, fax. 22 831 21 77.

**WAŻNE!**

- ◆ dyplomy i świadectwa uzyskane w poprzednich systemach kształcenia pielęgniarek i położnych są ważne na terenie Polski, a ukończenie studiów pomostowych nie jest obowiązkowe,
- ◆ data graniczna kształcenia na studiach pomostowych 2010/2011 została zniesiona.

\* Decyzją Komisji Europejskiej z dnia 09.11.2009 r. skrócono kształcenie pomostowe do 1150 godzin (dwa semestry) kształcenia zawodowego dla absolwentów liceów medycznych (ścieżka A i B). Aktualnie prowadzona jest nowelizacja Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej. Czas wejścia w życie ww. rozporządzenia zależy od przebiegu procesu legislacyjnego.

## Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu za okres 01.01.2009 – 31.12.2009 roku.

W minionym roku w dniu 19 marca 2009 odbył się Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych na którym podjęto 6 uchwał w tym w sprawie przyjęcia sprawozdań z działalności organów Okręgowej Izby, zatwierdzenia zasad gospodarki finansowej na rok 2009 oraz przyjęcia planu budżetu na rok 2009.

Podjęto 4 stanowiska oraz 2 apele. Wszystkie uchwały zjazdowe zostały zrealizowane, a przyjętym stanowiskom i apelom nadano bieg zgodnie z właściwościami do Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada pracowała w oparciu o plan przyjęty na XXIII Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Zamościu w dniu 19 marca 2009 roku.

W skład Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

wchodzą:

- ◆ Joanna Walewander - Przewodnicząca
- ◆ Teresa Wawryca Kordulska – Wiceprzewodnicząca
- ◆ Barbara Fusiarz - Wiceprzewodnicząca
- ◆ Danuta Łosiewicz - Wiceprzewodnicząca
- ◆ Liliana Kalacińska - Wiceprzewodnicząca
- ◆ Danuta Kusiak - Sekretarz
- ◆ Alicja Ćwik - Skarbnik

**Członkowie Rady:**

Ewa Duma, Anna Fiedorowicz, Wiesława, Bartmańska, Barbara Banaś, Grażyna Cios, Beata Hempel, Marta Gierek, Małgorzata Skiba, Teresa Pułapa, Stanisława Okólska, Agnieszka Główska, Bożena Szmit

Odbyło się cztery posiedzenia Okręgowej Rady - frekwencja wynosiła 83%. Okręgowa Rada podjęła 49 uchwał oraz 1 stanowisko.

Prezydium Okręgowej Rady odbyło 9 posiedzeń,



frekwencja wynosiła 96%.  
Prezydium podjęło 137 uchwał i 3 stanowiska.

Działalność merytoryczna Okręgowej Rady realizowana jest przy pomocy powołanych zespołów problemowych:

- ◆ Zespół ds. kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - Przewodnicząca Bożena Szmit ,
- ◆ Zespół ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej - Przewodnicząca Stanisława Molas
- ◆ Zespół ds. Położnych - Przewodnicząca Małgorzata Skiba
- ◆ Zespół ds. Kontroli Podmiotów Prowadzących Kształcenie Podyplomowe Pielęgniarek i Położnych - Przewodnicząca Joanna Walwander,
- ◆ Zespół ds. Domów Pomocy Społecznej - Przewodnicząca Marzena Sienkiewicz.
- ◆ Zespół ds. kontroli indywidualnych i grupowych praktyk - Przewodnicząca Danuta Kusiak
- ◆ Zespoły pracowały zgodnie z przyjętym planem na rok 2009 .

Zgodnie z art. 24 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych Okręgowa Rada wykonuje zadania samorządu na obszarze działania Izby, a w szczególności wykonuje uchwały Okręgowego Zjazdu, stwierdza prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej , prowadzi rejestr pielęgniarek i rejestr położnych , dokonuje wpisu członków na listę, powołuje komisje, zespoły problemowe i kieruje ich pracą , prowadzi bieżące sprawy Izby, wykonuje zadania zlecone przez Naczelną Radę, składa roczne sprawozdania z działalności oraz wykonania budżetu.

Prowadzi rejestr pielęgniarek i położnych oraz przekazuje dane do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Jest to zadanie przejęte od administracji państwowej i dofinansowane z budżetu państwa w kwocie 8, 63 zł na jedną zarejestrowaną osobę w Izbie. Wykonywanie tego zadania obejmuje czynności; stwierdzenie prawa wykonywania zawodu w oparciu o wymagane dokumenty, wpisanie na listę członków OIPIP oraz skreślenie z listy członków (najczęściej z powodu migracji), dokonywanie stosownych adnotacji w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, na bieżąco dokonywane są aktualizacje danych w Okręgowym Rejestrze.

W Okręgowej Izbie w Zamościu zarejestrowanych jest ogółem 4175 osób w tym 3630 pielęgniarek,

64 pielęgniarzy, 481 położnych. Czynnych zawodowo jest 2467 osób, nie wykonujących zawodu 1708.

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada i Prezydium podjęło uchwały w sprawie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej dotyczyły one:

- ◆ stwierdzenia prawa i wpisu na listę oraz wydania zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu dla 4 pielęgniarek i 6 położnych
- ◆ wpisu na listę członków OIPIP w Zamościu 15 osób
- ◆ skreślenia z rejestru OIPIP w Zamościu - 16
- ◆ wymiany prawa wykonywania zawodu - 3
- ◆ wydania duplikatów prawa wykonywania zawodu - 6
- ◆ stwierdzenia prawa wykonywania zawodu cudzoziemce -1
- ◆ zaprzestania prawa wykonywania zawodu – 1

W związku z obowiązującymi przepisami ustawy o swobodzie działalności gospodarczej prowadzony jest rejestr indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych. W roku sprawozdawczym zarejestrowano 26 nowych praktyk, zawieszono zostały 2 praktyki.

Zespół ds. kontroli przeprowadził kontrolę 5 indywidualnych praktyk i 1 grupowej praktyki, zaleceń pokontrolnych nie wydano.

W roku sprawozdawczym Okręgowa Rada współpracowała z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz organizatorem kształcenia podyplomowego Ośrodkiem Kształcenia i Doskonalenia LIDER działającym na naszym terenie.

W związku z powyższym wydaliśmy 3 wpisy do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:

- ◆ kurs kwalifikacyjny - „pielęgniarstwo opieki paliatywnej”- program dla pielęgniarek
- ◆ kurs specjalistyczny - „szczepienia ochronne” – program dla pielęgniarek
- ◆ szkolenie specjalizacyjne „pielęgniarstwo zachowawcze - program dla pielęgniarek

Zespół ds. kontroli i nadzoru organizatorów kształcenia podyplomowego przeprowadził kontrolę ośrodka. Kontrolą objęto 7 wpisów tj. 4 kursów kwalifikacyjnych, 1 szkolenia specjalizacyjnego oraz 2 kursów specjalistycznych. W ramach udzielania pomocy finansowej członkom samorządu



zgodnie z przyjętym przez Okręgową Radę regulaminem, pomoc finansowa udzielana jest w formie zapomogi bezzwrotnej w przypadku zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych, długotrwałej choroby lub śmierci na wniosek osoby zainteresowanej, lub grupy koleżanek za zgodą osoby poszkodowanej.

Wnioski rozpatruje i zatwierdza w drodze uchwały na posiedzeniu Okręgowa Rada lub Prezydium. W 2009 roku rozpatrzono 66 podań o zapomogi, 17 o zasiłki i udzielono pomocy finansowej dla 9 członków innych Izby.

Dwukrotnie zorganizowaliśmy pomoc finansową dla osób w bardzo ciężkiej sytuacji dotyczyła ona pożaru i ciężkiej choroby dziecka. Na nasz apel o pomoc odpowiedziało 13 okręgowych izb oraz organizacje związkowe z Biłgoraja i Hrubieszowa, a także osoby prywatne. Otrzymana pomoc została przekazana do osób potrzebujących.

W okresie sprawozdawczym udzielono pomocy finansowej na łączną kwotę 62.650 zł., w tym ;

- ◆ zasiłki statutowe z tytułu śmierci - 10 na kwotę 3200 zł
- ◆ zasiłki emerytalne - 7 na kwotę 1750 zł
- ◆ zapomogi - 66 - na kwotę 54700 zł
- ◆ pomoc innym Izdom - 9 na kwotę 3000 zł

Uchwałą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 18 grudnia 2009 roku został zmieniony regulamin przyznawania pomocy finansowej. Zmiana dotyczyła podwyższenia wysokości przyznawanych kwot tj. od 300 - 1500 zł, a w przypadku klęsk żywiołowych od 1500 – 3000 zł.

Członkowie naszej Izby korzystają z ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Okręgowa Rada podpisała umowę z Towarzystwem Ubezpieczeniowym INTER - Polska. Przedmiotem ubezpieczenia jest ustawowa odpowiedzialność cywilna. INTER - Polska ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową za szkody powstałe w związku z zawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne w ramach umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej. Ponadto ochrona ubezpieczenia obejmuje odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone w trakcie wykonywania czynności udzielania pierwszej pomocy. Ochroną ubezpieczenia objęte są zdarzenia, które wystąpiły na terenie Rzeczypospolitej. Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia w ciągu roku wynosi

do 12000 zł, składka roczna od jednej pielęgniarki/położnej czynnej zawodowo - 4 zł.

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych to jedno z najistotniejszych zadań realizowanych przez Okręgową Izbę. Obrazuje to między innymi wartość środków finansowych przekazanych na ten cel. Zgodnie z regulaminem na indywidualne wnioski pielęgniarek i położnych dofinansowane zostały studia na kierunku pielęgniarstwa i położnictwa. Z tej formy pomocy skorzystało 33 osoby na łączną kwotę 23 784 zł.

Członkowie naszej Izby uczestniczyli w innych formach szkoleń tj.:

- ◆ specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, kursy doształcające - skorzystało 1044 osoby na łączną kwotę 243 253 zł..
- ◆ konferencje i sympozja skorzystało 405 osób na łączną kwotę 18 928 zł.

Spotkania szkoleniowe są organizowane zarówno przez ORPiP jak i przy udziale firm zainteresowanych współpracą z pielęgniarkami i położnymi z obszaru działania naszej Izby. Dla osób podwyższających kwalifikacje funkcjonuje biblioteka, która na bieżąco zostaje wzbogacana o nowe publikacje. Skorzystało z niej 79 osób, widać, że ta forma pomocy jest bardzo potrzebna. Oprócz publikacji, książek, czasopism wydajemy informator, który ukazuje się raz na kwartał. Znajdują się w nim informacje z prac Okręgowej Rady, Prezydium OR, organów Okręgowej Izby, NIPiP, prewencji w zakresie odpowiedzialności, zawodowej pielęgniarek i położnych, a także komunikaty opinii, informacje nt prowadzonych szkoleń. W działalności informacyjnej staramy się także popularyzować stronę internetową naszej Izby, jako najszybszą formę przekazu i łatwą komunikację z OIPIP.

Wiele informacji do środowiska trafia także poprzez kontakty osobiste pielęgniarek i położnych z Przewodniczącą OR, Sekretarzem, Wiceprzewodniczącymi oraz Przewodniczącą Zespołów problemowych, na bieżąco udzielane są informacje dotyczące szkoleń, pomocy socjalnej, wykonywania zawodu w formie indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, z zakresu prawa pracy - porad udziela prawnik Okręgowej Izby w każdy wtorek.

W ramach wzmocnienia samodzielności zawodowej, licznych szkoleń, rozmów indywidualnych



udało się doprowadzić do zwiększenia liczby indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych. W realizacji art. 4 ust 16 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych prowadzimy Ośrodek Informacyjno - Edukacyjny w ramach którego prowadzimy stronę internetową zawierającą informacje dla pielęgniarek i położnych dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych w krajach UE oraz wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje.

Udzielano informacji o obowiązującym stanie prawnym w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych na terenie Rzeczypospolitej, udzielono informacji o procedurze uznawania kwalifikacji zawodowych cudzoziemcom, którzy zamierzali rozpocząć pracę na terenie działania naszej Izby, publikowano informacje w biuletynie naszej Izby nt funkcjonowania ochrony zdrowia, prowadzenia działalności gospodarczej (indywidualne, grupowe praktyki pielęgniarek i położnych), oraz procedury uznawania kwalifikacji zawodowych w krajach UE. Udzielono łącznie 18 porad.

W minionym roku do Okręgowej Izby wpłynęło 10 wniosków o uznanie kwalifikacji zawodowych. Wnioski rozpatrzono pozytywnie zgodnie z wytycznymi Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 roku.

Dokonano potwierdzenia rejestracji do krajów Unii Europejskiej dla 5 osób. W ramach promowania zawodu pielęgniarki i położnej Okręgowa Rada w Zamościu realizuje ten cel poprzez współpracę z instytucjami rządowymi i samorządowymi, uczelniami wyższymi kształcącymi pielęgniarki i położne, związkami zawodowymi, towarzystwami naukowymi. Wszystkie poziomy tej współpracy mają na celu wskazanie znaczenia zawodu pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia i zniwelowanie negatywnych działań. Uczestniczyliśmy we wszystkich spotkaniach, debatach organizowanych przez Lubelski Urząd Wojewódzki, Urząd Marszałkowski, Narodowy Fundusz Zdrowia, poświęconych problemom ochrony zdrowia i sytuacji pielęgniarek i położnych województwa lubelskiego.

W okresie sprawozdawczym opiniowaliśmy 27 aktów prawnych. Nowe uregulowania wpływają na zakres naszych działań zawodowych, stwarzają nowe możliwości organizacyjne, ale też niekiedy postrzegane są jako utrudnienie w funkcjonowaniu i wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej. Odzwierciedleniem wycinka naszej pracy jest też liczna korespondencja, która dotyczy często pro-

blemów zawodowych, wykonywania zawodu, dodatkowych kwalifikacji, interpretacji prawa pracy. W okresie sprawozdawczym wydaliśmy 28 odpowiedzi na zapytania pracodawców oraz pielęgniarek i położnych.

W minionym roku członkowie Okręgowej Rady aktywnie uczestniczyli jako członkowie oraz przewodniczyli komisjom konkursowym na stanowiska kierownicze w zakładach opieki zdrowotnej. Dotyczyło to stanowiska zastępcy dyrektora ds. lecznictwa - 1, ordynatorów oddziałów - 4, pielęgniarki naczelnej - 1, przełożonej pielęgniarek - 1 oraz pielęgniarek/położnych oddziałowych - 18.

W okresie sprawozdawczym liczne grono pielęgniarek, położnych powróciło do wykonywania zawodu. Okręgowa Rada wydała 22 skierowania na odbycie przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu. Zadanie to udaje się realizować dzięki przychylności kadry kierowniczej z 5 zakładów opieki zdrowotnej.

Kończąc sprawozdanie, które nie odzwierciedla w pełni pracy Okręgowej Rady, chciałam podkreślić że mamy za sobą kolejny rok pracy obrazujący naszą sumienność i wytrwałość, mimo licznych trudności dążymy do zamierzonego celu. Aby realizacja zamierzonych planów była możliwa konieczna jest współpraca z całym środowiskiem, dlatego też dziękuję wszystkim, którzy znajdują czas, siły i są zaangażowani do pracy na rzecz samorządu.

Dziękuję Członkom i Przewodniczącym organów Izby, Okręgowej Radzie, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowemu Sądowi, Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępcom, Przewodniczącym i Członkom Zespołów problemowych.

Dziękuję wszystkim, którzy składali propozycje i pomysły rozwiązywania problemów, a także tym którzy wyrażali uwagi krytyczne, bowiem pozwoliły one na szukanie innych rozwiązań. Dziękuję za okazane wsparcie i dotychczasową współpracę.

Serdeczne podziękowania kieruję również do współpracowników biura Okręgowej Izby za ich codzienną efektywną pracę.

**Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Zamościu  
Joanna Walewander**



**Sprawozdanie  
Okręgowej Komisji Rewizyjnej  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Zamościu  
za okres 01. 01. 2009r. – 31. 12. 2009 r.**

Okręgowa Komisja Rewizyjna pracuje w następującym składzie:

- ◆ Przewodnicząca Komisji - Jadwiga Sikora,
- ◆ Wiceprzewodniczącą Komisji - Lucyna Podhajna-Wojtowicz,
- ◆ Sekretarz Komisji - Izabela Parkot
- ◆ Członkowie komisji: - Maria Gęborys, Wiesława Jurkiewicz, Teresa Bryła, Marta Sala.

Komisja Rewizyjna zgodnie z art. 26 rozdz. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.nr 41 poz 178 ze zm.) oraz Uchwały Nr 7 XVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 marca 2004 roku w sprawie regulaminów organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu ( zał Nr 3 Regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Zamościu) kontrolowała działalność merytoryczną i finansową Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Kontrole przeprowadzone były w oparciu o opracowany na rok 2009 plan pracy. W okresie od 1 stycznia - 31 grudnia 2009 roku odbyło się 2 posiedzenia robocze komisji.

Przeprowadzone kontrole w Izbie dotyczyły działalności merytorycznej i finansowej Izby oraz działalności Okręgowej Rady i Zespołów problemowych.

- 1) Kontrolą działalności finansowej objęto kasę , raporty kasowe, uchwały dotyczące wydatkowania środków pieniężnych, dokumentację dotyczącą przyznawania zapomóg członkom sa-

morządu, wniosków o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, rozliczanie delegacji i biletów MZK.

- 2) Kontrola działalności merytorycznej dotyczyła kontroli protokołów z posiedzeń Okręgowej Rady i Prezydium w tym list obecności z posiedzeń oraz podjętych uchwał.
- 3) W okresie sprawozdawczym przeprowadzono cztery kontrole cząstkowe. 20.02.2009, 26.06.2009, 18.09.2009, 18.12.2009 r. dotyczyły czasu i dyscypliny pracy pracowników i osób pełniących funkcję z wyboru.

Kontrolując prawidłowości dokumentowania pracy Rady i Prezydium stwierdzono, że dokumentacja prowadzona jest prawidłowo i zgodnie z przyjętymi w tym przedmiocie wymogami. Uchwały podejmowane są zgodnie z prawem i są prawomocne. Dokumentacja operacji finansowo-księgowych odbywa się na bieżąco zgodnie z obowiązującymi przepisami o rachunkowości. Wydatkowane środki pieniężne na działalność Izby są realizowane zgodnie z Uchwałą Nr 6 XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2009 roku. Okręgowa Komisja Rewizyjna w wyniku przeprowadzonych kontroli nie wydała zaleceń pokontrolnych.

Dziękuję członkom Komisji oraz organom Okręgowej Izby za dotychczasową współpracę.

**Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej  
Jadwiga Sikora**

**Sprawozdanie  
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej  
OIPI w Zamościu  
za okres od 01.01.2009r do 31.12.2009r.**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPI w Zamościu informuje że w okresie sprawozdawczym obejmującym 2009 rok do Biura Rzecznika nie wpłynęła żadna skarga dotycząca odpowiedzialności zawodowej w związku z czym nie prowadzone były postępowania wyjaśnia-

jące. Brak skarg na nieprawidłową postawę pielęgniarek i położnych świadczy zapewne o tym, że nasza praca oceniana jest przez pacjentów i ich rodziny pozytywnie pomimo tego, że w zmieniającej się rzeczywistości są oni bardziej świadomi swoich praw.



W omawianym okresie praca w Biurze Okręgowego Rzecznika przedstawiała się następująco:

- ◆ w dniu 28 sierpnia 2009 r. w Chełmie odbyło się wspólne szkolenie Rzeczników i ich zastępców z Okręgowych Izb w Zamościu, Chełmie, Białej Podlaskiej i Lublinie. Szkolenie prowadzone było przez zastępcę Naczelnego Rzecznika dr Grażynę Rogala - Pawelczyk oraz sekretarza biura mgr Małgorzatę Kilarską. Tematyką szkolenia dotyczyła analiza spraw prowadzonych przez Okręgowych Rzeczników i zasad prowadzenia biura.
- ◆ w dniu 18 września 2009 roku członkowie organu uczestniczyli w szkoleniu nt „Mobbing w pracy”
- ◆ w dniu 30 września 2009 r. w Krakowie członkowie organów Okręgowego Rzecznika i Okręgowego Sądu uczestniczyli w szkoleniu nt. praw pacjenta w związku z wejściem w życie przepisów nowej ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- ◆ w dniu 14 grudnia 2009 r. w Warszawie Okręgowy Rzecznik wraz ze swoimi zastępcami uczestniczyli w ogólnopolskim szkoleniu zorganizowanym przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej mgr Marię Kowalczyk.
- ◆ odbyły się 2 spotkania robocze Okręgowego Rzecznika z zastępcami dotyczące spraw bieżących

Okręgowy Rzecznik uczestniczył również w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz przygotowywał artykuły do informatora wydawanego przez OIPIP.

Okręgowy Rzecznik biorąc pod uwagę konieczność i skuteczność prewencji wykroczeń zawodo-

wych skoncentrował się w omawianym okresie, wspólnie z Przewodniczącą Okręgowej Izby na organizacji i prowadzeniu szkoleń z zakresu odpowiedzialności zawodowej dla pielęgniarek i położnych z terenu działania OIPIP w Zamościu.

Ogółem na różnego rodzaju kursach, konferencjach i szkoleniach przeszkolono ponad 900 pielęgniarek i położnych.

Mam nadzieję, że zwrócenie szczególnej uwagi na znaczenie szkoleń zarówno dla wszystkich pielęgniarek i położnych jak i dla samych rzeczników przyczyni się do jeszcze większej odpowiedzialności przy podejmowaniu wszelkich decyzji w naszej codziennej pracy. Każdy z nas powinien zdawać sobie sprawę, że u podstaw samodzielności zawodowej powinien leżeć nawyk ciągłego kształcenia i doskonalenia zawodowego. Tylko świadoma swojej wiedzy, mądra i odpowiedzialna pielęgniarka, położna staje się równoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego i przyczynia się do podnoszenia prestiżu swojego zawodu.

Życzę wszystkim koleżankom i kolegom poczucia własnej wartości, mądrości oraz satysfakcji z dobrze wykonanych obowiązków zawodowych a także jak najwięcej wdzięczności i zrozumienia pacjentów.

Dziękuję wszystkim za kolejny rok pracy zawodowej i samorządowej. Szczególne podziękowania kieruję w stronę Pani Przewodniczącej za zaangażowanie i aktywną pomoc w organizacji szkoleń a także do wszystkich pracowników OIPIP za współpracę i wszelką okazaną pomoc.

**Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej  
mgr Alicja Makuch**

## Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu za okres 01.01.2009 – 31.12.2009 roku

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Zamościu pracuje w składzie:

- ◆ Przewodnicząca - Elżbieta Hałas
- ◆ Wiceprzewodnicząca - mgr Anna Janiec
- ◆ Sekretarz - Urszula Porębska

Członkowie : - mgr Bronisława Karczmarczyk, mgr Dorota Machometa, Dorota Trześniowska

W roku sprawozdawczym 2009 do biura Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu nie wpłynęła żadna sprawa.

Członkowie Sądu pełnili dyżury w siedzibie Izby w każdy pierwszy wtorek miesiąca w godzinach 14-16.

W roku 2009 członkowie Sądu zbierali się czterokrotnie. Omawiane były sprawy bieżące, analizowano dokumentację, odbywały się szkolenia wewnętrzne z zakresu postępowania przed sądem I i II instancji.

30 września 2009 roku wszyscy członkowie Okręgowego Sądu uczestniczyli w konferencji jed-



nodniowej zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego w Krakowie. Tematem wiodącym były prawa pacjenta i prawa personelu medycznego.

5 listopada 2009 roku byliśmy organizatorem szkolenia dla przewodniczących i członków Okręgowych Sądów Pielęgniarek i Położnych z Białej Podlaski, Lublina, Chełma. Szkolenie prowadzone było przez przedstawicieli Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych. Działalność naszego Sądu poddana była całościowej kontroli i dotyczyła lokalizacji organu, prowadzenia dokumentacji. Kontrola wypadła pozytywnie, uwag pokontrolnych nie odnotowano.

Przewodnicząca Sądu uczestniczyła w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Podsumowując miniony rok 2009 serdeczne słowa podziękowania kieruję pod adresem Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej pani Alicji Makuch i członków organu Okręgowego Rzecznika.

Pani Przewodniczącej Okręgowej Rady Joannie Walewander, dziękuje za dotychczasową

współpracę, za ogromne zaangażowanie w pracę na rzecz naszego środowiska, a także za życzliwość i uśmiech, który pozwala łatwiej pokonywać sprawy trudne. Podsumowując miniony rok, należy docenić również pracę naszych pań z administracji biura Okręgowej Izby. Dziękuję pani Marii Kolano, Basi Soroka, Danusi Kusiak i pani prawnik Danucie Tront. Wasza praca pozwala nam na spokojne wykonywanie naszych obowiązków, wiedząc, że ktoś czuwa nad całością.

Wszystkim delegatom, a za Waszym pośrednictwem wszystkim koleżankom i kolegom, pielęgniarkom, pielęgniarzom, położnym, dziękuję za dobrą pracę, ciężką i odpowiedzialną często wykonywaną kosztem własnego zdrowia i sił, i życzę Wam wszystkim, aby mądre decyzje naszych władz pozwoliły nam na spokojne wykonywanie naszego zawodu.

**Przewodnicząca  
Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych  
Elżbieta Hałas**

ANNA GRADZIUK KOORDYNATOR  
DS. TRANSPLANTACJI SAM.PUB. SZPITAL WOJ. IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II  
W ZAMOŚCIU

## Transplantacja darem życia

26 stycznia obchodzony jest w Polsce jako Dzień Transplantacji, właśnie w tym dniu 44 lat temu została przeszczepiona nerka 19 letniej Danusi uczennicy szkoły pielęgniarskiej w Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie. Obecnie w Polsce żyje około 9 tysięcy osób po przeszczepach.

Transplantacja jest niezwykle potrzebną skuteczną a czasami jedyną formą leczenia ludzi ze schyłkową niewydolnością narządów. Niektóre narządy (nerka, segment wątroby) lub tkanki (szpik kostny, krew) można pobierać od osób żywych pod warunkiem, że dawca wyrazi na to zgodę, a jego życie nie będzie narażone na niebezpieczeństwo.

Jednak większość narządów i tkanek do przeszczepienia pobiera się ze zwłok. Choć praktyka medyczna w zakresie transplantacji prowadzona jest na szeroka skalę napotyka wciąż wiele trudności i budzi wiele kontrowersji, szczególnie kiedy pobierane są narządy od osób zmarłych w wyniku śmierci mózgowej. Ponad 2000 osób oczekuje na

narządy z tej grupy umiera co 5 dni jedna osoba z powodu braku narządów. Niestety większość szpitali w naszym kraju w ogóle nie zgłasza potencjalnych dawców.

Prawie połowa wszystkich zgłoszeń pochodzi zaledwie z 10 szpitali. Na tą tragiczną sytuację składa się wiele aspektów. Lekarze nie zgłaszają potencjalnych dawców, m.in. dlatego, że wiąże się to z ich dodatkową pracą i zastosowaniem pracochłonnych procedur. Sytuacje mają zmienić koordynatorzy transplantacyjni, niestety wciąż ich jest za mało w przeliczeniu na milion mieszkańców 0,5 koordynatora ( w Hiszpanii 6 na milion mieszkańców). Koordynatorzy pracują w klinikach transplantologicznych, ale również w szpitalach w których istnieją sale wzmożonego nadzoru, są anestezyjologami, psychologami, pielęgniarkami.

Głównym celem koordynatora transplantacyjnego jest zwiększenie liczby narządów do przeszczepienia poprzez wzrost identyfikacji zmarłych potencjalnych dawców. Bardzo ważną funkcją ko-



ordynatora jest funkcja edukacyjna, istnieje duży deficyt wiedzy na temat dawstwa narządów w środowisku medycznym. Tylko stworzenie przyjaznej atmosfery dla transplantacji na każdym szczeblu pracy zwiększy akceptację dla tej metody leczenia.

Transplantologia jest najbardziej kontrolowaną dziedziną medycyny. Jednostką rządową, która zajmuje się prowadzeniem rejestru dawców, Centralnego Rejestru Sprzeciwów, Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie, monitorującą pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce jest Centrum Koordynacyjno-Transplantacyjne „Poltransplant”. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku określa zasady pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów (Dz. U. z dnia 6 września 2005 r.) według polskiego prawa każda osoba zmarła może być uważana za potencjalnego dawcę tkanek i narządów, jeśli za życia nie wyraziła sprzeciwu w formie:

- ◆ Wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich.
- ◆ Oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis.
- ◆ Oświadczenia ustnego złożonego w obecności dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

Pobranie komórek, tkanek lub narządów jest dopuszczalne po stwierdzeniu nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Sposób i kryteria stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu są zawarte w Obwieszczeniu MZiOP z dnia 17 lipca 2007 r. (monitor Polski nr 46, poz. 547).

Stwierdzenie zgonu w wyniku śmierci mózgu leży w kompetencji komisji. Komisje powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik zakładu opieki zdrowotnej. Komisja składa się z trzech lekarzy specjalistów jednego w dziedzinie aneste-

zjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Lekarze wchodzący w skład komisji, nie mogą brać udziału w postępowaniu pobierania i przeszczepiania narządów. Komisja po odpowiednio długiej obserwacji wstępnej (przy pierwotnym uszkodzeniu mózgu 6 godzin, przy wtórnym uszkodzeniu 12 godzin), po etapie stwierżeń i wykluczeń, w oparciu o badania odruchów pniowych i testu bezdechu powtarzanych co 12 godzin stwierdza zgon mimo utrzymującej się pracy serca. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci mózgu komisja odstępuje od orzeczenia. Śmierć mózgu jest stanem nieodwracalnym, śmierć mózgu to nie to samo co: śpiączka, letarg, czy „odkorowanie”. Śmierć mózgu stwierdzana jest celem zaprzestania uporczywej terapii lub w celu pobrania narządów. Mimo regulacji prawnych zgoda na pobranie narządów zawsze omawiana jest z rodziną, jeżeli rodzina sprzeciwia się odstępuje się od pobrania. Wiedza społeczeństwa o tym, jaka wartość dla setek śmiertelnie chorych ma przeszczepianie narządów jest nadal niewystarczająca. Sprzeciw na pobranie narządu wyrażany przez rodzinę zmarłego powoduje, że nie można uratować życia wielu chorym. Osoba wyrażająca zgodę na oddanie narządów po śmierci dla ratowania życia i przywracania zdrowia ludziom chorym może zaopatrzyć się w druk „oświadczenia woli”, ta deklaracja w chwili krytycznej pozwoli rodzinie na zaakceptowanie naszej woli. Z jednej strony „oświadczenie woli” jest naszym poparciem dla idei transplantacji co wiąże się z akceptacją pobierania narządów od osób zmarłych, z drugiej strony mamy nadzieję, że gdy to my będziemy potrzebować pomocy w formie nowego narządu znajdą się ludzie gotowi oddać narządy zmarłej bliskiej osoby. Bez społecznej akceptacji dla tej wyjątkowej, czasami jedynej metody leczenia schyłkowej niewydolności narządów, około 2 tysięcy oczekujących pacjentów, nie otrzyma szansy na nowe życie.

## PYTANIA I ODPOWIEDZI

### Pytanie

Zgodnie z art. 20 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej szpital ma zapewnić przyjętemu pacjentowi środki farmaceutyczne i materiały medyczne.

Czy oznacza to, że zapewniamy wszystkie leki, również te, które nie są związane z jednostką chorobową, z powodu której przyjęto

### pacjenta?

Czy zapewniamy tylko leki związane z jednostką chorobową, a pozostałe leki pacjent może we własnym zakresie przynieść i zażywać?

Jeśli pacjent może zażywać leki przyniesione przez siebie, to na jakiej podstawie wpisać je w kartę zleceń - według oświadczenia pa-



cja, konsultacji odpowiedniego specjalisty, informacji od lekarza zlecającego?

**Kto weźmie odpowiedzialność za leki przyzniesione przez pacjenta jeżeli zdarzy się przedawkowanie czy omyłka?**

**Czy przyniesione leki pacjent może trzymać w szafce i sam zażywać na własną odpowiedzialność?**

#### **Odpowiedź**

*(odpowiedzi udzielono: 22 grudnia 2008 r. stan prawny nie uległ zmianie)*

Świadczeniodawca (szpital) powinien bezpłatnie zagwarantować pacjentowi leki konieczne do udzielenia świadczenia, czyli te, których podanie jest częścią procesu leczniczego, a nie inne leki, które pacjent zażywa jako składnik innej terapii. W czasie trwania hospitalizacji, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może wystawiać zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne oraz ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji a może jedynie ordynować leki, których zażywanie nie wynika z przyczyny hospitalizacji.

Odpowiedzialność cywilną za leki ponosi co do zasady świadczeniodawca, który je przepisał. Jednakże na świadczeniodawcy, u którego hospitalizowany jest pacjent, spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności przy ustalaniu jakie leki zażywa pacjent. Wydaje się, iż powinien także zapewnić właściwe procedury podawania tych leków. Zagadnienia odpowiedzialności cywilnej za leki nie należy zresztą ograniczać jedynie do świadczeniodawców. W doktrynie wskazuje się, że za szkody wyrządzone pacjentowi przez leki mogą odpowiadać także inne podmioty (np. odpowiedzialność producenta czy apteki). Do wyobrażenia są też przypadki, w których pacjent, poprzez zatajenie pewnych informacji przyczyni się do powstania lub zwiększenia szkody. W takich wypadkach ewentualne odszkodowanie ulega stosownemu zmniejszeniu, przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Choremu należy bezpłatnie zagwarantować leki konieczne do udzielenia świadczenia. Chodzi więc o te leki, których podanie jest częścią procesu leczniczego, a nie inne leki, które pacjent zażywa jako składnik innej terapii. Jak argumentuje J. Nowak-Kubiak i B. Łukasik: „Oznacza to, że przykładowo w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala w ramach leczenia schorzenia, na które został on hospitali-

zowany, zakład ten musi mu zapewnić bezpłatne zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczeń związanych z hospitalizacją. Jednakże jeżeli pacjent taki choruje na choroby niezwiązane z przebiegiem leczenia, zakład nie ma już obowiązku bezpłatnego zaopatrywania go w leki potrzebne do leczenia innych, dodatkowych schorzeń” (J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Komentarz, Warszawa 2006, s. 72). Materię tę precyzują Ogólne Warunki Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484). Zgodnie z § 30 ust. 1 załącznika, w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, do których są uprawnieni bezpłatnie.

Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, stanowiące załącznik do umów na 2008 r. i lata następne o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zarządzenie nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna) przewidują, że w czasie trwania hospitalizacji świadczeniobiorcy, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może wystawiać zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne oraz ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji a może jedynie ordynować leki, których zażywanie nie wynika z przyczyny hospitalizacji. Mamy więc do czynienia z podziałem kompetencji i odpowiedzialności między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawcą, u którego hospitalizowany jest pacjent. Podział ten jest również widoczny w ogólnych warunkach, które przewidują, że osoby uprawnione na mocy art. 34 lub 40 u.ś.o.z. nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy, w czasie trwania leczenia w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całonocnych lub całodziennych świadczeń



zdrowotnych, zleceń na środki pomocnicze i wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi oraz ordynować leków.

Decyzja o zapisaniu nowych leków oraz ich podawaniu należy do świadczeniodawcy, u którego pacjent jest hospitalizowany. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przewidują, iż świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej. W tym zakresie mamy do czynienia z odesłaniem do ogólnych reguł odpowiedzialności cywilnej oraz zasad wykonywania zawodu lekarza. Świadczeniodawca powinien więc dołożyć należytej staranności przy ustalaniu jakie leki zażywa pacjent oraz w jaki sposób mogą one wpłynąć na planowaną terapię. Dotyczy to zarówno świadczeniodawcy zapewniającego podstawową opiekę nad pacjentem jak i świadczeniodawcy, u którego pacjent jest hospitalizowany. W takich wypadkach lekarz w zakładzie opieki zdrowotnej powinien ustalić jakie leki pacjent zażywa, a w miarę potrzeby skonsultować się ze świadczeniodawcą, który je zapisał. Co więcej, zakład opieki zdrowotnej powinien zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo pobytu, co właściwie wyklucza możliwość samodzielnego zażywania leków przez pacjenta. Do obrażenia są jednak przypadki, w których pacjent wprowadza w błąd lekarza dokonującego wywiadu lub zażywa leki potajemnie. W takich przypadkach zastosowanie znajdują przepisy ogólne prawa zobowiązań w szczególności regulujące kwestię przyczynienia się do powstania lub zwiększenia szkody. Jeżeli więc poszkodowany pacjent przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody, obowiązek jej naprawienia ulega odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy obu stron (art. 362 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny; Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

#### **Uzasadnienie**

Norma z art. 20 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.; dalej jako: u.z.o.z.), przyznająca pacjentowi prawo do środków farmaceutycznych (produktów leczniczych w myśl art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; Dz. U. Nr 126, poz. 1382 z

późn. zm) ma charakter ogólny. Ustawodawca nie określił zakresu tego prawa ani nie uregulował kwestii ewentualnej odpłatności za podane produkty (M. Dercz, T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej Komentarz, Warszawa 2007, s. 154). Materia ta została doprecyzowana na gruncie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.; dalej jako: u.ś.o.z.). Zgodnie z art. 35 u.ś.o.z. świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych

*Anita Gałęska-Śliwka*

#### **Pytanie**

Jak powinien wyglądać nadzór nad lekami oraz środkami odurzającymi w niewielkim SP ZOZ-ie, zawierającym 8- łóżkowy zol oraz 8- łóżkowe hospicjum stacjonarne?

#### **Odpowiedź**

*(odpowiedzi udzielono: 24 sierpnia 2009r. stan prawny nie uległ zmianie)*

Sposób nadzoru nad środkami odurzającymi w niewielkim SP ZOZ-ie reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2003 r. w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane w celach medycznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (Dz. U. Nr 37, poz. 324).

#### **Uzasadnienie**

Zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm; dalej jako: u.p.n.) środki odurzające może posiadać wyłącznie przedsiębiorca, jednostka organizacyjna lub osoba fizyczna uprawniona na podstawie przepisów prawa. W art. 42 u.p.n. określono, iż niektóre środki odurzające, które zostały dopuszczone do obrotu jako produkty lecznicze na podstawie przepisów prawa farmaceutycznego mogą posiadać zakłady opieki zdrowotnej niemające apteki szpitalnej. Zakład taki musi jednakże uzyskać zgodę wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (tzw. dozwolone posiadanie). Jednocześnie w ustępie 2 omawianego przepisu ustawodawca nałożył na Ministra Zdrowia obowiązek określenia zasad otrzymywania i



przechowywania takich środków.

Natomiast w przepisie art. 89 u.p.n. określono, iż do czasu wydania aktów wykonawczych do nowej ustawy zastosowanie mają rozporządzenia wydane do ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 75, poz. 468 z późn. zm.).

Z uwagi, iż do dnia dzisiejszego nie został wydany akt wykonawczy do art. 42 ust. 2 u.p.n., zastosowanie w omawianej sprawie ma rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane w celach medycznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

#### **Dobrawa Biadun**

#### **Pytanie**

Czy pielęgniarka, pełniąca dyżur na oddziale szpitalnym, ma obowiązek - bez otrzymania pisemnego zlecenia wyjazdu służbowego - zapewnić pacjentowi opiekę poza obszarem szpitala w trakcie transportu do innego miasta na badania diagnostyczne lub terapeutyczne (koronarografia)?

#### **Odpowiedź**

*(Odpowiedzi udzielono: 5 stycznia 2009r. stan prawny nie uległ zmianie)*

Pielęgniarka pełniąca dyżur na oddziale szpitalnym, powinna otrzymać pisemne zlecenie wyjazdu służbowego, w celu zapewnienia pacjentowi opieki poza obszarem szpitala w trakcie transportu na badania.

#### **Uzasadnienie**

Pytanie dotyczy zmiany miejsca wykonywania obowiązków pracowniczych, wyznaczonego przez pracodawcę pracownikowi medycznemu na dyżurze. Z istoty pełnienia dyżuru na oddziale szpitalnym wynika obowiązek pełnienia przez pielęgniarkę opieki w szpitalu nad pacjentami wymagającymi całodobowej opieki medycznej. Wyjazd poza obszar szpitala powoduje, że pielęgniarka nie jest w stanie pełnić powierzonych jej obowiązków pracowniczych w miejscu pierwotnie wskazanym jej przez pracodawcę. Miejsce wykonywania pracy jest istotnym elementem stosunku pracy i jego zmiana, nawet chwilowa, powinna być stwierdzona na piśmie (art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy; tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.). Dlatego też pielęgniarka pełniąca dyżur na oddziale szpitalnym, powinna otrzymać pisemne zlecenie wyjazdu służbowego, w celu zapewnienia pacjentowi

opieki poza obszarem szpitala w trakcie transportu na badania. Pisemne zlecenie może mieć znaczenie dowodowe w przypadku ewentualnego zarzucenia pielęgniarce niewykonania obowiązków wynikających z pełnionego dyżuru oraz w razie wypadku przy pracy w czasie wyjazdu poza obszar szpitala.

#### **Uwagi:**

Zagadnienie wymaga również analizy treści umowy o pracę i określonego w niej miejsca wykonywania obowiązków pracowniczych, ponieważ zmiana warunków umowy o pracę wymaga formy pisemnej (art. 29 § 4 ustawy - Kodeks pracy).

*Tamara Zimna*

#### **Treść pytania**

Jakie obowiązkowe ubezpieczenie OC dotyczy indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, które mają umowę podpisaną bezpośrednio z NFZ?

#### **Treść odpowiedzi**

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC dla osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych wynosi równowartość w złotych 25.000 euro na jedno zdarzenie i 140.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC.

Wymienione kwoty są ustalane przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

#### **Uzasadnienie**

Podstawę prawną do ustalenia zakresu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy zawartej z NFZ stanowi rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10).

#### **Autor odpowiedzi:**

*Anna Olińska*



## W dniach 23 -24 luty odbyła się konferencja nt „Czy i jak ustalać minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych”

W konferencji z naszego Okręgu uczestniczyło sześć Pielęgniarek Naczelnych. Podczas konferencji zostały ustalone kierunki działań w powyższej sprawie. W celu zapewnienia właściwego poziomu jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów, oraz zmniejszaniu zdarzeń niepożądanych, - uczestnicy konferencji szkoleniowej nt. „Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?” wnioskuje do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ministra Zdrowia o podjęcie działań prowadzących do zmiany regulacji prawnych w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a w szczególności:

1. Akty prawne regulujące warunki realizacji świadczeń gwarantowanych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej powinny szczegółowo określać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych zakładu.

2. Wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia wymogu stosowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w kontraktowaniu świadczeń medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej.

3. Pilne przygotowanie przez Konsultantów Krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa, przy wsparciu NRPIP, propozycji norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach opieki zdrowotnej.

4. Zobowiązanie Ministerstwa Zdrowia do poparcia stanowiska PTP i NRPIP w sprawie zawodu zamawianego - kierunku pielęgniarstwo oraz przygotowanie programu zwiększającego rekrutację studentów pielęgniarstwa.

**Poniżej przedstawiamy informacje dotyczącą prac Zespołu powołanego przy Ministrze Zdrowia:**

### **Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych**

Realizując zalecenia zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 19.12. r. w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej dokonano obliczeń liczby etatów pielęgniarek i położnych w oddziałach z wyjątkiem bloków operacyjnych. Wyniki końcowe wykazały znacznie zawyżoną liczbę etatów w stosunku do obecnej liczby zatrudnionego średniego personelu medycznego. Nie odzwierciedlały rzeczywistych potrzeb zwiększenia

liczby etatów. Postanowiono zastosować do obliczeń minimalnych norm zatrudnienia „system belgijski” wg norm opisanych przez dr hab. Helenę Lenartowicz z Wydziału Pielęgniarstwa Collegium Medium UJ w Krakowie, ujętych w ramach programu PHARE P/9113/064/96.

### **Oparto się na podanym wzorze:**

$0,66 \text{ etatu pielęgniarstwa} \times \text{wskaznik wykorzystania łóżka} \times \text{ilość łóżek}$  (dotyczy danego oddziału)

### **Wyliczenie obsady pielęgniarstwa wg „ wzoru belgijskiego” dla 40 łóżkowego oddziału**

#### **Wariant I**

$0,66 \text{ etatu pielęgniarstwa} \times 90\% \text{ wskaznik wykorzystania łóżka} \times 40 \text{ łóżek} = 23,76 \text{ etatów pielęgniarstwa}$

$23,76 \text{ pielęgniarek} \times 13 \text{ dyżurów (12 godz.) w miesiącu} = 309 \text{ godz.: } 60 \text{ dyżurów (12 godz.) w miesiącu} = 5 \text{ pielęgniarek na dyżurze.}$

#### **Wariant II**

$0,66 \text{ etatu pielęgniarstwa} \times 80\% \text{ wskaznik wykorzystania łóżka} \times 40 \text{ łóżek} = 21 \text{ etatów pielęgniarstwa}$

$21 \text{ pielęgniarek} \times 13 \text{ dyżurów (12 godz.) w miesiącu} = 273 \text{ godz.: } 60 \text{ dyżurów- (12 godz.) w miesiącu} = 4,5 \text{ pielęgniarki na 1 dyżur 12 godzinny.}$

### **Wnioski**

Na jedną pielęgniarkę na dyżurze 12 godzinnym przypada 7 pacjentów.

Wyliczenie nie uwzględnia urlopów i innych nieobecności, jak również pielęgniarstwa kadry kierowniczej.

4.11.2009r. odbyło się kolejne spotkanie zespołu ds. ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych utworzone przy Ministrze Zdrowia. Podczas spotkania toczyły się dyskusje nad proponowaną metodologią, wyznaczania normy zatrudnienia dla Pielęgniarek i położnych. Ustalono wstępnie warunki zastosowania liczenia norm według, kategoryzacji chorych. Strona NIPIP proponuje dodatkowo wzmocnienie Systemem Belgijskim. Serdecznie zapraszam do współpracy Przedstawicielki szpitali, które w 2010 roku chciałyby włączyć się w krótki program pilotażowy wyboru nowej metodologii. Serdecznie dziękuję tym wszystkim, którzy już teraz na bieżąco informują nas o stanie kadry. To szczególnie ważne działanie, gdyż pozwala nam na strategiczne przygotowanie się do czekających nas zmian w roku 2010.



## Identyfikacja danych pielęgniarki i położnej w dokumentacji medycznej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819) zawiera w § 6 ust. 1 pkt 4 dane identyfikujące m.in. pielęgniarkę, położną udzielające świadczeń zdrowotnych, a uwidocznione w dokumentacji indywidualnej.

Zgodnie z powołanym powyżej przepisem, dane identyfikujące to:

- ◆ nazwisko i imię (imiona),
- ◆ tytuł zawodowy uzyskane specjalizacje,
- ◆ numer prawa wykonywania zawodu,
- ◆ podpis.

O ile większość tych danych nie stwarza w interpretacji żadnych wątpliwości, tak niejasność stwarza określenie „tytuł zawodowy”. Problemem po prostu jest to, czy pielęgniarka, położna posiadająca tytuł magistra w innej dziedzinie niż pielęgniarstwo i położnictwo, ma prawo umieścić jego skrót przed nazwiskiem. W sytuacji tej należy ustalić, co to jest tytuł zawodowy, który jest jednym z elementów informacji wskazanej w § 6 ust. 1 pkt 4 cyt. rozporządzenia. Definicja „ogólna” określa tytuł zawodowy jako system certyfikatów i tytułów otrzymywanych przez osoby; które (przynajmniej teoretycznie) dowiodły że posiadają określony zasób wiedzy i umiejętności potrzebnych do wykonywania danego zawodu.

Zgodnie z art.2 ust 1 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 200 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 164 poz. 1365) tytuł zawodowy to tytuł licencjatu, inżyniera, magistra lub tytuł równorzędny. I tak tytuły zawodowe uzyskiwane w szkołach wyższych to:

- ◆ magister,
- ◆ magister inżynier,
- ◆ magister inżynier architekt,
- ◆ magister sztuki,
- ◆ lekarz,
- ◆ lekarz weterynarii,
- ◆ magister pielęgniarstwa, • magister położnictwa,
- ◆ inżynier,
- ◆ inżynier architekt,
- ◆ licencjat,
- ◆ licencjat pielęgniarstwa,
- ◆ licencjat położnictwa.

Aby uzyskać wymienione powyżej tytuły zawodowe student musi zaliczyć wszystkie przedmioty

i praktyki objęte planem studiów, złożyć i obronić pracę dyplomową oraz zdać pomyślnie egzamin dyplomowy Absolwent szkoły wyższej otrzymuje dyplom ukończenia studiów na określonym kierunku studiów, Od tytułów zawodowych należy odróżnić tytuły naukowe, które są dowodem posiadania określonego poziomu wiedzy i ogólnie rozumianych zdolności intelektualnych i nie dają zwykle (oprócz stanowisk szkolnych i akademickich) żadnego formalnego prawa do wykonywania określonego zawodu. Hierarchia tytułów zawodowych wygląda różnie, w różnych grupach zawodowych. W Polsce, w niektórych grupach zawodowych (technicy, lekarze, rzemieślnicy) istnieją ustawowo zadekretowane nazwy i hierarchie tych stopni, podczas gdy w innych nie ma takich systemów. Co należy rozumieć pod pojęciem „tytuł zawodowy” w ochronie zdrowia dla zawodu pielęgniarki i zawodu położnej określa ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2001 r. nr 57, poz. 602. Z późn. zm.) w art. 8. I tak tytułami zawodu są:

- ◆ pielęgniarka (ukończona szkoła pomaturalna),
- ◆ magister pielęgniarstwa (ukończona szkoła wyższa prowadząca kształcenie w formie studiów magisterskich jednolitych lub uzupełniających),
- ◆ licencjat pielęgniarstwa (ukończona szkoła wyższa prowadząca kształcenie w formie studiów wyższych zawodowych),
- ◆ położna (ukończona szkoła pomaturalna)
- ◆ magister położnictwa (ukończona szkoła wyższa prowadząca kształcenie w formie studiów; magisterskich jednolitych lub uzupełniających),
- ◆ licencjat położnictwa (ukończona szkoła wyższa prowadząca kształcenie w formie studiów wyższych zawodowych),

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej w zakresie odnoszącym się do tytułów zawodowych stanowi *lex specialis* w stosunku do ustawy o szkolnictwie wyższym. Należy, wobec powyższego przyjąć, że w sytuacji, gdy pielęgniarka lub położna po udzieleniu świadczeń zdrowotnych dokonuje wpisów w dokumentacji medycznej, w zakresie określonym przez obowiązujące w tym zakresie przepisy, winna w podpisie (na pieczęcie) zawrzeć te informacje, które wskazuje § 6 ust. 1 powołanego na wstępie rozporządzenia, jako nieratywnie wymienione.

Posiadanie innych tytułów zawodowych nie upoważnia automatycznie do ich podawania w sytu-



acji określonej powyżej. Natomiast nie ma przeciwwskazań do używania tytułów zawodowych (ich skrótów) innych niż wskazane powyżej dla potrzeb identyfikacji w sytuacjach, których nie obejmuje dyspozycja zawarta w § 6 ust 1 powołanego na wstępie rozporządzenia.

Art. 7 ust 2 pkt 1 oraz art. 7 ust. 3 pkt 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podają, iż szkołą pielęgniarską lub szkołą położnych, w rozumieniu ustawy; jest szkoła pomaturalna. Jednakże nale-

ży tu odnieść się do art. 34 ust. 1 cyt. ustawy, który stanowi, iż pielęgniarka lub położna, która uzyskała kwalifikacje zawodowe wymagane do otrzymania prawa wykonywania zawodu przed dniem wejścia w życie ustawy; zachowuje te uprawnienia.

Oznacza to osobę, która ukończyła przed dniem wejścia w życie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej szkół liceum medycznego oraz medycznego, studium zawodowego.

### **Komentarz Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych w sprawie propozycji wprowadzenia nowej kary finansowej dla pielęgniarek i położnych w wyniku naruszenia zasad odpowiedzialności zawodowej, którą można orzec wobec członków samorządu**

W opracowywanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie nowelizacji ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych zawarta jest propozycja wprowadzenia nowej kary za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Karą tą miałyby być kara pieniężna, orzekana w wysokości od 1.000 zł do 10.000 zł z przeznaczeniem na cele związane z ochroną zdrowia.

W obecnie obowiązującej ustawie katalog kar nie przewiduje stosowania kar o charakterze finansowym, przewidując jedynie kary upomnienia, nagany, zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia, czy też zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Wprowadzenie tej kary stanowiłoby istotną zmianę w obecnym systemie odpowiedzialności zawodowej z uwagi na finansowy charakter proponowanej kary. Podkreślić należy, iż z uwagi na określenie jej dolnej granicznej poziomie 1000 zł oraz wysokość wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, będzie to kara dotkliwa dla skazanej pielęgniarki lub położnej.

W związku z tym, w razie wprowadzenia tej kary do katalogu kar powstanie konieczność wypracowania właściwej praktyki tj. określenia w działalności sądów zasad jej stosowania, okoliczności stanowiących przesłankę do jej zastosowania oraz wysokości orzekanej w konkretnej sprawie kary finansowej. Nie sposób obecnie przewidzieć, w jakim kierunku pójdzie praktyka sądów w tym za-

kresie, lecz Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych, w razie jej wprowadzenia do ustawy, w zakresie swojej właściwości podejmie działania w celu wypracowania linii orzeczniczej w zakresie orzekania kary finansowej, uwzględniając zarówno specyfikę wykonywanego zawodu, sytuację finansową środowiska jak też przesłanki do jej orzekania w razie wystąpienia przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej z wnioskiem o wymierzenie takiej kary. Na marginesie wskazać również należy, iż zastosowanie takiej kary mieć będzie niejako podwójny skutek dla ukaranej pielęgniarki lub położnej, gdyż w razie skazania na którąkolwiek z kar obecnie przewidzianych w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych jest ona obciążana również kosztami przeprowadzonego postępowania, co stanowi dolegliwość samą w sobie a w razie ukarania karą finansową powiększy finansowe obciążenia ukaranej.

Powyższe uwagi mają jedynie charakter wstępnych rozważań nar; propozycją wprowadzenia do katalogu kar, kary finansowej i wskazują jedynie niektóre problemy wiążące się ze stosowaniem tej kary w razie jej wprowadzenia do ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. W praktyce pracy sądów pojawiają się niewątpliwie inne zagadnienia, których obecnie nie można przewidzieć, a które będą mieć znaczenie dla oceny i zasadności zastosowania tej kary.

**Teresa Fichtner-Jeruzel  
Przewodnicząca Naczelnego  
Sądu Pielęgniarek i Położnych**



## Świadoma zgoda pacjenta

Rozpoczynając rozważania na temat Świadomej Zgody Pacjenta na realizację świadczenia zdrowotnego wobec jego osoby przez personel medyczny należy zwrócić uwagę na fakt, iż interwencja medyczna polegająca na ingerencji w organizm chorego zawsze powoduje naruszenie jego nietykalności cielesnej, także w przypadku zwykłych badań. Lekarz, pielęgniarka przeprowadzając badanie lub udzielając świadczeń zdrowotnych, z punktu widzenia prawa cywilnego wkraczają w prawnie chronioną sferę pacjenta.

Z punktu widzenia przepisów prawnych problem ten regulowany jest zarówno przez przepisy prawa Międzynarodowego, Europejskiego jak również wewnętrznego naszego Państwa np. Kodeks Cywilny, którego kilka fragmentów przytoczę poniżej dla zobrazowania zarówno praw człowieka do ochrony swoich dóbr oraz odpowiedzialności za ich naruszenie.

Art. 23. Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, (...), pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach.

Art. 24. § 1. Ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. (...).

Art. 415. Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

W tym temacie jak wypowiada się Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności w Artykule 5 Prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego zapisano, iż „Każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Za wyjątkiem: zgodnego z prawem pozbawienia wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umyślowo chorej, alkoholika, narkomana lub włóczęgi;”. Z powyższego wynika możliwość ograniczenia praw człowieka jeśli ich zachowanie może wpływać na innych ludzi w sposób negatywny, są one ściśle regulowane prawem- wewnętrznym każdego państwa odrębnie.

Na tak postawione pytanie w serwisie „Prawo i Zdrowie” - „Jakie zabiegi diagnostyczne i lecznicze wykonywane w szpitalu, wymagają osobnej, świadomej zgody pacjenta lub opiekuna prawnego?”; odpowiedź może być tylko jedna - Każdy

zabieg diagnostyczny i leczniczy wykonany w szpitalu wymaga osobnej zgody pacjenta lub opiekuna prawnego. Zgoda pacjenta zawsze musi być zgodą poinformowaną.

Czym jest Zgoda Pacjenta, otóż zgoda pacjenta jest aktem świadomości jednostki, przejawem autonomicznego wyboru, który znajduje swoje potwierdzenie na piśmie lub w każdej innej formie. Akt zgody poza nadaniem cech zgodności z prawem interwencji medycznej stanowi faktyczną akceptację zabiegu i związanego z nim ryzyka, ponoszonego przez pacjenta. Podjęta w ten sposób zgoda pacjenta musi spełniać dwa podstawowe warunki: musi być powzięta - zgoda wewnętrzna i zakomunikowana - zgoda zewnętrzna.

Zgoda wewnętrzna stanowi akt świadomości jednostki, w którym zawiera się akceptacja zabiegu i związanego z nim ryzyka. Powyższy akt pacjent musi w sposób wyraźny lub dorozumiany wyrazić, tak aby jego wola wewnętrzna stała się czytelna na zewnątrz. Pacjent może zatem uzewnętrznic swoją decyzję odnośnie proponowanego leczenia w sposób pisemny, ustny lub dorozumiany. Zgoda dorozumiana - jest nią każde zachowanie polegające np. na mimice, gestach, skinieniu głową lub czynach (np. przyjście do gabinetu, rozebranie się do badania lub zabiegu, przyjmowanie leków), które w danych okolicznościach towarzyszących danej sytuacji wyrażają w sposób dostateczny - niebudzący wątpliwości - wolę wywołania skutków objętych treścią aktu zgody pacjenta. W taki sam sposób należy rozumieć sytuację, kiedy pacjent manifestuje swój sprzeciw poprzez odmowę współpracy (nie przygotowanie do badania lub zabiegu, fizyczne stawianie oporu, wyjmowanie cewnika, zdjęcie opatrunku, nie przyjmowanie leków itp.).

Trzeba pamiętać aby samo milczenie pacjenta, brak sprzeciwu, przyjmowany jako milczące przyzwolenie czy też inne bierne zachowanie nie zostało przez nas uznane za dorozumianą zgodę pacjenta. Zgody dorozumianej nie należy również utożsamiać ze zgodą domniemaną - a priori przyjmowaną w sytuacjach nieznamości woli rzeczywistej pacjenta. Niedopuszczalne jest uznawanie zgody pacjenta na „hospitalizację, proponowane leczenie i zabieg operacyjny” uzyskiwane podczas przyjęcia chorego do szpitala, jako zgody na wszel-



kie działania realizowane podczas hospitalizacji - można ją uznać dopiero po rozpoznaniu i zdiagnozowaniu wstępnym, kiedy pytanie powinno się ponowić i zapytać pacjenta o zgodę, przedstawiając mu przedmiot zgody, ryzyko i skutki danego zabiegu lub badania diagnostycznego. Stopień szczegółowości informacji wyznaczany jest przede wszystkim przez rodzaj schorzenia, złożoność terapii zalecanej, a także zainteresowanie pacjenta lub jego najbliższych. W praktyce medycznej funkcjonują różne określenia aktu zgody pacjenta np. oświadczenie pacjenta, zgoda pacjenta, świadoma zgoda itp.

### Dodatkowe elementy aktu zgody pacjenta

Uzupełnieniem aktu woli pacjenta jest ponadto: wskazanie lekarza odbierającego zgodę pacjenta, inne dodatkowe klauzule dotyczące zgody na wgląd w dokumentację medyczną, przekroczenia zakresu zgody, czy rozpowszechniania wizerunku pacjenta.

Zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego, aby złożona została poprawnie, musi spełniać szereg warunków. Warunki te są - najogólniej rzecz ujmując - następujące: osoba udzielająca zgody musi być uprawniona do jej udzielenia, wyrażenie zgody, musi być wynikiem swobodnej decyzji osoby je składającej powstałej na gruncie należytego rozpoznania okoliczności faktycznych, zgoda powinna być wyrażona w stosownej, przewidzianej prawem formie (najlepiej forma pisemna, dopuszczana jest również ustna lub dorozumiana).

Co powinna zawierać pisemna zgoda pacjenta? Określenie rodzaju zabiegu, jakiemu ma się poddać pacjent wraz ze wskazaniem wybranej metody, a także oświadczenie pacjenta o zapoznaniu go z typowymi i przewidywalnymi możliwymi powikłaniami, powikłaniami nietypowymi oraz ryzyku zabiegu i jego następstwach. Akt zgody pacjenta powinien zamykać własnoręczny podpis pacjenta i lekarza odbierającego zgodę. W przypadku niemożności podpisania zgody własnoręcznie przez pacjenta, powinny być na oświadczeniu podpisy osób potwierdzających wolę pacjenta ze wskazaniem przyczyny braku podpisu chorego.

Za przykład właściwie sporządzonej woli chorego może nam posłużyć „Oświadczenie dla służby zdrowia” przygotowane przez Świadków Jehowy - treść prezentowana poniżej:

„Ja, niżej podpisany, sporządzam niniejsze oświadczenie po powzięciu stanowczej decyzji. Oświadczam, że bez względu na okoliczności nie zgadzam się na żadną formę transfuzji krwi (przetaczanie krwi pełnej, krwinek czerwonych, krwinek białych, krwinek płytkowych), nawet gdyby w ocenie lekarza ich użycie było konieczne dla ratowania mojego zdrowia lub życia. Przyjmę środki niekrwiopochodne zwiększające objętość osocza (takie jak dekstran, sól fizjologiczna, płyn Ringera czy hydroksyetylowana skrobia) oraz zgadzam się na inne metody leczenia alternatywnego bez podawania krwi.

Niniejszy dokument wystawiam zgodnie z moim prawem do wyrażenia lub niewyrażenia zgody na leczenie, odpowiednio do moich przekonań i uznawanych zasad. Jestem Świadkiem Jehowy i chcę być posłuszny nakazom Biblii, a jeden z nich brzmi: „Powstrzymujcie się (...) od krwi” (Dzieje Apostolskie 15:28, 29. Biblia Tysiąclecia). Mam .....lat i przestrzegam tego przykazania od .....roku życia. Jestem też świadom(a) różnych zagrożeń związanych z transfuzją i postanawiam nie narażać się na te niebezpieczeństwa, a w to miejsce ponieść wszelkie ryzyko, jakie może wyniknąć z leczenia alternatywnego bez stosowania krwi.

Uwalniam lekarzy, anestezjologów oraz szpitale wraz z ich personelem od odpowiedzialności za wszelkie szkody, jakie mogłyby wyniknąć z mojej odmowy pomimo ich odpowiedniej opieki, dopełnionej pod każdym innym względem. Osoby wymienione na odwrocie upoważniam do czuwania nad tym, by uszanowano moją wolę wyrażoną w niniejszym dokumencie oraz do udzielania odpowiedzi na wszelkie pytania, mające związek z moją kategorię odmową przyjęcia krwi”.

Tak sformułowana wola chorego nie pozostawia żadnej wątpliwości co do świadomości podjętych decyzji oraz odpowiedzialności, każdej ze stron świadczonych usługi zdrowotnej.

Chcąc odpowiedzieć na często zadawane pytanie kto ma udzielać szczegółowych informacji choremu o procesie leczenia i diagnostyki posłużę się wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. II CK 303/04, 05P 2005/11/131 który wskazuje jednoznacznie, że:

**„Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie**



lekarza, Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 ze zm.),  
spoczywa na lekarzu.”

Jest to regulowane ustawą o zakładach opieki zdrowotnej i ustawami poszczególnych zawodów medycznych (jednym obowiązkiem informowania nakłada a drugim udzielania takich informacji zabrania).

Co na ten temat nasze regulacje korporacyjne, jako najważniejsza z punktu widzenia realizacji „powołania” bycia pielęgniarką, położną jest Kodeks Etyki Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty na IV KZPiP w dniu 09.12.2003 r., którego fragmenty przytoczę:

## Część Szczegółowa

### I. Pielęgniarka/położna a pacjent

Pielęgniarka/położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do: (...) udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania. (...) Pielęgniarka/położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta: respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych, realizować świadczenia pielęgniarskie za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować, poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie. Z kolei Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 05.07.1996 r. w tym

temacie zawiera następujące wypowiedzi w rozdziale 4 Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej Art. 18. Pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Art. 20. 1. Pielęgniarka, położna ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach. 2. Pielęgniarka, położna udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniacyjnej. 3. Pielęgniarka, położna ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej określonej odrębnymi przepisami.

Można powiedzieć, po co przywoływać zapisy ustawy, przecież je znamy, lecz czy stosujemy się do ich zapisów?

Konkludując chciałbym znowu powrócić do zapisów Kodeksu Cywilnego Art. 32., który brzmi „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych”. Miejmy to zawsze na uwadze przystępując do realizacji świadczeń zdrowotnych wobec innych ludzi.

**Mgr Zygmunt Sitko**  
OIPIP Szczecin

## Czy pielęgniarka pracująca na OIOM może dokonać wymiany rurki tracheotomijnej z uszczelnieniem ?

W (odpowiedzi na pismo OIPIP/555/ KK/09 przesyłam stanowisko w kwestii wymiany u pacjentów rurek tracheotomijnych z uszczelnieniem przez pielęgniarkę pracującą w oddziale intensywnej terapii.

Umiejętność wymiany rurki tracheotomijnej w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii jak i innych jednostkach nie mieści się w zakresie samodzielnych świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę - 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. z 2007 r. nr 210 póź. i540).

**Z poważaniem**  
**Konsultant Krajowy w dziedzinie**  
**pielęgniarstwa anestezjologicznego**  
**i intensywnej opieki**  
**dr hab. Danuta Dyk**



**Dnia 12.02.2010 r. Odbyło się wręczenie odznaczeń "Zasłużony dla Ochrony Zdrowia" dla pielęgniarek i położnych ze "szpitala Papieskiego".**

W czasie uroczystego otwarcia Pracowni Rezonansu Magnetycznego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu miało miejsce wręczenie odznaczeń resortowych dla pielęgniarek i położnych z naszego szpitala. Były to 11 pielęgniarek i 1 położna.



**Położna:**  
Jolanta Kasprzak



**Pielęgniarki:**  
Batorska Ewa  
Bednarczyk Celina  
Czajka Barbara  
Kamińska Krystyna  
Kawala Teodozja  
Kasperska Barbara  
Kiełbowicz Danuta  
Kusiak-Kryk Barbara  
Korzeniowska Alicja  
Macioszek Grażyna  
Ptak Małgorzata



Odznaczenia wręczali:

Pani wojewoda Genowefa Tokarska i Dyrektor Szpitala lek.med Andrzej Mielcarek.

Odznaczenia zostały przyznane przez Ministra Zdrowia za długoletnią wzorową pracę na rzecz człowieka chorego i cierpiącego.

Później były kwiaty, gratulacje i pamiątkowe zdjęcia. Serdecznie gratulujemy.

"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.