



Informator

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

NR 4/2009

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych

ul. Marszałka Józefa
Piłsudskiego 33
22-400 Zamość

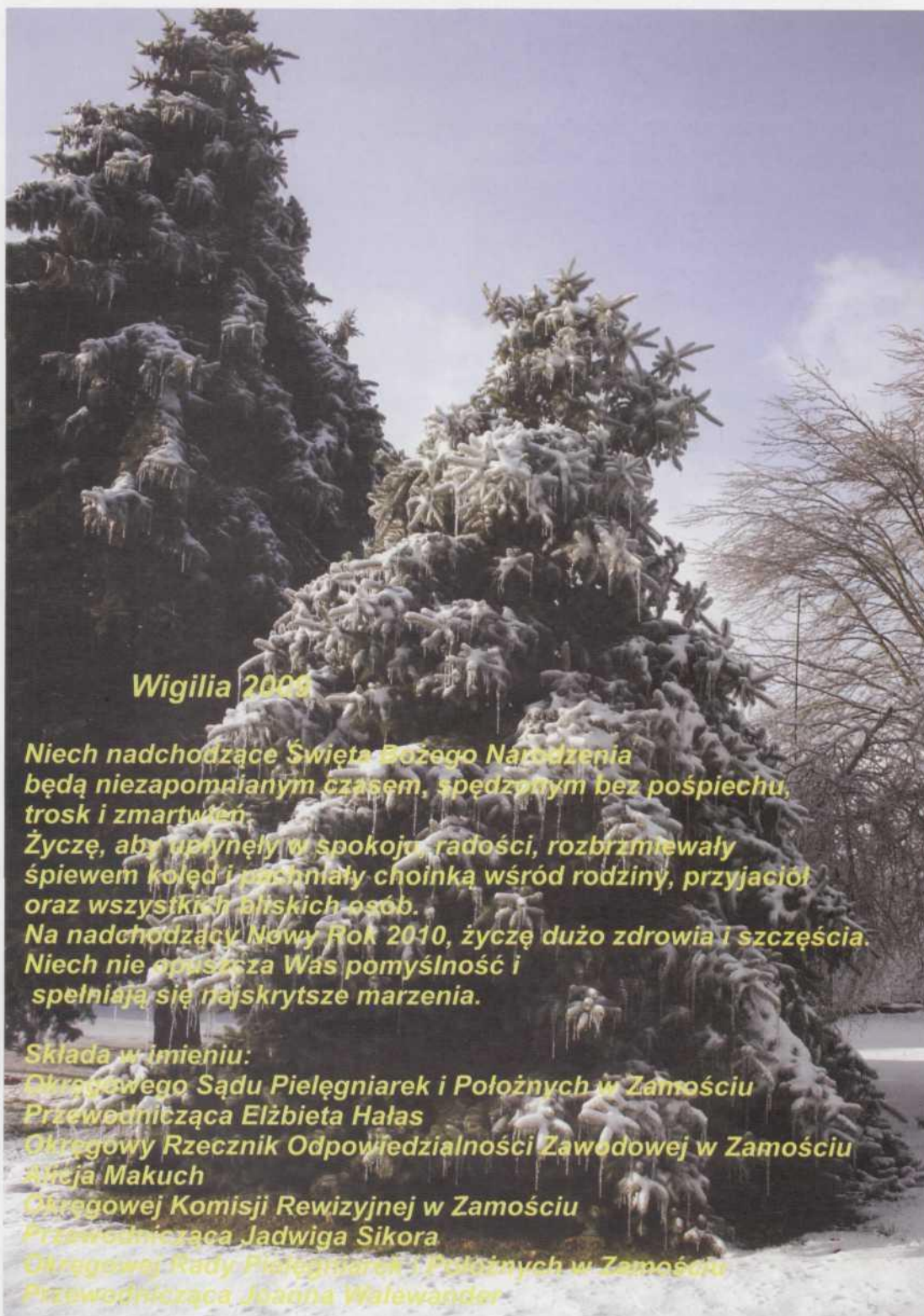
Tel./fax: 084 639 31 97
tel.: 084 639 07 06

e-mail:
oiPIPzamosc@pro.onet.pl

Strona internetowa:
www.oiPIP.home.pl

NIP 922-15-78-038
REGON 950013990

Nr konta bankowego:
5 1240 2816 1111 0000 4015 3430



Wigilia 2009

*Niech nadchodzące Święta Bożego Narodzenia
będą niezapomnianym czasem, spędzonym bez pośpiechu,
trosk i zmartwień.
Życzę, aby upłynęły w spokoju, radości, rozbrzmiewały
śpiewem koled i pachniały choinka wśród rodziny, przyjaciół
oraz wszystkich bliskich osób.
Na nadchodzący Nowy Rok 2010, życzę dużo zdrowia i szczęścia.
Niech nie opuszcza Was pomyślność i
spełniają się najskrytsze marzenia.*

Składa w imieniu:

*Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
Przewodnicząca Elżbieta Hałas
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Zamościu
Aleja Makuch
Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Zamościu
Przewodnicząca Jadwiga Sikora
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
Przewodnicząca Joanna Walewander*

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piłsudskiego 33, 22-400 Zamość
Tel./fax (084) 639-31-97, e-mail: oipizamosc@pro.onet.pl, www.oipip.home.pl

Czynne: poniedziałek - piątek 8.00-16.00

Nr konta bankowego 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Rejestr pielęgniarek i położnych Tel. (084) 639-07-06

Dyżury :

Radca prawny: każdy wtorek godz. 10.00 -14.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: I i III wtorek miesiąca godz. 13.00 - 14.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych: I wtorek miesiąca godz. 14.00-15.00

**23 października 2009
odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP
w Zamościu**

podjęto uchwały w sprawie :

- wyrażenia zgody na przeszkolenie położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki
- skreślenia z listy członków OIPIP w Zamościu – 3 pielęgniarki
- wpisu na listę członków OIPIP w Zamościu pielęgniarek przybyłych z innego terenu – 3 pielęgniarki , 1 położna
- przyznania zapomóg losowych dla członków samorządu
- wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
- dofinansowania kursu specjalistycznego z zakresu EKG
- dofinansowania kursu specjalistycznego z zakresu szczepienia ochronne
- sfinansowania kosztów szkolenia nt „Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych oraz System IMI”.
- organizacji i przeprowadzenia szkolenia dla przewodniczących i członków Okręgowych Sądów Pielęgniarek i Położnych
- zakupu książki „Wademecum pielęgniarki i położnej”
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o zawieszeniu wykonywania praktyki
- dokonania zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych o zawieszeniu wykonywania praktyki
- zorganizowania szkoleń nt „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych w świetle obowiązujących aktów prawnych”
- refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Zamościu

**20 listopada 2009
– posiedzenie Prezydium ORPiP
w Zamościu**

podjęto uchwały w sprawie :

- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki
- wpisu na listę członków OIPIP w Zamościu - 1 pielęgniarka
- wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych
- wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych
- wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składu komisji konkursowej
- refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Zamościu
- przyznania zapomóg losowych dla członków samorządu
- dofinansowania kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej
- sfinansowania kosztów Konferencji nt” Zawód Pielęgniarki i Położnej w świetle nowych uwarunkowań prawnych”
- uchwała w sprawie zapomóg

**Uchwała Nr 11/V/07
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu**

z dnia 16 listopada 2007 roku

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

Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 6 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 13 oraz art. 10 pkt. 4 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.Nr 41 poz 178 z późn. zm.), uchwała się co następuje :

§ 1

1. Tworzy się fundusz przeznaczony na udzielanie pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

2. Wysokość funduszu określa corocznie Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.
3. Pomoc finansowa przysługuje pielęgniarkom i położnym regularnie opłacającym składki członkowskie.
4. Pomoc finansowa przysługuje pielęgniarkom i położnym nie wykonującym zawodu w ciężkich przypadkach losowych.

\$ 2

1. Ustala się formy pomocy finansowej i wysokość świadczeń dla pielęgniarek i położnych :

- 1) Świadczenia losowe - zapomogi
- 2) zasiłki statutowe z tytułu:
 - a) śmierci członka samorządu
 - b) śmierci dziecka lub współmałżonka
 - b) przejścia na emeryturę lub rentę inwalidzką
 - c) zasiłków i świadczeń przedemerytalnych
2. Wysokość świadczeń o których mowa w \$ 2 ust. 1 pkt 2 określa załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

\$ 3

Świadczenia losowe (zapomogi) przysługują członkom samorządu w przypadku:

- 1) ciężkiej i długotrwałej choroby
- 2) trwałego kalectwa
- 3) śmierci
- 4) klęsk żywiołowych - pożar, powódź, itp
- 5) nagłych przypadków losowych(kradzież itp)

\$ 4

1. Z wnioskiem o przyznanie świadczenia losowego (zapomogi) może wystąpić do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady :

- a) osoba potrzebująca pomocy,
- b) grupa koleżanek znających trudną sytuację osoby typowanej za jej zgodą.
2. Wniosek powinien zawierać:
 - a) dane osobowe : imię i nazwisko, miejsce pracy, adres zamieszkania, zawód , nr telefonu i numer konta ROR oraz opis ciężkiej losowej sytuacji.
 - b) zaświadczenie lekarskie w przypadku choroby
 - c) zaświadczenie o zarobkach współmałżonka odcinek renty, emerytury, potwierdzenie o wysokości alimentów
 - d) zaświadczenie potwierdzające zaistniałą sytuację losową (pożar, powódź , kradzież)
 - e) dokument potwierdzający regularne opłacanie składek członkowskich (nie dotyczy \$ 1 pkt 4)

\$ 5

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

\$ 6

1. Wniosek o przyznanie zasiłku statutowego powinien zawierać:
 - a) podanie- wniosek o wypłatę zasiłku,

b) akt zgonu.

2. Uprawnionymi do pobrania zasiłku z tytułu zgonu członka OIPIP po przedłożeniu dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo są:

- a) małżonek,
- b) inni członkowie rodziny spełniający warunki do uzyskania renty rodzinnej w myśl przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
- c) zaświadczenie o opłacaniu składek.

\$ 7

1. Wniosek o przyznanie zasiłku statutowego z tytułu odejścia na emeryturę, rentę, zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne powinien zawierać;

- a) podanie - wniosek
- b) ksero dokumentu potwierdzającego przyznanie świadczeń wyszczególnionych w pkt 1
- c) zaświadczenie o opłacaniu składek na OIPIP
2. Wypłaty uprawnionym członkom zasiłku statutowego z tytułu przejścia na rentę inwalidzką, zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne, emeryturę .
3. Powyższa forma zasiłku jest wypłacana jednorazowo.

\$ 8

1. Decyzję o wypłacie zasiłków statutowych podejmuje Przewodnicząca ORPiP w Zamościu.
2. Wykaz przyznanych zasiłków statutowych Przewodnicząca przekazuje Okręgowej Radzie i Prezydium Rady na najbliższym posiedzeniu.

\$ 9

1. Odbiór świadczenia następuje:
 - a) osobiście w biurze OIPIP z dokumentem potwierdzającym tożsamość
 - b) poprzez przekazanie kwoty świadczenia na konto osobiste osoby zainteresowanej,
 - c) przekazanie kwoty przekazem pocztowym na koszt zainteresowanego,
 - d) poprzez osobę upoważnioną w imieniu zainteresowanego .
2. Upoważnienie powinno zawierać stwierdzoną wiarygodność podpisu osoby składającej wniosek.

\$ 10

Traci moc uchwała Nr 21/IV/03 ORPiP w Zamościu z dnia 13 grudnia 2003 roku w sprawie zasad przyznawania pomocy materialnej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu .

\$ 11

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz	Skarbnik	Przewodnicząca
Danuta Kusiak	Alicja Ćwik	Joanna Walewander

Załącznik Nr 1 do Uchwały nr 11/V/07
ORPiP w Zamościu z dnia 16 listopada 2007 roku
w sprawie zasad przyznawania pomocy finansowej członkom OIPIP w Zamościu

Lp.	Nazwa świadczenia	Wysokość kwoty
1.	zapomoga	od 300 zł do 1000 zł
2.	zasilek statutowy z tytułu śmierci członka samorządu	500 zł
3.	zasilek statutowy z tytułu śmierci dziecka lub współmałżonka	300 zł
4.	zasilek statutowy z tytułu przejścia na emeryturę, rentę inwalidzką	250 zł
5.	zasilek statutowy z tytułu przejścia na zasilek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne	250 zł

**Uchwała Nr 12/V/07
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu**

z dnia 16 listopada 2007 roku

w sprawie zasad dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Zamościu.

Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 6 w związku z art. 4 ust. 2 pkt 3 i art. 10 pkt 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.Nr 41 poz 178 z późn. zm.), uchwala się co następuje:

§ 1

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

§ 2

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

- | | |
|--|----------------------|
| 1. kurs specjalizacyjny - specjalizacja | - 70 % |
| w sytuacji dofinansowania ze środków publicznych | - 50 % |
| 2. kurs kwalifikacyjny | - 60 % |
| 3. kurs specjalistyczny | - 50 % |
| 4. kurs dokształcający | - 50 % |
| 5. konferencje, sympozja naukowe, seminaria (koszty delegacji) | |
| - udział czynny | - 1 x w roku - 100 % |
| - udział bierny | - 1 x w roku - 70 % |

6. studia zaoczne na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Akademii Medycznej oraz zaoczne studia licencjackie dofinansowanie od ukończenia I roku studiów dotyczy II roku studiów i następnych - 1x w roku - 800 zł

7. „studia zawodowe” (pomostowe) wprowadzone Rozporządzeniem MZ z dnia 11 maja 2004r w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo prowadzonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej- w zależności od czasu kształcenia (Dz.U.Nr 110 poz 1170

- | | |
|----------------------------|-----------|
| - jednorazowo - 2 semestry | - 400 zł |
| - 3 semestry | - 600 zł |
| - 4 semestry | - 800 zł |
| - 5 semestrów | - 1000 zł |

8. studia podyplomowe, które są niezbędne do prawidłowego wypełniania zadań zawodowych pielęgniarki i położnej, uwzględniając całość kształcenia - jednorazowo - 400 zł

§ 3

1. Dofinansowaniu podlegają wszystkie formy doskonalenia zawodowego prowadzone przez uprawnione jednostki organizacyjne na mocy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 roku (Dz.U. Nr 57 z 2001 r. poz 602 ze zm.

2. Dofinansowanie kosztów kształcenia przysługuje członkom samorządu opłacającym regularnie składki członkowskie, w tym udokumentowaniu podlega co najmniej okres 6 m-cy poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie.

§ 4

1. Decyzję o dofinansowaniu podejmuje Okręgowa Rada i Prezydium Okręgowej Rady na podstawie złożonego wniosku przez osobę zainteresowaną lub na wniosek ośrodka prowadzącego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- a) zaświadczenie o ukończeniu szkolenia (kursu)
- b) oryginał faktury lub rachunku wystawionego przez organizatora kształcenia
- c) zaświadczenie o regularnym opłacaniu składek członkowskich.

3. W przypadku refundacji kosztów kształcenia na studiach zaocznych zawodowych, pomostowych lub podyplomowych dołączyć należy:

- a) zaświadczenie o ukończeniu danego roku (po zakończeniu odpis dyplomu wraz z suplementem)
- b) odpis dyplomu wraz z suplementem (w przypadku studiów pomostowych)
- c) dyplom ukończenia studiów podyplomowych,
- d) oryginały opłaty za czesne,
- e) zaświadczenie o regularnym opłacaniu składek członkowskich.

4. Wzór wniosku stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

\$ 5

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

\$ 6

1. Osoby uczestniczące w szkoleniach zawartych w § 5 pkt 5, które uzyskały dofinansowanie mogą być zobowiązane do przedstawienia sprawozdania z odbytego szkolenia.

\$ 7

1. Uchyla się uchwałę Nr 78/IV/04 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 14 grudnia 2004 roku w sprawie zasad dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

\$ 8

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Skarbnik	Sekretarz	Przewodnicząca
Alicja Ćwik	Danuta Kusiak	Joanna Walewander

Załącznik nr 1 do uchwały Nr 12/V/07 ORPiP w Zamościu z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie zasad dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Zamościu.

Wniosek

o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

1. Wnioskodawca

.....NIP.....
/imię i nazwisko członka samorządu/

2. Adres zamieszkania

3. Miejsce pracy :

- nazwa zakładu.....

- placówka /oddziałstanowisko.....

- numer konta ROR, nazwa banku

4. Rodzaj doskonalenia zawodowego:

- kurs dokształcający

- kurs specjalistyczny

- kurs kwalifikacyjny

- specjalizacja

- studia

- konferencje

5. Organizator szkolenia

.....

/ nazwa organizatora i adres/

Oświadczam, że znam zasady dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Zamościu i jestem świadoma/y odpowiedzialności wynikającej z § 4 pkt 5 a, b w/w Regulaminu tj. zobowiązuję się do zwrotu otrzymanej refundacji w przypadku nie ukończenia z własnej winy.

Na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 9 i art. 20 ust. 1 Ustawy o podatku od osób fizycznych, częściowy zwrot kosztów kształcenia należy zakwalifikować jako przychody od osób fizycznych z innych źródeł, które powinny być wykazane w zeznaniu podatkowym za dany rok w pozycji „inne źródła”.

Podlega ona kumulacji z innymi przychodami i opodatkowaniu wg obowiązującej skali podatkowej.

.....
/ miejscowość i data/

.....
/ podpis /

W załączeniu:

- xero dowodu wpłaty
- zaświadczenie o opłacaniu składek na Izbę
- zaświadczenie z uczelni (dot. studentów)
- zaświadczenie o ukończeniu kursu, specjalizacji

Z PRAC OSPIP SZKOLENIE SĄDU

5 listopada 2009 roku Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu gościła przewodniczących i członków okręgowych sądów pielęgniarek i położnych z Białej Podlaskiej Chelma, Lublina i przedstawicieli naszego organu Okręgowego Sądu, który był organizatorem szkolenia. Szkolenie zorganizowano zgodnie z Uchwałą Nr 13 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 grudnia 2007 roku w sprawie szkolenia w zakresie wykładni i stosowania prawa przewodniczących i członków okręgowych sądów pielęgniarek i położnych oraz rzeczników odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

Szkolenie połączone było z kontrolą całościową działalności Sądu OIPIP w Zamościu. Osobami kontrolującymi były przedstawicielki Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych przy Naczelnej Izbie PiP w Warszawie, panie Jadwiga Kawalec z Kielc i Ewa Świętochowska ze Szczecina. Program szkolenia obejmował omówienie dylematów etycznych pielęgniarek i położnych, oraz wykroczeń zawodowych w zakresie nie przestrzegania zasad etyki zawodowej w oparciu o Kodeks Etyki Polskiej Pielęgniarki i Położnej. Temat bliżej przedstawiła pani Jadwiga Kawalec.

Wykład na temat Europejskiej Karty Praw Pacjenta oraz o Prawach Pacjenta i o rzeczniku Praw Pacjenta zawartych w ustawie z dnia 6 lipca 2008 roku (Dz.U.z dnia 31 marca 2009) wygłosiła pani Ewa Świętochowska. Dynamiczna postawa wykładowcy poparta przykładami z wieloletniej praktyki zawodowej uczyniła wykład bardzo interesującym i inspirującym do dyskusji.

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych była odrębnym tematem wykładu.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 roku dała nam samodzielność, ale i nałożyła dużą odpowiedzialność zawodową. Przepisy wymagają od nas asertywności i skrupulatności, a wiedza i ich znajomość uchroni nas przed błędem i rozczarowaniem. Program szkolenia obejmował przeprowadzenie symulowanej rozprawy sądowej przez członków sądu. Taką rozprawę jako gospodarze szkolenia przeprowadziłyśmy my. Dyskusja jaka wywiązała się po zakończeniu rozprawy wskazuje na to, że takie szkolenia i wymiana doświadczeń pomiędzy członkami sądu z poszczególnych Izb jest potrzebna. Miła atmosfera szkoleniowa stworzyła klimat wzajemnego zaufania i otwartości na zagadnienia. Na zakończenie wręczone zostały uczestnikom certyfikaty i materiały szkoleniowe.

Wszystkim osobom zaangażowanym w zorganizowanie szkolenia składam serdeczne podziękowania.

Przewodnicząca OSPIP
w Zamościu
Elżbieta Hałas

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Zdrowia Publicznego
MZ-ZP-P-078-15382-2/MK709
Warszawa, 18 sierpnia 2009 r.

Pani
Beata Ochocka
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Szanowna Pani ?

W odpowiedzi na Pani pismo z dnia 14 lipca 2009 r., dotyczące wprowadzenia regulacji prawnej umożliwiającej finansowanie kosztów profilaktyki poekspozycyjnej personelu medycznego nie objętego bezpłatną pomocą, ze środków publicznych Departament Zdrowia Publicznego dziękuje za zainteresowanie się tematem i za proponowane rozwiązania, przedstawiając jednocześnie stanowisko w przedmiotowej sprawie:

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570) w art. 41 ust 2 pkt 5 zapewnia pracownikowi lub zleceniobiorcy, a więc także pracownikom kontraktowym, możliwość profilaktycznego otrzymania leku antyretrowirusowego na koszt pracodawcy lub zlecającego pracę w przypadku ewentualnej styczności z wirusem HIV. Zdaniem Departamentu Zdrowia Publicznego, osoby zatrudnione w ramach stosunku pracy w ochronie zdrowia, narażone na zakażenie HIV mają zapewnione finansowanie profilaktyki poekspozycyjnej przez ich pracodawcę, co jest spójne z art. 229 § 6 Kodeksu pracy. nakładającym na pracodawców obowiązek ponoszenia kosztów profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej ze względu na warunki pracy. Finansowanie profilaktyki poekspozycyjnej mają zapewnione również osoby fizyczne wykonujące czynności związane z narażeniem na zakażenie HIV w ramach umów cywilnoprawnych zawartych ze zlecającym takie prace (zleceniodawcą), bowiem to on, gdy wystąpią przesłanki wskazane w art. 41 cyt. wyżej ustawy i zgodnie z dyspozycją ustawodawcy, ponosi koszty profilaktyki. W przytoczonym przepisie ustawodawca użył między wyrazem „pracodawca” i wyrażeniem „zlecający pracę” spójnika „albo”, co oznacza, że zlecający pracę nie jest pracodawcą. Zatem traktowanie przy umowie cywilnoprawnej (kontrakcie) zawartej z osobą fizyczną,

że zleceniobiorca jest sama dla siebie pracodawcą bądź zlecającym sobie pracę, mija się z celem jakim miała służyć regulacja prawna cyt. wyżej przepisu. Niejako na marginesie należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 22 § 1 Kodeksu pracy zatrudnienie w warunkach charakterystycznych dla stosunku pracy jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy. Bezpodstawny jest zatem pogląd jakoby w przypadku pracowników medycznych będących pracownikami kontraktowymi, tj. podlegających samozatrudnieniu, koszty musiały ponosić te osoby. Brak jest jakiegokolwiek uzasadnienia prawnego dla przyjęcia interpretacji, że osoba fizyczna w „samozatrudnieniu” jest dla siebie pracodawcą. Potwierdza to zarówno ustawowa definicja „pracodawcy” wyrażona w art. 3 Kodeksu pracy stanowiącym, iż „Pracodawcą jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one pracowników”, jak i fakt, że wyrażenie „samozatrudnienie” nie jest zdefiniowane w żadnym przepisie prawa. Jest ono powszechnie używane w sytuacji gdy zakład pracy dla stworzenia sobie możliwości zaoferowania pracownikowi wyższych stawek za pracę, kosztem mniejszych obciążeń wobec ZUS, proponuje pracownikowi rozwiązanie: umowy o pracę i zawarcie umowy cywilnoprawnej. Departament Zdrowia Publicznego pragnie ponadto poinformować, iż w roku 2008 zgłoszone do Krajowego Centrum ds. AIDS 1378 ekspozycji zawodowych. Roczny koszt profilaktyk: po ekspozycjach zawodowych na zakażenie HIV to - w zależności od zastosowanego schematu terapeutycznego - kwota ok. 5,2 mln PLN (w 2008 r.). U wszystkich osób, u których zastosowano profilaktykę poekspozycyjną nie stwierdzono zakażenia HIV, dlatego profilaktykę tę uważa się za niezwykle skuteczną. W opinii Departamentu Zdrowia Publicznego pracodawcy, którzy zatrudniają osoby pracujące w warunkach narażenia na kontakt z wirusem HIV powinni zapewnić swoim pracownikom szybki i sprawny dostęp do odpowiedniego poradnictwa i postępowania poekspozycyjnego, gdyż profilaktykę należy wdrożyć jak najszybciej, najlepiej w ciągu kilku godzin od ekspozycji. O sposobie i konieczności wdrożenia profilaktyki decyduje zawsze lekarz specjalista. Leki antyretrowirusowe obecnie nie są w Polsce lekami refundowanymi, a tym samym koszty 30 dniowego profilaktycznego leczenia osoby narażonej lekami antyretrowirusowymi - np. Combivirem - należy szacować na ok. 4000 PLN. Stosunkowo wysoki koszt niezbędnej terapii jest zapewne powodem, dla którego pracodawcy i zlecający pracę podejmują próby przerzucenia ciężaru finansowania na pracownika lub zleceniobiorcę. Należy jednak pamiętać, iż odmowa sfinansowania przez pracodawcę lub zlecającego pracę niezbędnej terapii oraz

pokrycie jej kosztów przez zainteresowaną osobę nie wyłącza prawa tej osoby do dochodzenia od pracodawcy lub zlecającego pracę zwrotu poniesionych wydatków.

Mając na względzie przytoczone powyżej okoliczności, jako najbardziej skuteczną procedurę Krajowe Centrum ds. AIDS oraz krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych rekomendują podpisywanie przez pracodawców lub zlecających pracę stosownych porozumień ze szpitalami zakaźnymi, szpitalami prowadzącymi oddziały chorób zakaźnych, z zakładami opieki zdrowotnej lub innymi podmiotami. Przedmiotem tych porozumień powinno być przeprowadzenie badania lekarskiego, pobrania krwi dla przeprowadzenia badań analitycznych i podanie leków antyretrowirusowych. Porozumienia te powinny ponadto określać sposób w jaki nastąpi rozliczenie udzielającego świadczenia zdrowotnego ze zobowiązaniem do jego pokrycia pracodawcom lub zlecającym pracę. Należy przy tym podkreślić, że jednostkami mogącymi zaoferować pracodawcom objęcie pracowników i zleceniobiorców wymaganą opieką mogą być szpitale uczestniczące do tej pory w programie leczenia antyretrowirusowego prowadzonym przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Adresy tych ośrodków znajdują się na stronie www.aids.gov.pl. Z uwagi na fakt, iż pracodawcy nie mają obowiązku rejestrowania umów zawieranych na opiekę nad pracownikami Departament Zdrowia Publicznego, ani podlegające mu Krajowe Centrum ds. AIDS, nie posiada danych o liczbie zawartych umów. Odrębną kwestią jest uregulowanie prawnej dopuszczalności podawania leków antyretrowirusowych w trakcie udzielenia osobom narażonym porady ambulatoryjnej, gdyż warunkiem skuteczności profilaktycznego leczenia antyretrowirusowego jest możliwe wczesne rozpoczęcie leczenia. Konieczne jest w tym celu dokonanie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie (Dz. U. Nr 236, poz. 2000). W/w rozporządzenie określa bowiem w załączniku nr. 1 zamknięty wąski wykaz leków, które mogą zostać bezpośrednio dostarczone pacjentowi związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym, których zastosowanie u pacjenta nie jest wtedy uznawane za niedozwolony obrót detaliczny lekami przez zakłady opieki zdrowotnej i indywidualnie praktykujących lekarzy w rozumieniu art. 68 ust. 4 do ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zm.). Wspomniany wykaz nie zawiera jakichkolwiek leków, które powinny być bezzwłocznie stosowane u osób narażonych na zakażenie (np. immunoglobulin dla immunoprofilakty-

ki biernej tęcza, wścieklizny, wirusowego zapalenia wątroby typu B oraz leków przeciwwirusowych). W zaistniałej sytuacji prawnej choremu, który nie jest hospitalizowany a jedynie miał udzieloną poradę ambulatoryjną, lekarz powinien wystawić receptę na w/w leki w celu jej realizacji w aptece prowadzącej obrót lekami. Jako że kluczową rolę w rozpowszechnianiu informacji o obowiązujących przepisach i w propagowaniu dobrych wzorców współpracy odgrywać powinni konsultanci wojewódzcy oraz wojewódzkie centra zdrowia publicznego, zgodnie z ustaleniami ze spotkania zainicjowanego przez Pana Ministra Adama Fronczaka, na stronie internetowej krajowego Centrum ds. AIDS opublikowane zostały informacje na temat zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Na stronie tej znajduje się również „Kodeks postępowania wobec problemu HIV/AIDS w środowisku pracy” opracowany przez Międzynarodowe Biuro Pracy w Genewie. Podkreślić należy, iż celem upowszechnienia wśród środowisk medycznych wiedzy na temat postępowania po ekspozycji na zakażenie HIV Krajowe Centrum ds. AIDS w 2007 roku opracowało planszę informacyjną wraz z ulotką dokładnie opisującą zasady postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny zawierający HIV. Treść planszy i ulotki została skonsultowana z konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych i przez niego zatwierdzona. Materiały te wydane zostały w nakładzie plansza - 3.125 egz. ulotka - 13 748 egz. Ok 60% tych materiałów rozdyskrebowano do WSSE w całym kraju z prośbą o ich dalsze rozpowszechnianie w placówkach ochrony zdrowia. Do dnia dzisiejszego został wyczerpany cały nakład tych materiałów. Konkludując, Ministerstwo Zdrowia działając poprzez Krajowe Centrum ds. AIDS podjęło odpowiednie kroki celem zabezpieczenia właściwego postępowania w przypadku narażenia pracowników i zleceniobiorców na zakażenie HIV w miejscu pracy. Głównym problemem pozostaje jednak cena i szeroka dostępność leków ARV stosowanych w profilaktyce.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Zdrowia Publicznego
Wojciech Kłosiński

GLÓWNY INSPEKTORAT PRACY
DEPARTAMENT NADZORU I KONTROLI
Warszawa, 28.10.2009 r.
GNN/343/032-115/2009
Pani
Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Al. Ujazdowskie 22 00-478 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na pismo z 22 października 2009 r., znak: NIPiP/NRPiP/DM/0059/218/09 uprzejmie informuję, że w 2008 r. inspektorzy pracy kontrolowali szpitale w zakresie zagrożeń układu mięśniowo-szkieletowego przy ręcznych pracach transportowych.

W załączeniu przesyłam sprawozdanie z realizacji tych kontroli.

Załączam Sprawozdanie

Z poważaniem

p. o. DYREKTORA

Departament Nadzoru i Kontroli

dr Grzegorz Łyjak

00-926 Warszawa, ul Krucza 38/42, tel (022) 42 03 705. fax (022) 42 03 459.

e-mail. kancelaria@gip.pt. v.ww.pip.gov.pl

„Zagrożenia układu mięśniowo-szkieletowego u osób pracujących w szpitalach przy ręcznych pracach transportowych”

Skontrolowano 198 zakładów opieki zdrowotnej (szpitali) zatrudniających 103 tys. pracowników, w tym 84 tys. kobiet. Organem założycielskim 53 z.o.z. był urząd marszałkowski, 74 - starostwo powiatowe, 28 szpitali należało do miasta na prawach powiatu, a pozostałe do spółek z o.o. lub innych (np. gminy, MSWiA).

Tylko 6 szpitali nie miało opracowanego programu dostosowanego do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Z własnej kuchni korzystało 95 zakładów. Pralnie funkcjonowały w 42 zakładach (w pozostałych prowadzenie tych usług pracodawcy zlecieli wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym). W kontrolowanych szpitalach pod opieką lekarską przebywało ponad 18 tys. pacjentów. Przy pracach związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego zatrudnionych było 18,7 tys. pracowników, w tym przy pracach związanych z ręcznym dźwiganiem i przenoszeniem pacjentów - 15 tys. (głównie pielęgniarki - 12,5 tys.) na oddziałach łóżkowych (m.in. neurochirurgii, chirurgii urazowej, ogólnej, onkologicznej, a także ortopedii, anestezjologii i intensywnej terapii). Pozostali pracownicy narażeni na obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego, to przede wszystkim

salowe (399 osób), pracownicy kuchni (1392 osoby) i pralni (306 osób). W wypadkach przy pracy związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, jakie wydarzyły się w kontrolowanych z.o.z. w latach 2005 - 2007, poszkodowanych zostało 654 pracowników. Wypadki te stanowią ok. 20% wszystkich wypadków przy pracy w zakładach ochrony zdrowia. Jak już zaznaczono, poszkodowanymi na skutek nadmiernego obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego były głównie pielęgniarki, które doznały urazów podczas wykonywania prac związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów. Były to przede wszystkim urazy kręgosłupa na odcinku lędźwiowo-krzyżowym i dyskopatie pourazowe kręgosłupa, a ponadto naderwanie ścięgien, mięśni, przepuklina pachwinowa. Urazy te w większości skutkowały długotrwałymi zwolnieniami lekarskimi, nawet do roku. Średnio wskaźnik ciężkości tego rodzaju wypadków z lat 2005 - 2007 wyniósł 56 dni niezdolności do pracy na jednego poszkodowanego i był znacznie wyższy od wskaźnika ciężkości wszystkich wypadków, jakie wydarzyły się w sektorze „ochrona zdrowia i pomoc społeczna” (36 dni).

W dużej części protokołów z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, brak było opisu miejsca zdarzenia, informacji o ciężarze ciała podnoszonego pacjenta, o sposobie wykonywania czynności, przyjętej pozycji ciała przy dźwiganiu i technice

podnoszenia. Zespoły powypadkowe - jako przyczyny większości wypadków - ustaliły: wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie (jednoosobowo), brak właściwego sprzętu pomocniczego, przekroczenie norm dźwigania oraz brak ostrożności. Jednak tylko w 3% zbadanych przez inspektorów pracy protokołach powypadkowych zespół powypadkowy zalecił pracodawcy zakup urządzeń pomocniczych, ułatwiających dźwiganie. W pozostałych zalecano z reguły wykonywanie prac związanych z dźwiganiem pacjentów w obsadzie wieloosobowej (co wobec ograniczonej przestrzeni przy łóżku w wielu przypadkach jest praktycznie niemożliwe do wykonania), omówienie wypadku z pracownikami podczas szkolenia bhp, pouczenie poszkodowanego pracownika o zachowaniu ostrożności lub też nie określono żadnych wniosków profilaktycznych. Pracodawcy nie czuli się więc zobowiązani do podejmowania skutecznych działań w celu wyeliminowania przyczyn wypadków przy pracy. Świadczy to o niedostatecznym przygotowaniu fachowym pracowników służb bhp, niezbędnym przy ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy.

Podczas kontroli inspektorzy pracy ujawnili także, że bagatelizowane były drobne zdarzenia wypadkowe i ich skutki (zakłucia, gwałtowne bóle w układzie mięśniowo-szkieletowym w trakcie wykonywania czynności), dla których nie sporządzono dokumentacji powypadkowej. Wyegzekwowali więc ich sporządzenie.

Zagadnienia, w zakresie których stwierdzono liczne nieprawidłowości (dla porównania podano również wyniki kontroli zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych z 2007 r.)

Zagadnienie	Odsetek kontrolowanych zoz, w których stwierdzono nieprawidłowości	
	2007 (zol, zpo)	2008 (szpitale)
Uwzględnienie w programach szkoleń w dziedzinie bhp zagrożeń wynikających z obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	60	46
Zamieszczanie w skierowaniach na badania informacji o wykonywaniu pracy w warunkach obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	40	31
Uwzględnienie ćwiczeń praktycznych w zakresie bezpiecznego podnoszenia i przenoszenia pacjentów w programach szkolenia wstępnego	25	28
Uwzględnienie w ocenie ryzyka zawodowego na stanowiskach pielęgniarek sanitariuszy zagrożeń wynikających z obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	68	31
Instrukcje dotyczące bezpiecznego podnoszenia i przenoszenia pacjentów	58	42
Ustawienie łóżek w sposób zapewniający swobodny do nich dostęp	59	66
Możliwość wyprowadzenia łóżka z pokoju bez konieczności przesuwania innego łóżka	40	61
Wyposażenie łazienek pacjentów w wózki-wanny	52	81
Urządzenia pomocnicze do podnoszenia i przemieszczania pacjentów	38	60
Możliwość regulacji wysokości łóżka	33	46

Wyniki kontroli wskazują, że w szpitalach problemem przy wykonywaniu prac związanych z ręcznym dźwiganiem, głównie pacjentów, jest niedostateczne uświadomienie pracownikom zagrożeń, jakie wiążą się z wykonywaną pracą oraz sposobów przeciwdziałania nadmiernym obciążeniom układu mięśniowo-szkieletowego. Brak odpowiedniej wiedzy i świadomości w tym zakresie przejawiają nie tylko pracownicy wykonujący bezpośrednio prace związane z dźwiganiem, ale również osoby nadzoru oraz służby bhp.

Prawie połowa pracodawców nie uwzględniła w programach szkoleń w dziedzinie bhp zagrożeń związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, a w co czwartym zakładzie nie przeszkolono pracowników, których praca wiązała się z dźwiganiem ciężarów, w tym pacjentów, w zakresie bezpiecznego wykonywania tych prac (dotyczyło 16% pracowników objętych kontrolą). W 28% szpitali, w których pracownicy zostali przeszkoleni brak było w programach szkoleń - ćwiczeń praktycznych w zakresie prawidłowych sposobów wykonywania ręcznych prac transportowych, w tym związanych z podnoszeniem i przemieszczaniem pacjentów.

Pracownicy potwierdzają że system kształcenia w sposób marginalny traktuje zagadnienia ergonomii i obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego. Problem ten występuje szczególnie w małych zakładach, gdzie prowadzenie szkoleń bhp zleca się jednostkom zewnętrznym, które prowadzą je często według ogólnego programu, z reguły ramowego, przepisanego wprost z rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, niedostosowanego do konkretnych stanowisk i warunków pracy. Zapoznanie się z właściwymi sposobami dźwigania i przemieszczania ciężarów i ich zastosowanie w praktyce utrudnia również brak stosownych instrukcji bezpiecznego wykonywania ręcznych prac transportowych lub ich niewłaściwe opracowanie, co stwierdzono w ponad 40% szpitali (zarówno na stanowiskach przy podnoszeniu i przenoszeniu pacjentów, jak i w kuchni lub pralni).

Niedostateczna świadomość zagrożeń wynika również z niedokonania lub niewłaściwego dokonania oceny ryzyka zawodowego. Brak udokumentowanej oceny ryzyka związanego z wykonywaną pracą stwierdzono w 12% skontrolowanych zakładów. Wielu pracodawców do obowiązku dokonania oceny ryzyka zawodowego podchodzi formalnie. Zdarzają się przypadki pozyskiwania gotowych opracowań i przyjmowania ich w całości, bez uwzględnienia specyfiki (zagrożeń) własnego zakładu pracy. Pracodawcy ci nie traktują oceny ryzyka jako źródła informacji niezbędnych do planowania działań korygujących i zapobiegawczych w celu poprawy warunków pracy. W rezultacie takiego podejścia w 31% zakładów, w których dokonano ryzyka, nie uwzględniono w nim za-

grożenia związanego z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego pracowników, a także szczególnych kryteriów dla kobiet, kobiet ciężarnych i osób młodocianych.

Niebagatelną kwestią jest sposób prowadzenia profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników zatrudnionych przy podnoszeniu i przenoszeniu ciężarów. Inspektorzy pracy stwierdzili, że w 31% zakładów pracodawcy nie zamieszczali w skierowaniach na badania informacji o wykonywaniu pracy w warunkach obciążających układ mięśniowo-szkieletowy, a w 32% lekarze sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami nie przeprowadzali wizytacji stanowisk pracy.

Podkreślić należy, że w dwóch trzecich skontrolowanych szpitali ustawienie łóżek » pacjentów nie zapewniało personelowi medycznemu możliwości dostępu do nich z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Natomiast w ponad połowie szpitali nie zapewniono wymaganych odległości pomiędzy łóżkami, a modularna szerokość pokoi łóżkowych uniemożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych. Takie zagęszczenie i rozstawienie łóżek wymuszało przyjmowanie przez personel nieergonomicznej postawy ciała podczas zabiegów i pielęgnacji chorych.

Znaczne narażenia układu mięśniowo-szkieletowego występują podczas ręcznego przytrzymywania pacjenta i podnoszenia go w celu przetransportowania. Dla ułatwienia wykonywania tych czynności dostawcy oferują wiele urządzeń technicznych. Przykładem nowoczesnego urządzenia, testowanego w jednym ze skontrolowanych szpitali, może być system przeznaczony do przenoszenia obłożnie chorych z łóżka na łóżko z wykorzystaniem poduszki powietrznej. Obsługuje go jedna pielęgniarka z użyciem niewielkiej siły. Niestety, w kontrolowanych szpitalach wyposażenie w sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów było niedostateczne. Brak lub niewystarczającą liczbę sprzętu pomocniczego ułatwiającego podnoszenie pacjenta do pozycji pionowej i jego przemieszczanie (podnośników, pionizatorów) stwierdzono w 60% szpitali, a do przemieszczania pacjenta w pozycji leżącej (mat ślizgowych, rolek) - w co trzecim szpitalu. Szczególnie brakowało wózków-wanien do mycia pacjentów - w 81% szpitali. W wielu przypadkach istniejący w szpitalach sprzęt ułatwiający dźwiganie i transportowanie chorych stał bezczynnie w magazynach, ponieważ obiekty nie były dostosowane do jego użytkowania (np. podnośniki hydrauliczne mobilne nie mieściły się w drzwiach), albo pracownicy nie umieli się nim posługiwać.

Należy podkreślić, że wykonywanie przez kobiety (pielęgniarki, sanitariuszki) prac związanych z dźwiganiem pacjentów, bez stosowania urządzeń pomoc-

niczych, nadto w niewystarczającej obsadzie osobowej (szczególnie w porze nocnej), było główną przyczyną przekraczania dopuszczalnych norm dźwigania. Nieprawidłowości te stwierdzono w 16% kontrolowanych szpitali. Sytuację pogarszał fakt, że prawie połowa łóżek nie posiadała możliwości regulacji wysokości, co wymuszało przyjmowanie niewłaściwej pozycji ciała podczas pielęgnacji pacjenta (w tym dźwigania).

Przyczyny naruszeń prawa według inspektorów pracy:

- brak dostatecznej wiedzy pracodawców i ich służb w zakresie zagrożeń wynikających z ręcznego przemieszczania rzeczy i osób oraz sposobów eliminacji lub ograniczania tych zagrożeń,
- nieznanostwo przez pracodawców i pracowników przepisów i zasad ergonomii dotyczących ręcznych prac transportowych,
- lokalizacja szpitali często w zaadaptowanych obiektach, które nie spełniają wymagań technicznych,
- brak odpowiedniej obsady na stanowiskach pielęgniarek,
- nierzetelne wykonywanie obowiązków przez służby bhp lub przez osoby, którym pracodawcy zleciły wykonywanie zadań tej służby,
- niedostateczna współpraca pracodawców z lekarzami sprawującymi profilaktyczną opiekę nad pracownikami,
- brak należytej dbałości o sprawy związane z bezpieczeństwem i higieną pracy.

Pracodawcy natomiast wskazywali - jako przyczyny uchybień - głównie brak dostatecznych środków finansowych na dostosowanie pomieszczeń i stanowisk pracy do aktualnie obowiązujących przepisów, a także na zakup nowych urządzeń technicznych i innych środków pomocniczych ułatwiających pielęgnację pacjentów oraz ograniczających do minimum wysiłek fizyczny.

Ze względu na wysoką skalę stwierdzonych nieprawidłowości, zagrożeń oraz wypadków konieczne jest: kontynuowanie w tym obszarze działań kontrolnych Państwowej Inspekcji Pracy;

- upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń i sposobów ograniczania ryzyka zawodowego związanego z przeciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego (Państwowa Inspekcja Pracy wydała broszurę pt. „Jak chronić układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy” oraz plakat ulotkę nt. bezpiecznej opieki nad chorym bez narażania się na obciążenie mięśniowo-szkieletowe; publikacje te będą nadal rozpowszechniane w zakładach opieki zdrowotnej);
- promowanie wdrażania systemów zarządzania bezpieczeństwem w zakładach opieki zdrowotnej;
- poszerzenie programów kształcenia pielęgniarek o zagadnienia dotyczące bezpiecznych sposobów

i technik dźwigania ciężarów, w tym pacjentów, z uwzględnieniem zajęć praktycznych;

- znówelizowanie rozporządzeń: Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14.03.2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz Rady Ministrów z 10.09.1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet, w kierunku wzmocnienia ochrony zdrowia pracowników, szczególnie kobiet wykonujących prace związane z dźwiganiem i przemieszczaniem osób;
- ujęcie w wykazie chorób zawodowych - schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa powodowane dźwiganiem osób podczas sprawowania nad nimi opieki.

Stanowisko

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie zapotrzebowania na umiejętności i kompetencje poszczególnych profesjonalistów ochrony zdrowia.

We wszystkich krajach UE odnotowano znaczący postęp w przekazywaniu umiejętności do innych profesjonalistów ochrony zdrowia. Oczekiwania społeczeństwa wobec ochrony zdrowia zmieniają się i dlatego profesja pielęgniarska musi rozwijać nowe kompetencje, podejmować nowe role i odpowiedzialność za samodzielne działania. W ostatnim okresie odnotowano także w UE przesunięcie zadań między lekarzami i pielęgniarkami, między pielęgniarkami i zawodami pielęgniarskimi (asystenci pielęgniarek, opiekunowie medyczny itp.) oraz innymi profesjami, które wzmacniają pielęgniarstwo i wspierają wykonywanie zadań przez pielęgniarki.

Rozwój oczekiwań społeczeństwa tworzy nowe wymagania, wyzwania, a jednocześnie stwarza nowe możliwości dla pielęgniarek i pielęgniarstwa. System ochrony zdrowia musi więc zostać przededefiniowany, celem dookreślenia kwalifikacji zawodowych, ról i odpowiedzialności. Rząd i decydenci muszą dostosować legislację tak, aby wesprzeć zachodzące zmiany.

Obecna sytuacja jest momentem krytycznym, gdyż pielęgniarki nie tylko aktywnie uczestniczą w rozwoju pielęgniarstwa, ale i ustawicznym podnoszeniu swoich kwalifikacji - kształceniu na wielu poziomach nauczania. Sytuacja ta wymaga zdefiniowania kompetencji wynikających z kierunków kształcenia m.in. na studiach drugiego stopnia w innych specjalnościach niż pielęgniarstwo.

Konieczność zmian w zakresie umiejętności i ich wielość wynikają z:

- wzrastającego popytu na wysoką jakość usług w ochronie zdrowia, w opiece szpitalnej - efekt przekazania zapewnienia zwiększonej opieki w środowi-

sku bytowania (POZ) i opiece długoterminowej;

- wzrastającej potrzeby minimalizowania kosztów i zwiększania efektywności ich wykorzystania, z uwagi na sytuację związaną z kryzysem i małą liczbą zasobów wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarek w ochronie zdrowia;
- wzrastającego zapotrzebowania na rozwój zawodowy, określania ścieżek kariery przez pielęgniarki i innych profesjonalistów w ochronie zdrowia;
- rozwoju nowych technologii, wymagających wysokiego poziomu elastyczności i umiejętności do ich wykorzystania;
- rosnącej liczby osób przewlekle chorych i zwiększających się oczekiwań społeczeństwa w zakresie usług umożliwiających zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i edukacji zdrowotnej.

Profesja pielęgniarska to zawód, którego przedstawiciele posiadają coraz szerszy zakres wiedzy wynikającej ze wzrostu wymagań dla kwalifikacji i umiejętności technicznych. Pielęgniarki posiadają szeroki zakres umiejętności ogólnych, technicznych. Praca pielęgniarki stała się coraz bardziej dynamiczna, wymagająca elastyczności, ciągłej nauki i podejmowania indywidualnej decyzji co do oceny opieki.

Badania wykazują jasną zależność między zasobami wykwalifikowanych pielęgniarek i pozytywnymi wynikami leczenia.

Dlatego też istnieje ekonomiczne i jakościowe uzasadnienie, aby tworzyć optymalne poziomy zróżnicowanych umiejętności dla personelu pielęgniarskiego. Społeczeństwo wymaga, aby tak pielęgniarki jak i inny personel ochrony zdrowia zapewniał wysoką jakość usług.

Pielęgniarki, w przeciwieństwie do większości innych profesji, zapewniają opiekę przez 24 godziny na dobę. Ponadto oczekuje się, że pielęgniarki będą koordynować opiekę nad pacjentem. Rozwijają się więc możliwości pełnienia roli rzecznika dla pacjenta w różnych sytuacjach jego kontaktu z opieką zdrowotną.

Jak zostało zapisane w 2000 r. w Deklaracji Monachijskiej, podczas drugiej Konferencji WHO ministrów zdrowia, dotyczącej pielęgniarstwa i położnictwa, pielęgniarki mają znaczący wpływ na wzrost efektywności w ochronie zdrowia. W oparciu o wiedzę i doświadczenie, pielęgniarki szacują zapotrzebowanie na opiekę, zapewniają i dostarczają opiekę, w oparciu o ocenę kosztów i wydajność pracy. W wielu europejskich krajach zachodnich pielęgniarki z sukcesami tworzą centra opieki dla pacjentów z chorobami niezakaźnymi i przodują w dostarczaniu opieki w nowych miejscach i blisko domów pacjentów.

Skoncentrowanie opieki pielęgniarskiej na pacjencie przyczyniło się także do pozytywnych efektów jak:

- holistycznego podejścia do zarządzania opieką

nad pacjentem,

- poszerzenia kompetencji pielęgniarek do wczesnego identyfikowania pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i doprowadzenia do wdrożenia odpowiednich działań (badanie fizykalne),
- systematycznego i ciągłego wzrostu wspierania ekonomicznego opieki nad pacjentem,
- optymalizacji opieki nad pacjentem, dzięki ustawicznemu rozwijaniu ról i umiejętności pielęgniarek, by dopasować ich kompetencje do potrzeb klienta/pacjenta,
- legislacji i regulacji przygotowywanych w większości krajów europejskich. Zapisy prawne muszą zostać dostosowane do nowych form dostarczania usług w ochronie zdrowia. Muszą także wyraźnie zostać zdefiniowane: pozycja i odpowiedzialność pielęgniarek w stosunku do innych zawodów ochrony zdrowia, jako część efektywnego multidyscyplinarnego zespołowego działania.

Każdy rząd razem z profesjonalistami - członkami systemu ochrony zdrowia musi zdefiniować i wspierać warunki i zmiany kulturowe, które wiążą się nowymi rolami i odpowiedzialnością oraz innowacyjnością w opiece, aby zwiększać dostępność do usług. Rządy powinny popierać modele dobrej praktyki, która jest stosowana w innych europejskich krajach, gromadzić informacje i udostępniać podmiotom w ich krajach.

Aby zoptymalizować opiekę nad pacjentem, muszą zostać zdefiniowane i wydzielone zadania i odpowiedzialność dla poszczególnych grup profesjonalistów ochrony zdrowia zgodnie z ich edukacyjnymi kwalifikacjami i kompetencjami - bez zagrożenia dla jakości opieki.

Aby wyeliminować znaczny niedobór kadry pielęgniarskiej, rząd musi zainicjować strategię planowania zasobów w pielęgniarstwie jako element strategii dla pielęgniarstwa w ramach strategii dla zdrowia.

Musi być uruchomione znaczące inwestowanie w edukację w pielęgniarstwie, by zapewnić odpowiednie nauczanie, kształcenie ustawiczne i ciągły profesjonalny rozwój, dla wspierania pielęgniarstwa i pielęgniarek, aby profesjonalści ochrony zdrowia mogli osiągnąć wysokie równoważne kwalifikacje i kompetencje, które będą odpowiedzią na zmieniające się potrzeby ochrony zdrowia.

Zawód pielęgniarski powinien zostać zakwalifikowany do grupy kierunków zamawianych przez polski rząd, aby zapewnić optymalną liczbę kadr do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom teraz i w przyszłości.

Należy doprowadzić do powstania wielu ścieżek kariery pielęgniarek i szerokiej drabiny ich kompetencji dla pomyślnego wprowadzenia nowych umiejętności w zależności od identyfikowanych potrzeb klienta/pacjenta.

Bardzo ważne jest, aby edukacja w zawodzie odbywała się w obszarze klinicznym przy włączeniu kompetentnych profesjonalistów - praktyków pracujących na co dzień z pacjentem, którzy przyczynią się do rozwoju wiedzy i poprawy umiejętności pielęgniarek. Rozszerzenie i wzrost odpowiedzialności albo przekazywanie umiejętności powinny zostać jednocześnie odpowiednio wynagradzane, proporcjonalnie do wszystkich profesjonalnych grup pracowników ochrony zdrowia.

Zmiana w różnicowaniu umiejętności nie może prowadzić do wzrostu administracyjnego obciążenia pielęgniarek.

Decyzje różnicowania umiejętności powinny być specyficzne i uwzględniające: miejscowe potrzeby w zakresie dostarczania opieki, jakość dostępnych usług i skuteczność, wydajność, posiadane zasoby oraz dostępne usługi z zakresu ochrony zdrowia, jak również kształcenie i nauczanie oraz udział profesji zaangażowanych w ochronę zdrowia w podejmowaniu decyzji.

Twórcze i efektywne przywództwo w pielęgniarstwie jest bardzo ważnym elementem w osiąganiu celów dla rozwoju profesji i różnicowania zapotrzebowania na kompetencje personelu medycznego.

Warszawa 28.09. 2009

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny
www.ptp.na1.pl

Al. Reymonta 8 lok 12 tel +48 (0) 22 663 63 45; fax:
48 (0) 22 398-18-5;

email: zgptpiel@gmail.com

OPP 1% KRS 0000065610

Zasady podawania leków

**Czy leki
(rozpuszczone przez inną osobę,
niż pielęgniarka, która ma go podać),
mogą być podane domięśniowo dwa razy
dziennie z tej samej ampułki?**

Leki wstrzykiwane domięśniowo nie powinny być podawane z tej samej ampułki. Jeśli lek został wcześniej rozpuszczony przez osobę trzecią, pielęgniarka ma prawo odmówić wykonania iniekcji. Uzasadnienie:

Zgodnie ze stanowiskiem krajowego konsultanta oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) lekarze powinni wypisywać pacjentom leki iniekcyjne odpowiadające dawce jednorazowego podania - użycia. Pozostawianie leku iniekcyjnego nakłutego w lodówce, do dalszego wykorzystania, stwarza zagrożenie dla zdrowia pacjenta. Lek iniekcyjny raz otwarty, nie powinien być w żadnym wy-

padku podawany ponownie po kilku, czy kilkunastu godzinach. Nikt nie może wziąć odpowiedzialności (tj. producent, apteka, pielęgniarka) za pełne właściwości takiego leku.

NRPiP uważa, że należy wypisywać na receptach dawkę leku, który można podać jednorazowo. W wypadku, kiedy dawka leku w opakowaniu ampułkowym przekracza zaordynowaną ilość leku, po jednorazowym podaniu leku pacjentowi, pozostałą w ampułce część leku należy zniszczyć.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.) w art. 4 i art. 5 stanowi: „wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia”. Zgodnie z art. 4 i 5 ustawy świadczenia te pielęgniarka i położna wykonuje przede wszystkim poprzez „realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.”.

Zgodnie z załącznikiem Nr 2, część II do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) świadczenia lecznicze wykonywane przez pielęgniarkę obejmują podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych.

Tak więc podstawą do podania przez pielęgniarkę, położną leku (w warunkach zarówno ambulatoryjnych jak i domowych), jest udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać oprócz nazwy leku, dawki, sposobu i czasookresu podawania, również zapis, o tym że zabieg należy wykonać w warunkach domowych, bez obecności lekarza.

Za zlecenie lekarskie (leki i drogę podawania) odpowiedzialność ponosi lekarz (art. 45 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; tekst jedn.: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.). Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność jedynie za prawidłowe wykonanie zlecenia.

Procedury związane z podawaniem leków domięśniowo (kod 10.18) w sposób szczegółowy określają sposób przygotowania, podania oraz udokumentowania świadczenia. W ramach tych czynności pielęgniarka ma obowiązek:

- sprawdzenia zlecenia podania leku;
- higienicznego mycia rąk (przed i po czynności);
- poinformowania pacjenta o zabiegu i uzyskanie jego zgody;
- ułożenia pacjenta w wygodnej pozycji, dostoso-

wanej do planowanego miejsca wkłucia (okolica pośladkowa tylna - zewnętrzny górny kwadrant, okolica pośladkowa przednia brzuszna);

- zapewnienia pacjentowi warunków intymności;
- stosowania uniwersalnych środków ostrożności, profilaktyki zakażeń;
- przygotowania leku w iniekcji zleconego pacjentowi;
- określenia miejsca wkłucia sposobem von Hochtettera lub Sachtlebena lub metodą kwadrantów;
- podania leku do tkanki mięśniowej zgodnie z obowiązującą techniką wstrzyknięć (zdezynfekowanie miejsca wkłucia, napinanie, naciąganie skóry, wkłuwanie igły pod kątem 90 stopni, aspirowanie leku w miejscu wkłucia, podawanie powolne leku, obserwowanie pacjenta, położenie suchego jałowego wacika na miejscu wkłucia, wyciąganie szybkie igły z ciała pacjenta, rozcieranie okrężnymi ruchami leku w miejscu podania);
- zabezpieczenia miejsca wkłucia opatrunkiem;
- wygodnego ułożenie pacjenta;
- porządkowania zestawu po zabiegu;
- udokumentowania zabiegu (nazwa leku, godzina podania, podpis).

W sytuacji, gdy osoba trzecia, inna niż pielęgniarka przygotowuje lek (zmiesza go z odpowiednim roztworem) pielęgniarka nie tylko ma prawo odmowy wykonania zastrzyku, ale powinna odmówić jego wykonania. Może się bowiem zdarzyć, że w okresie kilku godzin, gdy lek był przechowywany (od czasu zrobienia pierwszej iniekcji) doszło do jego zanieczyszczenia, co może spowodować negatywne konsekwencje dla zdrowia pacjenta po jego podaniu. W skrajnych przypadkach lek mógł być źle przygotowany (jak wynika z pytania rozpuszczenia leku dokonała osoba nieposiadająca kwalifikacji medycznych). Za podanie leku w sposób odbiegający od ustalonych procedur pielęgniarka może ponieść odpowiedzialność dyscyplinarną, a gdyby doszło do rozstroju zdrowia także odpowiedzialność cywilną.

Leczenie odleżyn

TIME - system opracowania rany

Grażyna Kruk-Kupiec

Problem ran, w tym ran przewlekłych, takich jak odleżyny, stopa cukrzycowa czy owrzodzenie żyłne, stanowi wciąż otwarty temat.

Odleżyny jako problem kliniczny są znane od wieków. Z badań archeologicznych wynika, że występowały one u mieszkańców starożytnego Egiptu. Termin „odleżyna” pojawił się po raz pierwszy w 1420 r. Pochodzi od łacińskiego słowa *decumbere* - leżeć płasko. W XIX w. dzięki obserwacjom Brown-Sequarda, Pageta i Charcota zaczęto rozumieć znaczenie ucisku i zwiększonej wilgotności w rozwoju odleżyny.

Leczenie odleżyn polegało głównie na mechanicznym usuwaniu i oczyszczaniu rany z martwych tkanek. W okresie II wojny światowej nastąpił rozwój nowoczesnej chirurgii, chirurgii plastycznej i wiedzy na temat odleżyn. Od tego momentu datuje się rozwój badań dotyczących etiologii i patogenyzy odleżyn, sposobów zapobiegania im i leczenia.

Ostatnie badania wprowadziły nowe spojrzenie na ranę, przyczyniając się do bardziej zorganizowanego określenia procesu jej gojenia się.

Współczesna koncepcja opracowania łóżyska rany (wound bed preparation) umożliwia likwidowanie barier utrudniających proces gojenia.

Program postępowania z raną TIME obejmuje następujące etapy: T - tissue management - oczyszczanie rany, I - inflammation and infection control - kontrola infekcji i reakcji zapalnej, M - moisture balance - utrzymanie wilgotnego środowiska, E - epithelial advancement - przyspieszenie naskórkowania. Celem TIME jest stworzenie optymalnych warunków w łóżysku rany, zapewniających zmniejszenie obrzęku, wysięku oraz liczby bakterii. Warunkiem prawidłowego gojenia rany jest całkowita eliminacja lub stopniowe zmniejszanie oddziaływania na proces gojenia czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

Oczyszczenie tkanek

Podstawowym warunkiem gojenia rany jest prawidłowe usunięcie uszkodzonych/martwiczych tkanek, pozwalające na stworzenie środowiska, które ułatwia proces gojenia.

W procesie leczenia stopy cukrzycowej i odleżyny usunięcie martwych tkanek staje się celem pierwszorzędym. Opracowanie rany zawiera wszystkie zabiegi związane z jej oczyszczeniem i eliminacją wysięku. Oczyszczenie rany polega na usunięciu pozbawianych unaczynienia (martwych) tkanek oraz usunięciu bakterii i komórek hamujących gojenie. Martwe tkanki znajdujące się w ranie są idealnym podłożem dla rozwoju chorobotwórczych drobnoustrojów, przedłużają tym samym fazę oczyszczania rany. Usunięcie martwych tkanek poprawia stan rany, rozpoczynając przyspieszenie gojenia.

Chirurgiczne oczyszczenie rany ułatwia oprócz tego pełną obserwację łóżyska rany i ułatwia drenaż. Podczas chirurgicznego opracowania rany należy zwracać uwagę na tzw. równowagę w obszarze usuwanej tkanki. Oczyszczając ranę z tkanek martwiczych, usuwamy również tkanki zdrowe w granicy rany. Należy zatem pamiętać, że usunięcie nadmiernej ilości zdrowych tkanek wydłuży proces naprawczy, natomiast pozostawienie nawet niewielkich fragmentów podtrzyma jej przewlekły charakter. Inną metodą dla chirurgicznego opracowania rany jest zastosowanie opatrunków nowej generacji.

Wyróżniamy kilka metod oczyszczania rany:

* Mechaniczne: wycięcie martwicy, użycie ultradźwiękowego urządzenia do rozbijania tkanek

martwiczych, a następnie ich usunięcia, zastosowanie urządzenia Versajet.

* Enzymatyczne: Fibrolan, Iruxol Mono. † Autolityczne: Granu Gel - żel hydro-koloidowy, Nu-Gel, IntraSite Gel, Tender-Wet.

* Biologiczne: biochirurgia, larwy muchy plujki.

Kontrola zapalenia i infekcji

Na rozwój infekcji w ranach przewlekłych wpływa ich skolonizowanie przez wiele szczepów bakterii. Czynniki, które nasilają tę sytuację, są pogorszenie ukrwienia i choroba zasadnicza, np. cukrzyca. Sposobem walki z negatywnymi skutkami infekcji jest stosowanie środków bakteriobójczych w postaci nowoczesnych preparatów dezynfekcyjnych.

Infekcja każdej rany stanowi problem w postępowaniu leczniczym, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z pacjentami o zmniejszonej odporności, takimi jak na przykład pacjenci ze stopą cukrzycową, zaliczani do grupy wysokiego ryzyka. Podczas oczyszczania rany - stopy cukrzycowej należy pamiętać o pobraniu wymazu (zasada ta obowiązuje podczas postępowania z każdą raną zainfekowaną).

Wilgotność w ranie

Cechą charakterystyczną ran przewlekłych jest intensywne wydzielanie wysięku, które opóźnia procesy naprawcze i wpływa na wygląd skóry wokół rany przez jej macerację.

Opatrunki nowej generacji, zwane także opatrunkami wilgotnymi, regulują poziom wilgotności w ranie, pochłaniają nadmiar wydzieliny, a tym samym usuwają martwe tkanki. Wpływają w ten sposób na znaczne przyspieszenie procesów naprawczych, zwłaszcza epitelializacji.

Proces naskórkowania

Właściwie przygotowane środowisko rany stwarza korzystne warunki naskórkowania (epitelializacji). Proces tworzenia się nowego naskórka jest często złożony. W trakcie gojenia należy zwracać uwagę na skórę otaczającą ranę, gdyż uszkodzona, rozmiękła skóra może doprowadzać do zapalenia skóry, podrażnienia, a tym samym przedłużenia procesu naprawczego, w tym epitelializacji.

Czynniki warunkujące efektywność gojenia

Powstanie i rozwój odleżyn zależy od intensywności i czasu trwania czynników zewnętrznych i wewnętrznych oddziałujących na pacjenta.

Do czynników zewnętrznych, przyczyniających się do powstania i wpływających negatywnie na proces gojenia rany, zalicza się ucisk, tarcie, macerację, powstawanie fałdów skórnych. Wymienione czynniki mają istotne znaczenie w sytuacji narastania znaczenia czynników wewnętrznych.

Ucisk stanowi podstawową siłę, która działa na skórę, wywołując jej niedokrwienie. Siła ta może być jednostajnie długa lub krótkotrwała, ale powtarzalna. Słaby, powtarzalny ucisk trwający dłuższy czas wywołuje często znacznie większe zniszczenie tkanek

niż ucisk silny. A jeżeli występują dodatkowe czynniki wewnętrzne, np. zmniejszona odporność organizmu, zaawansowana podstawowa jednostka chorobowa, niedokrwienie, miażdżyca, cukrzyca czy brak czucia bólu, ryzyko się zwiększa. Prawidłowe ciśnienie włósczkowe krwi tętniczej części łożyska naczyniowego wynosi średnio 32 mm Hg. Siła ucisku działającego na tkanki z zewnątrz może przekroczyć wartość tego ciśnienia, skutkiem czego upośledzony zostaje dopływ krwi, a także odpływ chłonki na obszarze **narażonym** na działanie ucisku, co pogarsza proces gojenia rany, gdy pacjent na niej „leży”. Eliminacja ucisku w miejscu rany wpływa zatem korzystnie na proces gojenia.

Tarcie występuje wówczas, gdy skóra ociera się o inną powierzchnię, wskutek czego dochodzi do utraty komórek naskórka. Uraz ten następuje w sytuacji zsuwania się chorego w dół łóżka lub podciągania do góry bez zastosowania odpowiedniego podkładu. Podczas gojenia rany należy zwracać uwagę na ochronę obszaru rany, aby jej nie narażać na powtórne uszkodzenia. Elementy profilaktyki odleżyn można również skutecznie wykorzystać w ochronie rany przed działaniem czynników zewnętrznych.

Maceracja jest spowodowana nadmierną wilgotnością prowadzącą do rozmiękania skóry i zmniejszania jej odporności. Pojawia się w następstwie **wzmożonej** potliwości, nietrzymania moczu lub siolca oraz w przypadku ran z nasilonym sączeniem. Maceracja skóry wpływa niekorzystnie na zapobieganie odleżynom, często utrudnia skuteczność profilaktyki. Maceracja skóry wokół rany opóźnia proces jej gojenia, w tym epitelializacji.

Ponad 100 innych czynników ryzyka (wewnętrznych) wiąże się z powstawaniem odleżyn, a tym samym negatywnie wpływa na proces leczenia już powstałej rany. Do najczęściej występujących należy zaliczyć: wagę (budowę ciała), wypróżnianie, rodzaj skóry, zdolność ruchową, wiek, niskie ciśnienie tętnicze krwi, cukrzycę, awitaminozy, zaburzenia odżywiania, choroby układu krążenia, utratę białek, obecność tkanek martwiczych.

Waga (budowa ciała) - nadwaga ma wpływ na zwiększenie ucisku w miejscach, gdzie kość jest położona pod cienką warstwą tkanki. Takimi miejscami są u

chorego unieruchomionego w łóżku pięta, kość krzyżowa, pośladki. Ucisk na tkankę powoduje utrudniony przepływ krwi, a ucisk na miejsce rany pogłębia to zjawisko, uniemożliwiając transport składników odżywczych.

Wypróżnianie - kwaśny odczyn moczu i kału wywołuje zmianę pH skóry, doprowadzając w wielu sytuacjach do maceracji. Leczenie rany wymaga zapewnienia nie tylko przyjaznych warunków gojenia samej rany, ale także otaczającej skóry. Brak eliminacji czynnika zewnętrznego wpływającego negatywnie,

utrudnia zapewnienie prawidłowego klimatu w ranie.

Rodzaj skóry - skóra sucha jest szczególnie narażona na uszkodzenia, skóra bibułkowata występuje u ludzi w podeszłym wieku, brak jej elastyczności powoduje, że jest bardzo podatna na uszkodzenia.

Zdolność ruchowa - chorzy w stanie apatii, depresji, leżący przez dłuższy czas narażają tkankę na długotrwały ucisk powodujący zaburzenia w przepływie krwi. U chorych siedzących cała masa skupiona jest na małej powierzchni tkanki, co prowadzi do wzmożenia ucisku. Po wystąpieniu rany należy szczególnie dbać o odciążenie tej części ciała, która jest uszkodzona.

Wiek - z wiekiem następuje zmniejszenie wytrzymałości na urazy, proces starzenia powoduje, że skóra staje się coraz bardziej cienka i mniej elastyczna, stwarzając zagrożenie odleżynami.

Niskie ciśnienie tętnicze krwi (hipotensja) - pogarsza dodatkowo ukrwienie skóry i tkanki podskórnej, tym samym przyczyniając się do pogorszenia procesu gojenia rany.

Cukrzyca - zaburzenia ukrwienia spowodowane mikruigiopatią, hiperglikemią i zwiększona aktywność rodników tlenowych uszkadzają nowo powstałą tkankę (ziarninę).

Awitaminozy - witaminy A, C, wpływają na hamowanie fazy zapalnej procesu gojenia.

Zaburzenia odżywiania - wyniszczenie opóźnia proces gojenia rany.

Choroby układu krążenia - zaburzają proces ukrwienia tkanek powodujący słabsze zaopatrzenie tkanek w tlen, substancje odżywcze, a tym samym ograniczenie zwrotnego transportu składników procesu metabolicznego.

Utrata białek - niedobór białek w organizmie powoduje ich zmniejszenie w « ranie, a tym samym zahamowanie syntezy białek w ranie.

Obecność tkanek martwiczych - powoduje wydłużenie fazy zapalnej procesu gojenia.

(Dokończenie w jednym z najbliższych numerów).

dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec

Samodzielny Publiczny Szpital Chirurgii Urazowej
w Piekarach Śląskich

Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej
w Kielcach

MINISTERSTWO ZDROWIA DEPARTAMENT PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa 21.10.2008r.

**Informacja skierowana do położnych
zatrudnionych w Domach Pomocy Społecznej**

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej dokonało nowelizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia

2 sierpnia 2005 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 146, poz. 1222, z późn. zm.), która umożliwiła wprowadzenie zmian dotyczących wpisania w załączniku nr 3 do rozporządzenia **stanowiska starszej położnej i położnej**.

W związku z powyższym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 kwietnia 2008 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 73 poz. 430), w ramach stanowisk pracowniczych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz centrach integracji społecznej, zostały dopisane stanowiska: starszej położnej i położnej.

Konkludując, nowelizacja powyższego rozporządzenia umożliwiła położnym wykonywanie zawodu w ramach stanowisk przeznaczonych dla pracowników samorządowych, co uprawnia je do podejmowania pracy również w Domach Pomocy Społecznej.

(-) Jolanta Skolimowska
Zastępca Dyrektora Departamentu
Pielęgniarek i Położnych

KOMUNIKAT MINISTERSTWA ZDROWIA z dnia, 20.11.2009r. w sprawie studiów pomostowych

Informacja w sprawie skrócenia studiów pomostowych dla pielęgniarek, absolwentów liceów medycznych 19 listopada 2009 r. do Ministerstwa Zdrowia została przekazana przez Komisję Europejską informacja o pomyślnym efekcie rozmów dotyczących liczby godzin kształcenia uzupełniającego dla absolwentów liceów medycznych kształcących pielęgniarki i położne. Na posiedzeniu Komitetu ds. uznawania kwalifikacji ostatecznie podsumowano wynik uzgodnień przyjmując polską propozycję, przygotowaną przez resort zdrowia. Uzyskany rezultat to skrócenie kształcenia pomostowego, które obecnie będzie wynosiło 1150 godzin kształcenia zawodowego, w ciągu dwóch semestrów. Przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej polski system kształcenia pielęgniarek i położnych opierał się na różnych typach szkół takich jak licea medyczne i medyczne szkoły zawodowe. Opinia ekspertów unijnych na temat polskiego systemu kształcenia była jednoznaczna i wskazywała na to, że polskie pielęgniarki i położne nie spełniają standardów kształcenia europejskiego, gdyż liczba godzin kształcenia zawodowego była zbyt mała. Zgodnie z wytycznymi

Komisji Europejskiej od 2004 roku kwestia kształcenia uzupełniającego pielęgniarek i położnych jest regulowana rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Regulacje zawarte w tym rozporządzeniu największą liczbą godzin kształcenia uzupełniającego nakładają na licealistki tj. 1633 i 3000 godz. (w zależności od czasu kiedy rozpoczęte zostało kształcenie). Wymogi zawarte w rozporządzeniu spotkały się z krytyką ze strony środowiska pielęgniarek i położnych. Minister Zdrowia Ewa Kopacz, dostrzegając ten problem, podjęła działania zmierzające do ponownego ustalenia liczby godzin kształcenia uzupełniającego dla absolwentów liceów medycznych. Procedura w tej sprawie wymagała licznych uzgodnień z Komisją Europejską. W dalszej kolejności sprawa została skierowana do rozpatrzenia przez Komitet ds. uznawania kwalifikacji składający z przedstawicieli wszystkich państw członkowskich, a następnie na posiedzeniu grupy koordynatorów.

Mimo wątpliwości zgłaszanych przez niektóre państwa członkowskie, dzięki staraniom strony polskiej Komitet ds. uznawania kwalifikacji zaakceptował regulacje przygotowane przez resort zdrowia.

/-/ Piotr Olechno
Rzecznik Prasowy

**Opinia Konsultanta Krajowego
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
w sprawie podawania Debecyliny
dzieciom do 18 r. ż.
w warunkach ambulatoryjnych**

**OLSZTYN, ul. ŻOŁNIERSKA 18 A,
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL
DZIECIĘCY**

piskorz@wssd.olsztyn.pl Tel. 089 5393 455

Debecylina może być stosowana w leczeniu otwartym, również u dzieci powyżej 12 m-ca życia (Kompendium leków). Pielęgniarka może na zlecenie lekarza podać debecylinę dzieciom w wieku pow. 12 m-ca życia do 18 r.ż., w warunkach ambulatoryjnych, w gabinecie zabiegowym. Należy jednak zachować szczególną ostrożność z uwagi na możliwe skutki uboczne. Po podaniu debecyliny mogą wystąpić odczyny uczuleniowe o różnym nasileniu objawów od łagodnych po ciężkie t.j. wstrząs anafilaktyczny. Zatem gabinet zabiegowy powinien być wyposażony w kompletny zestaw przeciwwstrząsowy. Jednostka POZ powinna posiadać opracowaną listę leków, materiałów i sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach, który powinien być dostępny w miejscu udzielania świadczeń, czyli w gabinecie zabie-

gowym. Nie ma potrzeby, aby w zestawie tym był respirator (jak to napisała autorka wystąpienia). Wskazany byłby natomiast defibrylator, worek AMBU itp. oraz łączność z pogotowiem. Pielęgniarka powinna posiadać aktualne przeszkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo – oddechowej i udzielania pomocy oraz znać procedurę postępowania do czasu przyjazdu karetki pogotowia.

Podanie debecyliny powinno być poprzedzone wykonaniem próby uczuleniowej (którą również zleca lekarz). Pielęgniarka podająca debecylinę powinna zwrócić szczególną uwagę na technikę przygotowania leku i podania (rozpuszczenie, miejsce podania, aspiracja).

Z uwagi na częstotliwość pytań kierowanych do mnie o podawanie debecyliny, o uprawnienia pielęgniarek do podawania debecyliny, podkreślam, że każda pielęgniarka posiada uprawnienia do podawania leków drogą domięśniową (na zlecenie lekarskie). Pielęgniarki powinny przed podaniem leku zapoznać się z kartą charakterystyki produktu, bądź tzw. "ulotką informacyjną" dołączoną do leku. W wyposażeniu gabinetu powinien znajdować się katalog „Kompendium leków”, z którego należy korzystać przed podaniem leku, aby zapoznać się ze wskazaniami, przeciwwskazaniami, działaniami niepożądanymi, interakcjami oraz sposobem podania leku.

Każda pielęgniarka realizująca świadczenia w gabinecie zabiegowym powinna posiadać ukończony kurs z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej oraz coroczne szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Dr n med. Krystyna Piskorz- Ogórek
Olsztyn, 06.01.2009 r.

**MZ Departament Matki i Dziecka
Małoletnie w ciąży**

**INFORMATOR
DLA ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTEJ,
INDYWIDUALNYCH I GRUPOWYCH PRAKTYK
LEKARSKICH I INDYWIDUALNYCH
I GRUPOWYCH PRAKTYK
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

WARSZAWA 2009 r.

Spis treści

Wprowadzenie ..3

Współdecydowanie o procesie leczenia .. 4

Sprawowanie opieki nad małoletnią przez lekarza ginekologa - położnika .. 6

Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ..8

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej..9

Rola położnej podstawowej opieki zdrowotnej ..10
Szczególne obowiązki - podejrzenie popełnienia
czynu karalnego.. 10

Informacja o jednostkach zobowiązanych do udzie-
lenia wsparcia i pomocy małoletnim w ciąży.. 12

Wprowadzenie:

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Pol-
skiej (art. 68 ust. 3 i 4) władze publiczne zob-
owiązane są do zapewnienia szczególnej opieki
zdrowotnej kobietom ciężarnym. Prawo do szcze-
gółnej opieki nie jest uzależnione od wieku kobiety
oczekującej dziecka. Przejawem troski o zdrowie
kobiet ciężarnych są przepisy zawarte w wielu
ustawach, między innymi w ustawie z dnia 27
sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowot-
nej finansowanych ze środków publicznych (Dz.
U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.),
ustawie z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowa-
niu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warun-
kach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z
1993.r. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.).

Kobiecie w okresie ciąży przysługuje szereg
uprawnień, niezależnie od jej wieku.

Uprawnienia te to w szczególności:

- prawo do korzystania ze świadczeń opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicz-
nych, na zasadach określonych w ustawie, wszy-
stkim kobietom w okresie ciąży, porodu i poło-
gu, bez względu na ich wiek oraz uprawnienia wynikają-
ce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

W związku z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadcze-
niach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych,

- dostęp do badań profilaktycznych obejmujących
kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych oraz pro-
filaktyki stomatologicznej.

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu ro-
dziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopus-
zczalności przerywania ciąży stanowi:

Art. 2. 1. Organy administracji rządowej oraz samo-
rządu terytorialnego, w zakresie swoich kompeten-
cji określonych w przepisach szczególnych, są obo-
wiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki me-
dycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez:
1) Opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę me-
dyczną nad kobietą w ciąży.

Zasadniczym celem opieki medycznej nad wszy-
stkiimi kobietami ciężarnymi jest umożliwienie praw-
idłowego przebiegu ciąży oraz wczesna identyfika-
cja czynników ryzyka.

Ciąże o podwyższonym i wysokim ryzyku są naj-
częstszą przyczyną patologii występujących u no-
worodków, mają również wpływ na wskaźnik umie-
ralności niemowląt.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, opie-
kę medyczną nad kobietą w ciąży sprawują lekarze
ginekologów oraz położne. W przypadkach ciąży o

podwyższonym ryzyku opiekę medyczną przejmują
poradnie specjalistyczne zorganizowane na wy-
ższych poziomach referencyjnych opieki medycznej
oraz oddziały patologii ciąży. Poradnie ogólne, po-
radnie dla kobiet oraz szpitale zapewniają właściwą
opiekę medyczną w zależności od stopnia ryzyka
ciąży.

Należy jednak wskazać, że stwierdzenie ciąży u ma-
łoletniej nakłada na osoby zobowiązane do udziela-
nia świadczeń zdrowotnych konieczność podjęcia
szczególnych działań.

Współdecydowanie o procesie leczenia

W przypadku sprawowania opieki zdrowotnej nad
osobą małoletnią w ciąży należy pamiętać o odmien-
nych uprawnieniach takiej osoby w odróżnieniu od
pacjentki pełnoletniej. Zasady sprawowania opieki
w tym zakresie regulują przepisy ustawy z dnia 5
grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty-
sty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.)

1. Osobie małoletniej powyżej lat szesnastu lekarz
ma obowiązek w sposób przystępny przekazać in-
formację o stanie zdrowia, rozpoznaniu, propono-
wanych oraz możliwych metodach diagnostycznych
i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach
ich zastosowania albo zaniechania, wynikach lecze-
nia oraz rokowaniu (art. 31 ust. 1 i ust. 5 ustawy o
zawodach lekarza i lekarza dentyisty).

2. Osobie małoletniej powyżej lat szesnastu le-
karz ma obowiązek udzielić informacji w zakresie
i w formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu
procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, po-
nadto osoba ta ma prawo do wyrażenia swojego
zdania w odniesieniu do przyjętych metod terapii
(art. 31 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i leka-
rza dentyisty).

3. W przypadku sprawowania opieki medycznej nad
osobą małoletnią powyżej lat szesnastu wymagana
jest również (obok zgody jej przedstawiciela usta-
wowego) zgoda małoletniej na wykonanie badania
lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. W
przypadku zastosowania zabiegu operacyjnego albo
metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej pod-
wyższone ryzyko dla zdrowia zgoda ta winna być
wyrażona w formie pisemnej (art. 34 ust. 4 ustawy
o zawodach lekarza i lekarza dentyisty).

4. W przypadku sprawowania opieki medycznej nad
osobą małoletnią poniżej lat 16 wszelkie prawa w
zakresie współdecydowania o procesie leczenia
przysługują opiekunom prawnym.

5. W przypadku świadczeń o charakterze dia-
gnostycznym, zgodę na ich przeprowadzenie, w przy-
padku nieobecności lub braku możliwości skontak-
towania się z opiekunem prawnym, może wyrazić
także opiekun faktyczny.

6. Jeżeli małoletnia nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

7. Jeżeli małoletnia, która ukończyła 16 lat, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

8. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane. Z reguły funkcję sądu opiekuńczego pełni sąd rejonowy.

Należy zwrócić uwagę na kwestie ochrony dóbr osobistych pacjentki i nieujawnianie bez jej zgody informacji o fakcie bycia w ciąży. Informacja taka może być przekazana rodzicom (opiekunom prawnym) oraz udostępniana fachowym pracownikom ochrony zdrowia w związku z przebiegiem leczenia.

Sprawowanie opieki nad małoletnią przez lekarza ginekologa - położnika

Ciąża u osoby małoletniej wiąże się z ryzykiem szeregu powikłań, eksperci wskazują, że w przypadku ciąży małoletnich dużo częściej występuje:

- poród przedwczesny,
- zatrucie ciążowe,
- niedokrwistość,
- zakażenia dróg moczowych,
- opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego płodu (hypotrofia) spowodowane w głównej mierze niedojrzałością organizmu ciężarnej dziewczynki i niedoborami żywieniowymi,
- komplikacje okołoporodowe, spowodowane fizycznym niedorozwojem narządów rodnych. W związku z tym należy ją objąć szczególnie staranną opieką.

W trakcie sprawowania opieki medycznej nad małoletnią w ciąży lekarz powinien brać pod uwagę, że sytuacja społeczna małoletniej będzie miała szczególny wpływ na wypełnianie przez nią obowiązków wynikających z faktu, że oczekuje dziecka. Rolą lekarza będzie zebranie wywiadu w sposób, który pozwoli mu ocenić ewentualne problemy, w jakie mogą pojawić się w trakcie ciąży i stanowić zagrożenie dla jej przebiegu oraz zdrowia przyszłej matki i

dziecka, a także brać pod uwagę konieczność zapewnienia matce dodatkowej opieki.

Lekarz w wyniku przeprowadzonego wywiadu może powziąć wątpliwości co do tego, że małoletnia jest wystarczająco dojrzała, żeby w sposób odpowiedzialny troszczyć się o zdrowie swoje i o ciążę, jak również co do tego, czy uzyska ona odpowiednie wsparcie ze strony rodziców bądź opiekunów prawnych. W takiej sytuacji, może zwrócić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad tą osobą o pomoc lub odpowiednio do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku stwierdzenia ciąży u nieletniej –lekarz powinien brać pod uwagę że:

- przyszła matka może nie mieć wsparcia ze strony ojca dziecka,
- przyszła matka może spodziewać się problemów ze strony rodziców, opiekunów jeśli powiadomi ich o ciąży,
- przebieg ciąży może stanowić ograniczenia w dalszym kształceniu,
- ciąża mogła powstać w wyniku czynu karalnego między innymi takiego jak gwałt lub związek kazirodczy.

Jeżeli małoletnia przybyła na wizytę lekarską samodzielnie, ze względu na wiek małoletniej, lekarz ginekolog powinien starać się nakłonić ją do ponownego zgłoszenia się na badanie z rodzicem lub opiekunem prawnym i z nim oraz samą małoletnią omówić dalsze sposoby otoczenia małoletniej opieką w czasie ciąży.

W sytuacji odmowy małoletniej do ponownego zgłoszenia się z rodzicem - lekarz ginekolog powinien zlecić pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej dokonanie wywiadu środowiskowego w domu małoletniej. Do rozważenia przez lekarza pozostaje zawiadomienie lekarza rodzinnego sprawującego opiekę nad tą rodziną o zaistniałej sytuacji.

Po otrzymaniu wywiadu środowiskowego, lekarz ginekolog za pośrednictwem pielęgniarki lub położnej środowiskowej winien zaprosić na wizytę matkę lub opiekuna prawnego małoletniej i w obecności małoletniej przeprowadzić rozmowę na temat ustalenia dalszego prowadzenia ciąży.

Wyniki wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej mogą stanowić podstawę do zawiadomienia ośrodka pomocy społecznej lub kuratora zawodowego w rejonowym sądzie rodzinnym dla nieletnich o ewentualnych dysfunkcjach rodziny, które mogą powodować problemy w zapewnieniu odpowiedniej pomocy i opieki dla małoletniej.

Dalsze działania fachowych pracowników medycznych oraz opieki społecznej są ustalane z kurato-

rem zawodowym w zależności od stwierdzonej sytuacji, w jakiej znalazła się małeetnia.

W zależności od rozpoznanej sytuacji, lekarz specjalista ginekolog, który stwierdził ciążę powinien udzielić małeetniej wszelkich niezbędnych informacji natury medycznej, socjalnej i prawnej oraz starać się możliwie jak najwcześniej ustalić z małeetnią plan sprawowania opieki w czasie ciąży.

W trakcie opieki nad małeetnią w ciąży zarówno lekarz, jak i każdy inny fachowy pracownik ochrony zdrowia, powinien zwracać szczególną uwagę na unikanie wszelkich zachowań oceniających fakt zajścia w ciążę przez małeetnią, bądź zachowań, które mogą być za takowe uznane.

Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Istotną dla sprawowania opieki nad małeetnią w ciąży rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad małeetnią w ciąży są następujące zadania wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr. 214, poz. 1816):

- rozpoznanie środowiska świadczeniobiorcy,
- identyfikacja czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych świadczeniobiorcy, a także podejmowanie działań ukierunkowanych na ich ograniczenie.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:

- pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania,
- innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców.

Współpraca lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ze szkołą i ośrodkiem pomocy społecznej odbywa się z zachowaniem tajemnicy lekarskiej.

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych w świetle obowiązujących aktów prawnych

Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie

Zawód to system czynności czy prac, który jest we-

wnętrze spójny, skierowany na wytworzenie jakiegoś przedmiotu czy usług zaspokajających określone potrzeby. Zawód wymaga określonego zakresu wiedzy i umiejętności wykonywanych systematycznie, stanowiących podstawę zajmowania określonego miejsca w strukturze społecznej.

Pielęgniarka, położna, to osoba, która posiada wykształcenie pielęgniarskie w zakresie podstawowym oraz uprawnienia do wykonywania praktyki zawodowej w swoim kraju.

Przez wykształcenie pielęgniarskie w zakresie podstawowym rozumie się ukończenie takiego programu kształcenia, który jest przyjęty formalnie w danym kraju, zapewnia szerokie i pogłębione przygotowanie do podjęcia praktyki w zawodzie oraz do kształcenia dalszego umożliwiającego zdobywanie kompetencji w poszczególnych specjalnościach pielęgniarskich. Pielęgniarka, położna na takim poziomie przygotowania jest odpowiedzialna za planowanie, wykonanie i ocenę opieki pielęgnacyjnej w zakresie zachowania i umacniania zdrowia, zapobiegania chorobie, pielęgnowania w chorobie i w okresie rehabilitacji. Pielęgniarka pełni również ważną funkcję członka zespołu terapeutycznego. Ma ona również możliwość decydowania o **samodzielnym pielęgnowaniu**, w którym decydowanie o sprawach dotyczących pielęgnowania pacjenta i środowiska leży w gestii pielęgniarki, położnej, przedstawiciela samodzielnej dyscypliny, jaką jest pielęgniarstwo.

W pielęgnowaniu **samodzielnym** pielęgniarka, położna współpracuje z przedstawicielami różnych specjalności medycznych. Samodzielność zawodową pielęgniarek, położnych warunkuje m.in.: wyodrębniony system kształcenia, prawo do wykonywania zawodu, które posiadają osoby o określonym wykształceniu (pielęgniarskim, położniczym), fakt obligatoryjnego zrzeszenia w samorządzie zawodowym, który administruje wykonywanie zawodu pielęgniarek i położnych, ponoszenie odpowiedzialności zawodowej przed organami kompetencyjnymi.

Istota pielęgnowania O pielęgniarstwie jako zawodzie można mówić od czasu powstania pielęgniarstwa świeckiego, przypadającego na XVIII wiek.

Nowoczesne pielęgniarstwo zapoczątkowane zostało w połowie XIX wieku przez Florencję Nightingale, która wskazywała na potrzebę kształcenia pielęgniarek, ich samodzielność i odrębność. Pielęgnowanie w rozumieniu autorki miało charakter opiekuńczy i higieniczny. Zwracała uwagę na wiele aspektów, które mają istotne znaczenie w procesie przywracania zdrowia, tj. środowisko w którym przebywa pacjent, czystość, dieta, spokój, uwolnienie od lęku, okazywanie pacjentowi zainteresowania i życzliwości, godności. Przywiązywała uwagę do umiejętności obserwacji pacjenta, interpretacji objawów i wykorzystania tego w opiece. W pracy pielęgniarki wyraźnie rozgraniczała wykonywanie zleceń lekar-

skich i opiekę pielęgnacyjną. Niewątpliwie wielką zasługą Florencji Nightingale było podniesienie pielęgniarstwa świeckiego do godności zawodu, uznanie potrzeby systematycznego kształcenia i rozwoju pielęgniarstwa.

Strukturę pionu **pielęgniarsko-położniczego** tworzą stanowiska: wykonawcze (np.: pielęgniarki odcinkowej, pielęgniarki specjalistki) oraz stanowiska kierownicze.

Rola zawodowa. Treścią roli zawodowej jest zbiór wykonywanych funkcji zawodowych oraz oczekiwane zachowania i postawy, zgodne z określonymi normami i wzorami zachowań. Rolą zawodową pielęgniarki, położnej jest pielęgnowanie. Z roli zawodowej pielęgniarki, położnej wynika zbiór zadań i czynności zawodowych, dla których można sformułować wspólny cel. Zadaniom i czynnościom zawodowym są przypisywane funkcje zawodowe i pielęgniarki. W najnowszym piśmiennictwie polskim określa się, że pielęgniarka, położna świadcząc opiekę na rzecz podmiotu realizuje zadania przyporządkowane: funkcji promocji zdrowia, funkcji profilaktycznej, wychowawczej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej, opiekuńczej, kształcenia, zarządzania, naukowo – badawczej. Funkcje pielęgniarki, położnej wywodzą się bezpośrednio z misji pielęgniarstwa w społeczeństwie. Funkcje pielęgniarki pozostają takie same bez względu na miejsce, czas, w którym opieka pielęgniarska jest świadczona, jak również środki jakimi pielęgniarka, położna dysponuje.

Pielęgnowanie tradycyjne, powiązane jest z tradycją, z tym, co charakteryzowało opiekę pielęgniarską pojmowaną i realizowaną jako pomocniczą, a więc podporządkowaną działaniom leczniczym. Ten sposób pielęgnowania zorientowany na wykonywanie konkretnych zadań, nie zapewnia pełnej wiedzy o stanie i możliwościach pacjenta, co do samodzielnego wykonania czynności, ani wydolności opiekuńczej rodziny. Nie zapewnia także wykorzystania w pełni profesjonalnej wiedzy i umiejętności pielęgniarki.

Pielęgnowanie nowoczesne pozostaje w opozycji do pielęgnowania tradycyjnego. Jest zorientowane na stan zdrowia szeroko rozumianego podmiotu opieki, charakteryzuje go autonomia, oparte jest na zdobyczach pielęgniarstwa naukowego oraz nauk wspierających, np. socjologia, psychologia, medycyna, pedagogika. Od pielęgniarek, położnych wymaga to także ciągłego podnoszenia ich własnych kompetencji związanych z podejmowaniem zadań służących:

- promowaniu i zachowywaniu stanu zdrowia,
- planowaniu i świadczeniu opiekuńczej pomocy w czasie choroby i rehabilitacji,
- oddziaływaniu na te wszystkie aspekty życia (fizyczne, psychiczne, społeczne), które wpływają na zdrowie, chorobę, niepełnosprawność i umieranie.

Pielęgniarka, położna w swoim działaniu jest praktykiem niezależnym i przyjmuje pełną odpowiedzialność za własne świadczenia zdrowotne. Przyjmuje także odpowiedzialność za własne doskonalenie się w zakresie zarządzania, nauczania, praktyki klinicznej i badań naukowych – w ciągu całego życia zawodowego. Pielęgniarstwo jest zarówno nauką, jak i sztuką, a jego profesjonalne wykonywanie wymaga opanowania wiedzy i technik z zakresu: humanistyki oraz nauk fizycznych, społecznych, medycznych i biologicznych.

Realizacja celów i zadań podsystemu pielęgniarstwa wymaga od pielęgniarek i położnych profesjonalności oraz skuteczności kierowania na wszystkich szczeblach zarządzania w pielęgniarstwie. Kierowanie w pielęgniarstwie realizowane jest poprzez planowanie celów i zadań pielęgniarek odcinkowych, przydzielanie zadań oraz zapewnienie warunków do ich realizacji. Pielęgniarska kadra kierownicza ponosi odpowiedzialność za jakość opieki pielęgniarskiej realizowanej w oddziale. Stanowisko kierownicze w pielęgniarstwie jest analizowane poprzez realizację funkcji kierowniczych: planowania, organizowania, przewożenia (motywowania) i kontrolowania.

Autonomia Pojęcie to pochodzi z języka starogreckiego i oznacza *możliwość stanowienia norm same-mu sobie, samodzielność prawną*. Dziś używa się go w zależności od dyscypliny (gospodarka, prawo, polityka) lub kontekstu w znaczeniu niezawisłość, niezależność, samorządność (całkowita lub częściowa).

Autonomia zawodowa – to prawo pracownika do wyboru metody, sposobu, miejsca etc. wykonania przydzielonego zadania zgodnie z posiadanymi umiejętnościami. Przejawia się ona między innymi w zachowaniu proporcji pomiędzy kompetencjami, a więc obowiązkami, uprawnieniami, odpowiedzialnością i samodzielnością zawodową. W literaturze często pojęcie autonomii zamienne określa się mianem samodzielności zawodowej.

Odpowiedzialność to, zobowiązanie do wywiązania się jednostki lub organizacji z nałożonych na nią lub przyjętych przez nią zadań i obowiązków; ponoszenie konsekwencji swoich świadomych działań, decyzji i zaniedbań. Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za cały zakres działalności zawodowej, w tym także za sferę relacji pielęgniarka – pacjent – członkowie zespołu terapeutycznego. Pielęgniarki i położne podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność.

Prawną – obowiązek ponoszenia przewidzianej przez przepisy prawne (normę stanowiącą) konsekwencje zachowania się człowieka. W zależności od kryterium przyjętego dla ustalenia odpowiedzialności prawnej rozróżnia się: odpowiedzialność karną,

cywilną, służbową. Jest ona określona z reguły szczegółowymi przepisami danej dziedziny.

Karną – to odpowiedzialność sprawcy czynu społecznie niebezpiecznego zagrożonego przez ustawę Kodeks Karny. Jest następstwem działania lub jego usiłowania, pociąga za sobą sankcje nałożone przez sąd powszechny.

Cywilną – obowiązek wynagrodzenia komuś szkody lub straty, obciąża sprawcę lub gwaranta i ma z reguły charakter majątkowy. W zakresie odpowiedzialności cywilnej orzekają sądy powszechne, wydziały cywilne.

Dyscyplinarną – (służbową) zobowiązanie jednostki do wypełniania wyznaczonych umową zadań w sposób możliwie najlepszy. Pojęcie to bywa rozszerzane poza stosunek sprawstwa i pracownik jest odpowiedzialny nie tylko za swoje czyny, lecz także za określone zdarzenia, które ze względu na przyjęty podział zadań i obowiązków miały w wyznaczonym czasie zaistnieć, a nie zaistniały, zaniechania lub zaniechania. Odpowiedzialność pracownicza mówi o tym, że za wykonanie lub nie wykonanie czynności, zadań pracownika może spotkać kara lub nagroda. W momencie kiedy pracownik przyjmuje na siebie obowiązek, musi otrzymać odpowiednie uprawnienia. Jeśli pracownik ma ograniczone uprawnienia to jego zakres odpowiedzialności jest zmniejszony proporcjonalnie do zakresu uprawnień.

Moralną – konieczność odpowiadania za swoje czyny, za zachowania nakazane lub zakazane przez normę moralną (kodeks deontologiczny i ponoszenia za nie konsekwencji. Dotyczy ona całej sfery życia zawodowego i pozazawodowego. Powstaje w związku z działaniem (lub zaniechaniem) sprzecznym z zasadami współżycia społecznego niezależnie, czy są one skodyfikowane czy też nie.

Zawodową (w tym etyczną) – obowiązek moralny lub prawny odpowiadania za wykonane czynności zawodowe, bądź ich zaniechanie w wykonywaniu tych czynności. Jest ona związana z przynależnością do określonej grupy zawodowej i wynika z interpretacji przyjętych przez tą grupę norm moralnych ujętych w **kodeksie etyki zawodowej** – zbiór podstawowych zasad etyki zawodowej.

Pielęgniarki i położne podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą m. in. odpowiedzialność zawodową:

- za naruszenie zasad wykonywania zawodu,
- etyki zawodowej,
- praw pacjenta.

Pielęgniarki ponoszą odpowiedzialność prawną i moralną za realizację obowiązków zawodowych tj.:

- realizowanie opieki na możliwie najwyższym poziomie i z zastosowaniem właściwych metod,

- ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta,
- informowanie pacjenta o zakresie realizowanej opieki pielęgniarskiej,
- uzyskanie zgody pacjenta na proponowany program pielęgnowania,
- zapewnienie pacjentowi w czasie pielęgnowania warunków zachowania intymności, poszanowania wolności i godności osobistej,
- zachowanie tajemnicy zawodowej.

Zasadniczym aktem prawnym określającym odpowiedzialność pielęgniarek i położnych jest Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych, której art. 38 mówi :

„ Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami pielęgniarek i położnych za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej”.

Odpowiedzialność zawodową ponoszą pielęgniarki i położne przed organami samorządu pielęgniarek i położnych (sądami pielęgniarek i położnych) za:

- zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu
- naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej
- postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej.

Przepisy prawne dotyczące odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych można podzielić na kilka grup:

- dotyczące wykonywania zawodu (np. Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z 19 kwietnia 1991 roku, Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 5 lipca 1996 roku, Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej z grudnia 1995 roku)
- przepisy prawa powszechnego (np. Kodeks Karny, Kodeks Cywilny),
- przepisy określone przez pracodawcę (np. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 z późniejszymi poprawkami, Kodeks Pracy, regulaminy zakładowe).

Bibliografia:

- 1) Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek. Cz. I. Ustalenia terminologiczne. Pielęgniarstwo 2000. 1997, 2.
- 2) Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo ćwiczenia. PZWL, Warszawa 2001.
- 3) Damant M., Martin C., Openschow S.: Pielęgniarstwo w praktyce ogólnej. Wyd. Med. Sanmedica, Warszawa 1997.

- 4) Ksykiewicz- Dorota A., Rusecki P. (red.): Doskonalenie organizacji opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym. ABRYŚ Kraków 1996.
- 5) Ksykiewicz-Dorota A. (red.): Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wyd. CZELEJ, Lublin 2005.
- 6) Ksykiewicz-Dorota A. (red.): Organizacja pracy pielęgniarstwa. Wyd. CZELEJ, Lublin 2005.
- 7) Rogala-Pawelczyk G.: Problemy etyczno-deontologiczne w pielęgniarstwie. Warszawa 1995
- 8) Rogala-Pawelczyk G.: Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. W: Ksykiewicz-Dorota A. (red.): Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wyd. CZELEJ, Lublin 2005.
- 9) Salvage J (red.): Pielęgniarstwo w działaniu. Publikacje regionalne ŚOZ. Seria Europejska, Warszawa 1998, 48.
- 10) Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Wyd. CZELEJ, Lublin 2009.
- 11) Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dn. 19 kwietnia 1991., Dz. U. z 1996, Nr 24, poz. 10 i Nr 91, poz. 410. z późn. Zm.
- 12) Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. DZ.U. Nr 91, późn. zmianami.
- 13) Widomska- Czekajska T., Górajek - Jóźwik J.: Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. PZWŁ, Warszawa 1996.
- 14) Wrońska I.: Rola społeczno - zawodowa pielęgniarki. C E M. Warszawa 1997.

Pacjent ma swoje prawa (coraz więcej)

Dnia 24 kwietnia 2009 roku uchwalono ustawę wprowadzającą ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku. Przedstawiamy Państwu zapisy ustawy o prawach pacjenta *mające* naszym zdaniem kluczowe znaczenie dla osób wykonujących zawód medyczny. Nieznajomość tych regulacji prawnych może niestety w przykry sposób zaważyć na karierze zawodowej.

Rozdział 2

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Art. 6.

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na

kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń

3. Pacjent ma prawo *żądać*, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:

- 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
- 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).

4. Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w ust. 3, jest bezzasadne.

5. Żądanie, o którym mowa w ust. 3, oraz odmowę, o której mowa w ust. 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

6. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki (położnej).

Art. 7.

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

2. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Art. 8.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Rozdział 3

Prawo pacjenta do informacji

Art. 9.

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2.
5. Po uzyskaniu informacji, o których mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.

6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.
7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.

Art. 10.

W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.
2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych.
3. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa w ust. 1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art. 12.

Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez cen pocŁ.ilot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 4**Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych****Art. 13.**

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art. 14.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:
 - 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
3. Osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1 -3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

Rozdział 5**Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych****Art. 15.**

Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art. 16.

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 17.

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do której mowa w ust.1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponują-

cy dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.

Art. 18.

1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.
2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.
3. Przepisy art. 17 ust 2-4 stosuje się odpowiednio.

Art. 19.

Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i 18, określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Rozdział 6

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Art. 20.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Art. 21.

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 22.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma

obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.

2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

Rozdział 7

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Art. 23.

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Art. 24.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym i rozdziale oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Lekarze, pielęgniarki i położne są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 25.

Art. 25.

Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu

- świadczeń zdrowotnych;
4) datę sporządzenia.

Art. 26.

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Rozdział 8**Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza****Art. 31.**

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1.
4. W przypadku niespełnienia wymagań określonych w ust. 3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.
5. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.
6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.
7. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.
8. Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.
9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

Rozdział 9**Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego****Art. 33.**

1. Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicz-

nego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.

Art. 34.

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
2. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.

Podsumowanie:

Od 5 czerwca 2009 r. obowiązuje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Polska tym samym dołączyła do państw posiadających odrębną ustawę o prawach pacjenta oraz instytucję Rzecznika Praw Pacjenta. Zgodnie z ww. ustawą interesy osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych będzie chronić Rzecznik Praw Pacjenta wybrany w konkursie przez Ministerstwo Zdrowia i powołany przez premiera. Rzecznik Praw Pacjenta będzie mógł (ale nie musi) podjąć sprawę na wniosek zainteresowanego. Prowadząc sprawę, będzie mógł zwrócić się do właściwych organów o wyjaśnienia, informacje i dokumenty a następnie skierować wystąpienie do instytucji, która naruszyła prawa pacjenta, jak również wszcząć postępowanie cywilne (lub przystąpić do trwającego). Ustawa gwarantuje także między innymi prawo do informacji oraz dostęp do dokumentacji medycznej pacjentowi, a innym osobom np.: bliskim, jeśli pacjent je do tego upoważni. Dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci chorego nadal będzie możliwy tylko wówczas, kiedy za życia złoży on taką dyspozycję - na ręce wskazanej osoby w oświadczeniu. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że zgodnie z ustawą, pacjent ma też prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń lekarz zasięgnął opinii innej osoby wykonującej zawód medyczny lub zwołał konsylium lekarskie (ustawa pozwala jednak lekarzowi odmówić, jeśli uzna żądanie za „oczywiście bezzasadne”. Lekarz zobligowany jest do odnotowania tej odmowy w dokumentacji medycznej art. 6). Ponadto zawarte w ustawie przepisy zezwalają rodzinie (bliskim) pacjenta na przebywanie z nim podczas udzielania świadczeń medycznych, chyba że nie zezwalają na to względy epidemiologiczne lub w jakiś sposób dojdzie do narażenia zdrowia lub życia pacjenta (art. 21). W tej kwestii ostateczna decyzja pozostaje w rękach lekarza, którego obowiązkiem będzie rzetelna i bezstronna ocena sytuacji, (w przypadku odmowy lekarz musi ten fakt odnotować w dokumentacji medycznej). Należy zwrócić również uwagę na art. 20, który mówi o prawie pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczegól-

ności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (z ankiet przeprowadzanych w naszym szpitalu wynika, iż jest to powtarzający się problem wśród personelu medycznego). Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Art. 34 ustawy mówiący o prawie pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej zasługuje na indywidualne potraktowanie ponieważ szpital musi ustalić wewnętrzne wytyczne rozwiązujące ten problem, a jednocześnie zapewnić pacjentowi przysługujące prawo do dodatkowej opieki.

OŚRODEK KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA „LIDER” W ZAMOŚCIU UL. PRZEMYSŁOWA 4

Tel/fax 084 639 61 55; 639 16 64; 0601 073 408

OFERTA SZKOLENIOWA 2010

Lp.	Nazwa kursu/ specjalizacji	Planowany termin rozpoczęcia
SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE (SPECJALIZACJE)		
1	pielęgniarstwo zachowawcze <i>program dla pielęgniarek</i>	zgodnie z prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia przetargiem
2	pielęgniarstwo chirurgiczne <i>program dla pielęgniarek</i>	zgodnie z prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia przetargiem
	pielęgniarstwo operacyjne <i>program dla pielęgniarek i położnych</i>	zgodnie z prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia przetargiem
KURSY KWALIFIKACYJNE		
	Pielęgniarstwo w dziedzinie opieki długoterminowej. <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywna opieka <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo operacyjne <i>program dla pielęgniarek położnych</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo rodzinne <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo rodzinne <i>program dla położnych</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo ratunkowe <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	pielęgniarstwo psychiatryczne <i>program dla pielęgniarek</i>	grudzień 2009 - kwiecień 2010
	pielęgniarstwo onkologiczne <i>program dla pielęgniarek</i>	styczeń - maj 2010
	pielęgniarstwo zachowawcze <i>program dla pielęgniarek</i>	luty - czerwiec 2010
	pielęgniarstwo opieki paliatywnej <i>program dla pielęgniarek</i>	grudzień 2009- kwiecień 2010
	promocja zdrowia i edukacja zdrowotna <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo chirurgiczne <i>program dla pielęgniarek</i>	luty - czerwiec 2010
	Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo neonatologiczne <i>program dla położnych</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo kardiologiczne <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Pielęgniarstwo pediatryczne <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
KURSY SPECJALISTYCZNE		
1.	Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego <i>program dla pielęgniarek i położnych.</i>	styczeń- luty 2010

Lp.	Nazwa kursu/ specjalizacji	Planowany termin rozpoczęcia
2.	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych <i>program dla pielęgniarek i położnych</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
3.	Leczenie ran <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
	Leczenie ran <i>program dla pielęgniarek</i>	styczeń - marzec 2010
4.	Profilaktyka chorób piersi <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
5.	Szczepienia ochronne <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
6.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa <i>program dla pielęgniarek i położnych</i>	styczeń -luty 2010
7.	Profilaktyka chorób narządu żucia oraz pierwsza pomoc w nagłych stanach stomatologicznych u populacji w wieku szkolnym <i>program dla pielęgniarek szkolnych</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
8.	Leczenie ran <i>Program dla położnych</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
9.	Podstawy opieki paliatywnej <i>Program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
10.	Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych <i>program dla pielęgniarek i położnych</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń.
11.	Podstawy dializoterapii <i>program dla pielęgniarek</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
12.	Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego- <i>program przeznaczony dla pielęgniarek systemu PRM</i>	Z chwilą napływu kart zgłoszeń
13.	Szczepienia ochronne noworodków - <i>program dla położnych</i>	z chwilą napływu kart zgłoszeń

Osoby zainteresowane uczestniczeniem w kursach winny wypełnić **kartę zgłoszenia na kurs** i przestać ją na adres Ośrodka. Planowane terminy kursów mogą ulec przesunięciu z przyczyn niezależnych od organizatora. Na 3 tygodnie przed rozpoczęciem kursu organizator wysyła zawiadomienie o terminie kursu



STOWARZYSZENIE NA RZECZ KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

20-214 LUBLIN, ul. Montażowa 16 tel. / fax. (081) 749 60 39

Uprzejmie informuję, że Ośrodek Szkoleniowy Stowarzyszenia „NOVUM” planuje uruchomić z początkiem roku (styczeń, luty 2010)

KURSY KWALIFIKACYJNE

w następujących dziedzinach:

- 1 **PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNA OPIEKA** (program dla pielęgniarek)
- 2 **PIELĘGNIARSTWO RATUNKOWE** (program dla pielęgniarek) (dla absolwentów K/s w zakresie RKO)
- 4 **PIELĘGNIARSTWO OPERACYJNE** (program dla pielęgniarek i położnych)
- 5 **LECZENIE RAN - KURS SPECJALISTYCZNY** (program dla pielęgniarek i położnych)

Ośrodek dysponuje jeszcze wolnymi miejscami na w/w szkolenia

Serdecznie zapraszamy do składania wniosków zgłoszeniowych.

OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE

Al. Raclawickie 1, 20-059 Lublin
tel. (081) 528-84-00 <http://www.umlub.pl/>

OFERTA SZKOLENIOWA 2010 r.

Nabór na specjalizacje:

Dziedzina	Nabór
-Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek (program skrócony)	otwarty
-Pielęgniarstwo diabetologiczne - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo epidemiologiczne - dla pielęgniarek i położnych	otwarty
- Pielęgniarstwo ginekologiczne - dla położnych (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo kardiologiczne - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo neonatologiczne - dla pielęgniarek i położnych(program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo neurologiczne - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo onkologiczne - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej - dla pielęgniarek(program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo operacyjne - dla pielęgniarek (program pełny i skrócony)	otwarty
- Pielęgniarstwo pediatryczne - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo położnicze - dla położnych (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo psychiatryczne - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo ratunkowe - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo rodzinne - dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
- Pielęgniarstwo rodzinne - dla położnych (program pełny)	otwarty
-Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących – dla pielęgniarek (program pełny)	otwarty
-Promocja zdrowia i edukacja zdrowia - dla pielęgniarek(program pełny)	otwarty
- Organizacja i zarządzanie - dla pielęgniarek i położnych (program pełny)	otwarty

Nabór na kursy kwalifikacyjne:

Tytuł kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia	Cena
- Pielęgniarstwo anestezyjologicznieintensywnej opieki – dla pielęgniarek	z chwilą napływu zgłoszeń	do 1400,- zł
- Pielęgniarstwo operacyjne - dla pielęgniarek i położnych	z chwilą napływu zgłoszeń	do 1400,- zł
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – dla pielęgniarek	Kwiecień 2010 r.	do 1400,- zł
- Pielęgniarstwo ratunkowe (dla absolwentów kursu RKO) – dla pielęgniarek	Marzec 2010 r.	do 1400,- zł

Nabór na kursy specjalistyczne:

Tytuł kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia	Cena
Endoskopia – dla pielęgniarek	luty 2010 r.	do ustalenia
Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia do szpikowego - dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego	styczeń 2010 r.	do ustalenia
Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i porodu – dla położnych	wrzesień 2010 r.	do ustalenia
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – dla pielęgniarek i położnych	maj 2010 r.	do ustalenia
Szczepienia ochronne – dla pielęgniarek	z chwilą napływu zgłoszeń	do ustalenia
Terapia bólu przewlekłego u dorosłych – dla pielęgniarek i położnych	z chwilą napływu zgłoszeń	do ustalenia
Wykonanie badania spirometrycznego – dla pielęgniarek	z chwilą napływu zgłoszeń	do ustalenia
Wykonanie i interpretacja zapisu EKG – dla pielęgniarek i położnych	kwiecień 2010 r.	do ustalenia
Wykonywanie i ocena testów skórnych – dla pielęgniarek	październik 2010 r.	do ustalenia

Uruchomienie kursów jest uzależnione od ilości chętnych, a w przypadku specjalizacji
- od uzyskania dotacji Ministra Zdrowia.

Do w/w form kształcenia Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu udziela dofinansowania w wysokości:

- kursy dokształcające – 50 % kosztów do ogólnej opłaty
- kursy specjalistyczne – 50 % kosztów do ogólnej opłaty
- kursy kwalifikacyjne – 60 %
- specjalizacja – 50 % - kosztów ogólnej opłaty - jeżeli jest dofinansowanie z budżetu państwa
- 70 % kosztów ogólnej opłaty- jeżeli nie ma dofinansowania z budżetu państwa

W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt z biurem OIPI w Zamościu tel. 84-639-31-97 lub 84 639-07-06

Informacja z konferencji nt. "Holistyczne położnictwo – nowe wyzwania w opiece nad matką i dzieckiem „

W dniach 19-20 listopada 2009 roku odbyła się w Warszawie XV Konferencja Szkoleniowa Fundacji **Rodzić po ludzku**

Holistyczne położnictwo – nowe wyzwania w opiece nad matką i dzieckiem „**Główne tematy konferencji to :**

- opieka położnych w Danii, fakty i mity holenderskiego położnictwa, ciąża, poród i rozwój dziecka w pierwszym roku życia, a integracja sensoryczna, znaczenie jakości narodzin w świetle wybranych badań , różnice w położnictwie położnych położników, dyskusja nt. standardów opieki okołoporodowej.

Narodziny i pierwsze godziny po porodzie determinują losy nowonarodzonego człowieka , a przebieg porodu i rodzaj opieki może decydować o tym, jak przeżywać będzie macierzyństwo jego matka, dlatego tak ważna jest całościowa holistyczna opieka nad matką i dzieckiem .

Model holistyczny przeciwstawny jest dominującemu dotąd modelowi biologiczno- medycznemu. Nowe spojrzenie na poród oparte jest na najnowszej wiedzy naukowej z wielu dziedzin i praktyce doświadczonych położnych i lekarzy.

W modelu holistycznym dba się o zapewnienia bezpieczeństwa medycznego i o to aby poród był satysfakcjonujący dla kobiety, aby były respektowane potrzeby rodzącej, szacunek do porodu oraz powstrzymanie się od niepotrzebnej ingerencji.

Narodziny wg tego modelu są przeżyciem fizycznym, duchowym rodzinnym i społecznym.

Model holistyczny i szacunek dla narodzin dobrze znany jest położnym holenderskim. Holenderski i duński system opieki położniczej przybliżyły polskim położnym Marta Orbis (położna) oraz Thea van Tuny Hannie Oor (instruktorki szkoły rodzenia). Holenderki mogą rodzić w domu, szpitalu albo domu narodzin, mogą wybrać osobę towarzyszącą przy porodzie , pozycję do porodu, opiekę lekarza lub położnej. Położne są dobrze przygotowane zawodowo oraz szkolone specjalnie do towarzyszenia kobiecie w porodzie domowym. Położnym pomagają pielęgniarki środowiskowe . Poród w domu jest bezpieczny, w razie nieprawidłowości rodząca jest przewożona do szpitala (odległości do szpitali są niewielkie) > w Holandii wiele kobiet decyduje się na poród domowy

ze względu na płynące z niego korzyści:

- mniej interwencji medycznych
- spokojna atmosfera domowa

Brak mikroorganizmów szpitalnych co zmniejsza ryzyko infekcji.

Porody domowe mają swoją tradycję . T w jaki sposób przychodzimy na świat , wpływa na całe nasze Życie . Narodziny są trudnym doświadczeniem zarówno dla matki jak i dziecka . Sposób w jaki postępujemy asystując kobiecie, ma również wpływ na jakość narodzin. O tym że narodziny kształtują dalsze Życie oraz co czuje dziecko w trakcie porodu przedstawiły w świetle wybranych badań dr n med. B. Baranowska (położna) oraz mgr U. Kubicka – Kraśzyńska – socjolog.

Teorię integracji sensorycznej przedstawiła mgr M. Ślifirska – fizjoterapeuta , psycholog . Dzięki prawidłowej integracji sensorycznej zachowujemy się adekwatnie do sytuacji i bez dobrej integracji ciężko jest się uczyć , , radzić sobie z wyzwaniami dnia codziennego i ze stresem.

Ciąża , poród fizjologiczny i prawidłowy rozwój w pierwszym roku życia dostarczają wszelkiej potrzebnej stymulacji układów zmysłów. Niedostatek takiej stymulacji może prowadzić do zaburzeń integracji sensorycznej.

Różnice w położnictwie położnych i położników przybliżyła dr K. Korzel- psycholog. Obszar kompetencji tych dwóch zawodów jest różny , ale powinny opierać się na relacjach partnerskich i na prawidłowy, traktowaniu kobiety. Zadaniem położnej powinno być wspieranie kobiety w fizjologicznej ciąży, porodzie i pociu.

Powołaniem lekarza jest wykrywanie i leczenie patologii.

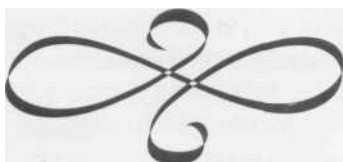
Model opieki położniczej oparty na samodzielności położnych daje istotne korzyści dla ciężarnych , rodzących , lekarzy, położnych i społeczeństwa , ale czy jest możliwe do wdrożenia w warunkach polskich.

Na to pytanie próbowali odpowiedzieć profesjonaliści, którzy przygotowali projekt standardu opieki okołoporodowej. Standard ma być w najbliższym czasie ogłoszony przez ministerstwo zdrowia i realizowany w praktyce.

Opracowała
Położna specjalistka
Małgorzata Tchórzewska



Uczestnicy wycieczki złożyli wiązkę na cmentarzu wojennym na Monte Cassino.



Serdecznie dziękujemy Pani Danusi Łosiewicz

*koleżance pielęgniarki SP ZOZ w Biłgoraju
za zorganizowanie wycieczki do Włoch. Pani
Danuta okazała się znakomitą organizatorką,
wspaniałą duchową przewodniczką, która
z humorem i dużą znajomością rzeczy
zaprezentowała nam ciekawe
zakątki Włoch (Asyż, Rzym, Loretto, Wenecję)
i zaraziła nas pasją zwiedzania.
Serdecznie dziękujemy i
polecamy się pamięci na przyszłość.*

Pielęgniarki i Położne uczestniczące w wycieczce do Włoch



Uczestnicy wycieczki odwiedzili grób Ojca Pio.

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
Czynne:

Poniedziałek - Piątek: w godzinach 8.00 -16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:
dyżury w drugą i czwartą środę miesiąca

mgr Alicja Makuch pod nr. Tel. 084-664-44-22-40

mgr Halina Raczkiewicz pod nr tel. 084-664 -44-11 wew. 497

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Zamościu: dyżur w
biurze OIPiP w Zamościu - każdy I Wtorek miesiąca w
godzinach 14.00 - 16.00 - Elżbieta Hałas tel. 084-639-31-97

"Informator" wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadza-
ny 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.