

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00–17.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 315

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062
mgr Elżbieta Zapieraczyńska – 42 639 92 62

Biblioteka OIPiP

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00
piątek: 10.00–15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;
piątek: 8.30–12.00
tel. 42 639 92 76

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 11

TEMAT MIESIĄCA 15

PRAKTYKA ZAWODOWA 20

PODZIĘKOWANIA 23

POŻEGNANIA 24

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42 633 69 63 w. 315; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

OD REDAKCJI

Drodzy Czytelnicy,

za nami już dwa miesiące roku 2014, miesiące zimowe choć było niewiele dni prawdziwej aury zimowej, to i tak jednak każdy z nas miał pesymistyczny nastrój jak to zwykle bywa w tym czasie.

Okres zimowy powoli się kończy i zbliża się wiosna, pora roku, w której budzi się przyroda, ale i każdy człowiek nabiera większej motywacji do działania. Wiosna dodaje energii i chęci do każdego dobrego czynu i pozytywnego myślenia. To dobry czas by zastanowić się nad codziennymi motywacjami, by spojrzeć we własne wnętrze i zaplanować swoje działania na dalszą część roku.

Marzec to nie tylko początek wiosny, to miesiąc, który kojarzy nam się z Dniem Kobiet – choć obchodzony jest obecnie znacznie skromniej niż dawniej, to jednak wiele osób o nim pamięta. Wyręczony paniom kwiatek pomaga na samodoskonalenie, niejedna smutna i przygnębiona kobieta uśmiechnie się na widok czerwonego tulipana. Nie chodzi tu o drogie prezenty, ale o gest życzliwości i docenienie ciężkiego kobiecego losu.

Ten dzień jest ważny również dla nas pielęgniarek i położnych, bo to głównie kobiety, które czasami pracują ponad swoje siły, to osoby które zrobią coś z niczego, są zawsze tam, gdzie ktoś je potrzebuje. W zmieniającej się obecnie rzeczywistości w naszych placówkach to na pielęgniarki i położne nakłada się ciągle nowe obowiązki, bo sobie poradzą, skoro często wszystko wykonują ponad własne siły i nieraz nie swoje zadania. Jak pisze Wiesława Szymborska w swoim wierszu „Portret kobiety...”: *śłaba, ale udźwignie..., nie wie co to śrubka a zbuduje most...*

Wiersz ten dedykujemy wraz z życzeniami dla wszystkich kobiet, a w szczególności dla pielęgniarek i położnych, by pokazać, jak ważne są dla całej działalności ochrony zdrowia, społeczeństwa i własnych rodzin.

Na koniec zachęcam do lektury przedstawionych w numerze marcowym opinii i artykułów, które pozwolą przypomnieć, nam jakie bardzo odpowiedzialne i ważne mamy zadania do wykonania. (J.G.)



Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

ORPiP (11 lutego 2014 r.)

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 8 pielęgniarek.

► Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.

► Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.

► Przyjęto oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony – 2 pielęgniarek.

► Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek i 3 praktyki położnych, wykonywane w przedsiębiorstwie.

► Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 1 praktykę specjalistyczną pielęgniarki.

► Zatwierdzono plan kontroli na 1 półrocze 2014 r. – trzech organizatorów kształcenia podyplomowego wpisanych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – dotyczących 2 kursów kwalifikacyjnych i 3 kursów specjalistycznych.

► Wystąpiono z wnioskiem do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o zwołanie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu celem zmiany Uchwały Nr 19 VI KZPiP z dnia 7 grudnia 2014 r. dotyczącej wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału (zmniejszenia wysokości opłacanej składki).

► Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: szkoleniach specjalizacyjnych – 5 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 16 osobom, kursach specjalistycznych – 8 osobom, w tym uwzględniono 1 odwołanie od decyzji odmownej.

► Zatwierdzono:

• koszty udziału 3 członków Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu ORPiP w Łodzi w XII Kongresie Pielęgniarek Polskich w Krakowie w terminie 12–14 czerwca 2014 r.

• wyrażono zgodę na udział dwóch pielęgniarek w 2 kursach specjalistycznych organizowanym w zakładzie a finansowanym z budżetu ORPiP w Łodzi.

• wpisano cztery zakłady na listę oczekujących na realizację kursów w zakładzie, po zrealizowaniu zatwierzonego planu szkoleń w budżecie ORPiP na rok 2014.

• dokonano korekty w uchwale w zakresie liczby szkoleń specjalizacyjnych w planie ORPiP w Łodzi na rok 2014 – w roku 2014 zaplanowano zorganizowanie 5 szkoleń, w tym 5 w ramach umowy z MZ, 2 szkolenia z budżetu ORPiP oraz 2 dziedziny jako szkolenia rezerwowe.

• przyjęto zmiany korygujące do wniesienia do regulaminu ORPiP na Okręgowym Zjeździe, w dniu 28 lutego 2014 r.

• powołano skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego w zakresie Wykonania

i interpretacji zapisu elektrokardiologicznego (Nr 03/07), program dla pielęgniarek i położnych, organizowany w zakładzie w Łodzi, który jest finansowany z budżetu ORPiP w Łodzi.

• kadre dydaktyczną dla 8 edycji kursów i szkoleń organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi.

• wyrażono zgodę na objęcie honorowym patronatem Konferencji „Rola pielęgniarki i położnej w opiece i pielęgnacji matki i dziecka – prawne aspekty zawodu” w Łodzi w dniu 15 lutego 2014 r.

► Wytypowano przedstawicieli do komisji kwalifikacyjnej odbywających się u organizatora kształcenia podyplomowego w Łodzi, dla 4 kursów kwalifikacyjnych, w tym 3 programy dla pielęgniarek i 1 program dla położnych.

► Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w 1 zakładach – 5 pielęgniarek oddziałowych i 4 ordynatorów. ■

oprac. Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP



Rejestr działalności leczniczej

Zgodnie z art. 25 ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013.217-j.t.) pielęgniarki, położne wykonujące zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną bądź grupową praktykę mają od dnia 1 stycznia 2012 r. obowiązek posiadania umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi 30 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń – § 3 ust. 1 pkt 5 i 6 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293 poz. 1729).

W związku z powyższym prosimy o niezwłoczne nadesłanie kopii polisy dotyczącej zawarcia ww. ubezpieczenia oraz każdej następnej do działu rejestru. Jednocześnie informujemy, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszystkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania.

W przypadku nie zgłoszenia przez podmiot wykonujący działalność leczniczą zmian danych objętych wpisem do rejestru okręgowa rada pielęgniarek i położnych może, w drodze decyzji administracyjnej nałożyć na ten podmiot karę pieniężną w wysokości dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę (art. 107 ust. 2 ww. ustawy).

Miesięczna składka członkowska, która w przypadku osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej w roku 2014 wynosi 40 zł 04 gr.

Dział szkoleń

Informujemy, iż są wolne miejsca na następujących kursach kwalifikacyjnych organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w 2014 roku, w dziedzinie: **Pielęgniarstwo operacyjne**, program dla pielęgniarek i położnych, **Organizacja i zarządzanie**, program dla pielęgniarek i położnych, **Pielęgniarstwo epidemiologiczne**, program dla pielęgniarek i położnych, **Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących**, program dla pielęgniarek, **Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania**, program dla pielęgniarek.

Na kursach specjalistycznych w zakresie: **Podstaw dializoterapii** (Nr 08/09), program dla pielęgniarek, **Leczenie ran** (Nr 12/07), program dla położnych, **Szczepienia ochronne u noworodków** (Nr 04/08), program dla położnych, **Poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej**, program dla położnych, **Profilaktyka chorób piersi** (Nr 07/07), program dla pielęgniarek, **Wykonanie badania spirometrycznego**, program dla pielęgniarek, **Wykonywanie i ocena testów skórnych**, program dla pielęgniarek, **Resuscytacja krążeniowo oddechowa noworodka** (Nr 01/07), program dla pielęgniarek i położnych, **Terapia bólu przewlekłego u dorosłych** (Nr 06/07), program dla pielęgniarek i położnych, **Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przężnej oraz wykoanie dojścia doszpikowego** (Nr 05/08), program dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

Osoby zainteresowane udziałem proszone są o złożenie czytelnie wypełnionych kart zgłoszeń na wybrany kurs (na drukach opracowanych przez ORPiP), które należy dostarczyć do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy biura. Liczba miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń.

**Uchwała Nr 862/VI
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 8 października 2013 r.**

w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego

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

§ 1. 1. Z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi może być dofinansowany udział członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego organizowanych przez uprawnione podmioty, a program wybranego kształcenia ma związek z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej.

2. Na zasadach określonych w niniejszej uchwale członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mogą uzyskać również pełne sfinansowanie udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego.

3. Jeżeli organizatorem określonej formy kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego jest podmiot inny niż OIPiP w Łodzi, dofinansowanie oraz pełne sfinansowanie na zasadach określonych w niniejszej uchwale może zostać przyznane wyłącznie wtedy, gdy ta sama forma kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego nie jest w danym roku kalendarzowym organizowana przez OIPiP w Łodzi.

4. Ze świadczeń określonych niniejszą uchwałą mogą korzystać wyłącznie osoby, które w chwili złożenia wniosków, o których mowa w § 4 ust. 1 i § 8 ust. 1, pozostają członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi nieprzerwanie od co najmniej dwóch lat.

§ 2. 1. Wysokość funduszu przeznaczonego na dofinansowanie lub pełne sfinansowanie udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego określa na każdy rok kalendarzowy uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

2. Przez formy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych rozumie się:

- 1) szkolenie specjalistyczne,
 - 2) kurs kwalifikacyjny,
 - 3) kurs specjalistyczny,
 - 4) kurs dokształcający.
3. Przez formy doskonalenia zawodowego rozumie się:
- 1) konferencje, zjazdy, sympozja, seminaria,
 - 2) inne formy kształcenia (np. szkolenia i kursy doskonalące), mające związek z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej w rozumieniu art. 4 ust. 2 i art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) oraz zakresem zadań zawodowych wnioskodawcy.

§ 3. 1. Ze świadczeń określonych niniejszą uchwałą mogą korzystać wyłącznie członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi:

1) którzy regularnie opłacają składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, minimum przez okres dwóch lat poprzedzających złożenie wniosku (data wpływu do biura OIPiP),

2) pielęgniarki i położne bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, przebywające na urloпах wychowawczych, pobierające zasiłek rehabilitacyjny (§ 4 pkt 1 i 2 Uchwały Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r.), jeśli przed uzyskaniem prawa zwolnienia z obowiązku płacenia minimum przez okres 2 lat regularnie odprowadzały składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

2. Przez regularne opłacanie składki członkowskiej rozumie się comiesięczne przekazanie wpłaty na konto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. 1. Dofinansowanie udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego może być przyznane wyłącznie na podstawie indywidualnego, kompletnego, poprawnie, dokładnie i czytelnie wypełnionego wniosku osoby zainteresowanej, którego wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, muszą być dołączone:

- 1) oryginał zaświadczenia od organizatora szkolenia potwierdzającego dokładną liczbę dni uczestnictwa w szkoleniu, kursie lub danej formie doskonalenia zawodowego (w przypadku braku potwierdzenia na wniosku),
- 2) oryginalne rachunki, faktury wystawione na wnioskodawcę przez uprawniony podmiot potwierdzające poniesione koszty a w przypadku egzaminu państwowego wymagane jest zaświadczenie z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych o dokonanej wpłacie za egzamin.
- 3) zaświadczenia o ukończeniu kursów lub specjalizacji w formie kserokopii, potwierdzonej za zgodność z oryginałem,
- 4) zaświadczenie potwierdzające fakt udzielenia urlopu wychowawczego, bądź pobierania zasiłku rehabilitacyjnego, bądź zaświadczenie z rejonowego urzędu pracy o zarejestrowaniu jako bezrobotna/y.

3. Wniosek o dofinansowanie może być złożony wyłącznie po zakończeniu określonej formy kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego.

Wniosek wraz z kompletem załączników należy składać osobiście lub drogą pocztową w Okręgowej Izbie Pielęgniarek

i Położnych w Łodzi w nieprzekraczalnym terminie 60 dni (decyduje data wpływu do biura OIPiP) od zakończenia szkolenia potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji zgodnie z programem kształcenia (daty egzaminu końcowego).

4. Wnioski będzie rozpatrywać i określać wysokość dofinansowania Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

5. Wnioski złożone bez wszystkich wymaganych załączników lub z innych przyczyn niekompletne, jak również wypełnione nieczytelnie lub niedokładnie, pozostawiane będą bez rozpoznania. Uzupełnienie wniosku jest możliwe o ile zostanie zachowany termin, o którym mowa w § 4 ust. 3 albo § 8 ust. 7.

§ 5. Członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mogą otrzymać dofinansowanie kosztów kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego, za udział w:

- 1) szkoleniu specjalistycznym – jeden raz na pięć lat,
- 2) jednej z pozostałych form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 2–4 i § 2 ust. 3 – jeden raz w roku kalendarzowym, przy czym o możliwości ubiegania się o dofinansowanie decyduje data zakończenia danej formy kształcenia i doskonalenia zawodowego (niezależnie od daty złożenia wniosku).

§ 6. Dofinansowanie może obejmować koszty:

1) **uczestnictwa** (opłata za udział w zajęciach) – zgodnie z przedstawionymi fakturami lub rachunkami oraz – w przypadku egzaminu państwowego – zgodnie z zaświadczeniem z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych o dokonanej wpłacie za egzamin.

2) **dojazdu** (bez przejazdu środkami komunikacji miejskiej) – na podstawie biletów, a w przypadku ich braku na podstawie wypełnionego oświadczenia o przejeździe na danej trasie – PKP II klasa, PKS (BUS) (na druku wniosku). Warunkiem dofinansowania kosztów dojazdu jest udział wnioskodawcy w zajęciach odbywających się poza miejscowością zamieszkania i/lub zatrudnienia.

3) **zakwaterowania** – na podstawie faktury, rachunku za nocleg, wystawionego na wnioskodawcę przez uprawniony podmiot.

§ 7. 1. Wysokość dofinansowania może wynosić:

- 1) za **uczestnictwo**, w:
 - a) szkoleniu specjalistycznym – 50%, jednak nie więcej niż do kwoty 1000 złotych,
 - b) kursie kwalifikacyjnym – 50%, jednak nie więcej niż do kwoty 300 złotych,
 - c) kursie specjalistycznym, dokształcającym – 50% kosztów, jednak nie więcej niż do kwoty 100 złotych,
 - d) formie doskonalenia zawodowego, o której mowa § 2 ust. 3 pkt 2 (np. szkolenia i kursy doskonalące) – 50 % kosztów, nie więcej niż do kwoty 50,00 złotych.
- 2) za **dojazd** na:
 - a) szkolenie specjalistyczne – 50% kosztów dojazdu, jednak nie więcej niż do kwoty 700,00 złotych,

b) kurs kwalifikacyjny, specjalistyczny, dokształcający – 50% kosztów dojazdów, jednak nie więcej niż do kwoty 500,00 złotych,

c) jedną z form doskonalenia zawodowego, o której mowa § 2 ust. 3 pkt 2 – 50% kosztów, nie więcej niż do kwoty 50,00 złotych.

3) za zakwaterowanie we wszystkich formach kształcenia podyplomowego oraz formach doskonalenia zawodowego, o której mowa § 2 ust. 3 pkt 2 – 50% kosztów zakwaterowania, nie więcej niż do kwoty 100,00 zł za dobę.

2. Wysokość dofinansowania form doskonalenia zawodowego, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt 1 (konferencje, zjazdy, sympozja, seminaria) wynosi 50% poniesionych łącznie kosztów (tytułem uczestnictwa, zakwaterowania, dojazdu), nie więcej jednak niż do kwoty 400,00 złotych.

§ 8. 1. Pełne sfinansowanie udziału w konferencjach, zjazdach, sympozjach, seminariach, lub innych formach doskonalenia zawodowego, o których mowa w § 2 ust. 3, mogą otrzymać wyłącznie osoby skierowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na wniosek:

- a) organu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
- b) komisji lub zespołu problemowego,
- c) osoby lub osób zainteresowanych udziałem czynnym.

Wniosek w sprawie skierowania i pełnego sfinansowania udziału w konferencji, zjeździe, sympozjum, seminarium i innych formach doskonalenia zawodowego, stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

2. Decyzję w sprawie pełnego sfinansowania kosztów podejmuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie uchwały.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, musi być złożony nie później niż 14 dni przed datą rozpoczęcia konferencji itd. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

4. Osoby skierowane do udziału w konferencji, zjeździe, sympozjum, seminarium, lub innej formie doskonalenia zawodowego, które biorą czynny udział, zobowiązane są do:

- a) przygotowania i zaprezentowania na konferencji, zjeździe, sympozjum, seminarium, referatu lub innej prezentacji z tematyki związanej z programem, z wyraźnym wskazaniem, że prelegent występuje jako przedstawiciel Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (tzw. uczestnictwo czynne).
- b) przekazania referatu lub innej prezentacji (materiałów) do OIPiP w Łodzi, w ciągu 14 dni od zakończenia konferencji, zjazdu, sympozjum, seminarium.

5. Osoby skierowane do udziału w konferencji, zjeździe, sympozjum, seminarium, lub innej formie doskonalenia zawodowego, które nie biorą czynnego udziału są zobowiązane do przygotowania informacji, w ciągu 14 dni od zakończenia – sprawozdania z udziału do Biuletynu OIPiP.

6. Ostateczne rozliczenie kosztów pełnego sfinansowania nastąpi po przedstawieniu dokumentów potwierdzających poniesione koszty – zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszej uchwały (rozliczenie poniesionych kosztów w związku z uczestnictwem w konferencji, zjeździe sympozjum, seminarium lub innej formie doskonalenia zawodowego).

7. Przedstawienie załącznika nr 3, wraz ze wszystkimi załącznikami, powinno nastąpić w ciągu 30 dni od zakończenia danej formy doskonalenia zawodowego. Odpowiednie zastosowanie znajduje się § 6 pkt 2 zd. 2.

§ 9. 1. Kwota pieniężna, przyznana w ramach dofinansowania lub pełnego sfinansowania może być odebrana w kasie OIPIP lub przekazana na podany numer konta.

2. W przypadku nie wskazania konta bankowego, na który mają zostać przelane środki, kwota pieniężna przyznana w ramach dofinansowania powinna być przez wnioskującego odebrana najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od dnia zawiadomienia o podjęciu uchwały o przyznaniu dofinansowania, a kwota wynikająca z ostatecznego rozliczenia pełnego sfinansowania – w ciągu 30 dni od złożenia w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi załącznika nr 3.

3. Bezskuteczny upływ powyższego terminu powoduje wygaśnięcie roszczenia o wypłatę przyznanych środków.

§ 10. 1. O podjętych decyzjach wnioskodawcy będą zawiadamiani na piśmie, w ciągu 14 dni od podjęcia decyzji przez uprawniony organ.

2. W przypadku decyzji odmownej wnioskodawcy przysługuje prawo odwołania do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, w ciągu 14 dni od dnia otrzymania odpowiedzi.

3. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu. Od uchwały w przedmiocie odwołania nie przysługuje odwołanie.

§ 11. 1. W przypadku powzięcia wątpliwości, czy wnioskodawca załączył do wniosku o indywidualnego o dofinansowanie (załącznik nr 1) lub rozliczenia poniesionych kosztów (załącznik nr 3) prawdziwe dokumenty i informacje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium OIPIP wezwie wnioskodawcę do złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień w określonym zakresie, ewentualnie przedstawienia określonych dokumentów, wyznaczając odpowiedni termin, nie krótszy niż siedem dni.

2. W przypadku nie przedstawienia wyjaśnień w terminie, o którym mowa w ust. 1, jak również w przypadku stwierdzenia, że wnioskodawca załączył do wniosku nieprawdziwe dokumenty i informacje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium OIPIP w Łodzi uprawnione jest do podjęcia decyzji o odmowie przyznania dofinansowania.

3. Jeżeli okaże się, że dofinansowanie lub pełne sfinansowanie zostały przyznane na podstawie nieprawdziwych informacji i dokumentów, podlega ono natychmiastowemu zwrotowi w całości wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od daty

wypłaty. Uchwałę w tym przedmiocie podejmuje Okręgowa Rada w Łodzi. Od podjętej uchwały nie służy odwołanie.

§ 12. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej uchwale decyzję podejmować będzie Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

§ 13. Do dofinansowania wszelkich form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego rozpoczętych do dnia 31 grudnia 2013 r., jak również do wniosków o pełne dofinansowanie złożonych do dnia 31 grudnia 2013 r. stosuje się zasady określone w Uchwale Nr 435/VI OIPIP w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego.

§ 14. Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc Uchwała:

1) Nr 435/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego.

2) załącznik nr 1 Uchwały Nr 492/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2012 r. w sprawie wprowadzenia zmian korygujących do Uchwały Nr 435/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego oraz Uchwały Nr 437/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

3) Nr 693/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 kwietnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia zmian korygujących do Uchwały Nr 435/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego.

§ 15. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i ma zastosowanie do wszelkich form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego rozpoczętych od dnia 1 stycznia 2014r. oraz do wniosków w przedmiocie pełnego sfinansowania złożonych od dnia 1 stycznia 2014 r. ■

Sekretarz OIPIP Maria Kowalczyk	Skarbnik OIPIP Maria Cianciara	Przewodnicząca OIPIP Agnieszka Kałużna
------------------------------------	-----------------------------------	---

Uchwała Nr 908/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2013 r.

w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Na podstawie art. 31 pkt 1, 4 i 5 w związku z art. 4 ust. 2 pkt 15 i art. 11 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Fundusz przeznaczony na zapomogi dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi stanowią środki finansowe pochodzące ze składek członkowskich. Wysokość funduszu określana jest corocznie w uchwale budżetowej Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

2. Użyte w uchwale określenia oznaczają:

1) OIPIP – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

2) ORPIP – Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

3) PORPIP – Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

4) **Zapomoga** – doraźna, bezzwrotna pomoc finansowa w postaci jednorazowego świadczenia pieniężnego mającego na celu poprawę sytuacji finansowej członka samorządu.

5) **Zapomoga nieopodatkowana** – wysokość zapomogi nie przekracza kwoty określonej w art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361).

6) **Zapomoga opodatkowana** – zapomoga w wysokości powyżej kwoty określonej w art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361).

7) **Zdarzenie losowe** – zdarzenie nagłe, które wystąpiło niespodziewanie, było niemożliwe do przewidzenia i uniknięcia (nawet przy zachowaniu należytej ostrożności), np.: nagła choroba członka samorządu (pod warunkiem, że wymaga złożonego i kosztownego leczenia, znacznych dodatkowych nakładów finansowych wynikających m.in. z konieczności zastosowania leków nie w pełni refundowanych, dodatkowych środków zaopatrzenia medycznego, specjalnej diety, suplementów, rehabilitacji, leczenia chorób współistniejących, itp.), nieszczęśliwe wypadki powodujące uszczerbek na zdrowiu członka samorządu, pożar, zawalenie budynku, upadek drzew, urządzeń technicznych powodujących uszkodzenie mienia, wybuch gazów, zalanie wodą, klęski żywiołowe (np. powódź, trzęsienie ziemi, zapadanie lub usuwanie ziemi, trąba powietrzna, huragan, gradobicie). Zdarzeniem losowym może być również działanie innego człowieka na szkodę.

Wskazane powyżej wyliczenie ma charakter wyłącznie przykładowy i nie stanowi katalogu zamkniętego.

Za zdarzenia losowe nie mogą być jednak uznane skutki działań lub zaniedbań samego poszkodowanego.

Za zdarzenia losowe nie są uznawane choroby nagłe osób niebędących członkami samorządu lub nieszczęśliwe wypadki powodujące uszczerbek na zdrowiu innych osób niż członkowie samorządu.

8) **Choroba długotrwała** – choroba członka samorządu z medycznego punktu widzenia uznawana jako przewlekła, jeżeli wymaga złożonego i kosztownego leczenia, znacznych dodatkowych nakładów finansowych wynikających m.in. z konieczności zastosowania leków nie w pełni refundowanych, dodatkowych środków zaopatrzenia medycznego, specjalnej diety, suplementów, rehabilitacji, leczenia chorób współistniejących, itp.

9) **Członek rodziny** – pozostający z członkiem samorządu we wspólnym gospodarstwie domowym: mąż, żona, dziecko (w rozumieniu dziecko uczące się do 25 roku życia oraz dziecko niezdolne do samodzielnej egzystencji bez względu na wiek, niepełnosprawność w znacznym stopniu, ubezwłasnowolnienie) oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu (konkubent).

§ 2. 1. Zapomogę mogą otrzymać jedynie osoby, które:

1) w dniu składania wniosku pozostają członkami OIPIP przez okres nieprzerwanie minimum dwóch lat.

2) regularnie odprowadzają składki członkowskiej na konto OIPIP przez okres, co najmniej dwóch lat:

przed złożeniem wniosku,

przed uzyskaniem prawa zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, jeżeli takie zwolnienie wynika z Uchwały Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Przez regularne opłacanie składki członkowskiej rozumie się comiesięczne przekazanie wpłaty na konto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Zapomoga może być przyznana jedynie członkowi OIPIP w Łodzi, który znalazł się w trudnej sytuacji materialnej w związku ze zdarzeniem losowym lub długotrwałą chorobą, o ile zaistnienie zdarzenia losowego lub długotrwałej choroby spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości jego gospodarstwa domowego.

**Wnioski o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym i doskonaleniu zawodowym dostępne są:**

**na stronie internetowej: www.oipp.lodz.pl/szkolenia
oraz w biurze OIPIP w Łodzi**

3. Wysokość zapomogi ustala się w granicach określonych w załączniku nr 2 do niniejszej uchwały, przy uwzględnieniu sytuacji majątkowej osoby, której zapomoga ma zostać przyznana, jak również charakteru zdarzenia uzasadniającego udzielenie pomocy.

§ 3. 1. Zapomoga z tytułu zdarzenia losowego może być przyznawana jeden raz w roku kalendarzowym. W przypadku małżeństwa lub osób pozostających we wspólnym pożyciu (dwóch członków samorządu), każdy z małżonków może otrzymać zapomogę z tytułu różnych zdarzeń. Z tytułu tego samego zdarzenia zapomogę może otrzymać tylko jedno z małżonków lub osób pozostających we wspólnym pożyciu.

2. W przypadku jednoczesnego występowania u członka samorządu dwóch lub więcej chorób długotrwałych, przysługuje tylko jedna zapomoga.

Kolejna zapomoga z tytułu choroby długotrwałej nie może zostać przyznana przed upływem 24 miesięcy od dnia przyznania poprzedniej zapomogi z tego tytułu.

Wymóg, o którym mowa w § 4 ust. 1, w tym przypadku nie ma zastosowania.

3. Zapomoga może być przyznana na wniosek:

1) członka samorządu OIPIP w Łodzi, który zainteresowany jest otrzymaniem zapomogi,

2) pełnomocnika ORPIP w Łodzi w zakładzie, lub współpracownika osoby, której dotyczy wniosek, w sytuacji gdy uznają, że osoba zainteresowana nie wystąpi o pomoc samodzielnie.

Warunkiem otrzymania zapomogi jest:

1) złożenie wniosku (wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały),

2) załączanie do wniosku zaświadczeń o dochodach (netto) wnioskodawcy oraz osób pozostających z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym, za okres 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, ze wszystkich źródeł dochodów.

W przypadkach, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2, we wniosku należy szczegółowo opisać sytuację majątkową osoby, której wniosek dotyczy, zgodnie z wiedzą osób składających wniosek, jak również wskazać, dla czego złożenie wniosku przez osobę, która ma otrzymać zapomogę, nie jest możliwe.

3) dołączenie do wniosku innych dokumentów uzasadniających przyznanie zapomogi:

a) zaświadczeń lekarskich, kart leczenia, faktur, rachunków dotyczących zdarzenia, protokołów z policji, zdjęć, aktu zgonu, itp.

b) zaświadczenia potwierdzającego fakt zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej, a w szczególności o przebywaniu na urlopie wychowawczym lub pobieraniu zasiłku rehabilitacyjnego albo zaświadczenie z rejonowego urzędu pracy o zarejestrowaniu jako bezrobotna/y.

§ 4. 1. Jeżeli podstawą ubiegania się o zapomogę jest zdarzenie losowe, wniosek wraz z dokumentami wskazanymi w § 3 ust. 4 należy złożyć w biurze OIPIP nie później niż w

ciągu 60 dni od dnia wystąpienia zdarzenia losowego. Wniosek złożony po upływie ww. terminu nie będzie uwzględniony.

2. Wnioski rozpatruje Komisja Socjalna i przedstawia wraz z uzasadnieniem do decyzji ORPIP lub PORPIP, z zastrzeżeniem ust. 4.

3. Wnioski niekompletne (np. brak podpisów, opinii pełnomocnika jeżeli była wymagana, pieczętki itp.), nieprawidłowo wypełnione lub nieczytelne, których braków formalnych nie uzupełniono w terminie 14 dni od wezwania, nie będą rozpatrywane.

4. Posiedzenia Komisji Socjalnej odbywają się w biurze OIPIP, nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu, z wyłączeniem miesiąca lipca i sierpnia. We wskazanych miesiącach wnioski o zapomogi rozpatruje Prezydium ORPIP bez wcześniejszego rozpoznania przez Komisję Socjalną.

W wyjątkowych przypadkach (liczba złożonych wniosków powyżej 8 lub sytuacjach wymagających natychmiastowego rozpatrzenia wniosku) posiedzenia mogą odbywać się także w lipcu i sierpniu.

5. Komisja Socjalna podejmuje decyzję zwykłą większością głosów, w obecności, co najmniej połowy jej członków, w tym przewodniczącego lub wiceprzewodniczącego lub sekretarza.

6. Każde posiedzenie Komisji Socjalnej jest protokolowane, a protokół podpisuje przewodniczący lub wiceprzewodniczący lub sekretarz Komisji Socjalnej.

7. Szczegółowy tryb rozpatrywania wniosków określa Regulamin Komisji Socjalnej, który stanowi załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 5. 1. Środki finansowe mogą być wypłacone osobie zainteresowanej, o której mowa w § 2 ust. 1 lub osobie przez nią upoważnionej na piśmie.

2. Upoważnienie powinno zawierać:

1) imię i nazwisko, pesel, nr dowodu osobistego, osoby upoważnionej i osoby upoważniającej,

2) określenie przedmiotu upoważnienia – do czego osoba ta jest upoważniona,

3) imię i nazwisko oraz czytelny własnoręczny podpis osoby zainteresowanej, o której mowa w § 2 ust. 1,

4) datę wystawienia upoważnienia.

3. W przypadku nie podjęcia zapomogi w terminie 30 dni od dnia nadania informacji o przyznaniu zapomogi, jak również w przypadku śmierci członka samorządu przed pobraniem przyznanej kwoty, uchwała o przyznaniu zapomogi nie będzie realizowana, a przyznanie zapomogi jest anulowane.

4. Osoba, której przyznano zapomogę nieopodatkowaną składa oświadczenie o otrzymaniu bądź nie otrzymaniu zapomogi nieopodatkowanej z innego źródła. W przypadku wystawienia upoważnienia – osoba upoważniona musi posiadać aktualne oświadczenie osoby upoważniającej o otrzymaniu lub nieotrzymaniu zapomogi nieopodatkowanej z innego źródła.

§ 6. 1. Obsługę administracyjną Komisji Socjalnej zapewnia biuro OIPIP w Łodzi, w zakresie opisanym w Regulaminie Komisji Socjalnej.

2. O podjętej decyzji wnioskodawca, o którym mowa w § 3 ust. 3 pkt 1 i 2, zostanie powiadomiony najpóźniej w ciągu 14 dni od daty posiedzenia uprawnionego organu. Jeżeli wniosek złożyły dwie lub więcej osoby powiadomienia dokonuje się jedynie wobec osoby wskazanej jako wnioskodawca.

3. Podmiot, który złożył wniosek (a w przypadku wniosku złożonego przez kilka osób, osoba wskazana jako wnioskodawca), w razie negatywnego rozpatrzenia wniosku, może złożyć odwołanie do ORPIP na piśmie, w ciągu 21 dni od dnia otrzymania odpowiedzi. Odwołanie złożone po tym terminie nie będą rozpatrywane. W przypadku złożenia wniosku przez podmioty, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2, odwołanie przysługuje również osobie, której wniosek dotyczy, w takim przypadku termin wniesienia odwołania biegnie od dnia otrzymania odpowiedzi przez podmiot, który złożył wniosek.

4. Odwołanie, o którym mowa w ust. 3, podlega rozpatrzeniu podczas najbliższego posiedzenia ORPIP. Od powyższej decyzji nie przysługuje odwołanie.

§ 7. 1. W przypadku powzięcia wątpliwości, czy do wniosku dołączono prawdziwe dokumenty i informacje ORPIP lub PORPIP wezwie wnioskodawcę do złożenia pisemnych lub ustnych wyjaśnień w określonym zakresie, wyznaczając odpowiedni termin, nie krótszy niż siedem dni.

2. W przypadku nie przedstawienia wyjaśnień w terminie, o którym mowa w ust. 1, jak również w przypadku stwierdzenia, że wnioskodawca załączył do wniosku nieprawdziwe dokumenty i informacje, ORPIP lub PORPIP uprawnione jest do podjęcia decyzji o odmowie przyznania zapomogi.

3. Jeżeli okaże się, że zapomoga została przyznana na podstawie nieprawdziwych informacji i dokumentów, podlega ona natychmiastowemu zwrotowi w całości wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od daty wypłaty. Uchwałę w tym przedmiocie podejmuje ORPIP lub PORPIP. Od podjętej uchwały nie służy odwołanie.

§ 8. Osoby uczestniczące w procedurze przyznawania zapomogi zobowiązane są do zachowania szczególnej poufności przekazywanych przez wnioskodawców danych oraz kierowania się zasadą bezstronności, sprawiedliwej oceny oraz właściwej gospodarności środkami.

§ 9. W sprawach nieuregulowanych niniejszą uchwałą decyzję podejmuje ORPIP.

§ 10. 1. Wnioski złożone do dnia 31 grudnia 2013 r. będą rozpatrywane zgodnie z Uchwałą Nr 437/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 października 2012 r. w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ze zmianami).

2. Wnioski złożone od dnia 1 stycznia 2014 r. będą rozpatrywane zgodnie z niniejszą uchwałą.

§ 11. Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc Uchwała:

1) Nr 437/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 października 2012 r. w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

2) załącznik nr 2 Uchwały Nr 492/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2012 r. w sprawie wprowadzenia zmian korygujących do Uchwały Nr 435/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego oraz Uchwały Nr 437/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

3) Nr 694/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 kwietnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia zmian korygujących do Uchwały Nr 437/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 9 października 2012 r. w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

§ 12. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2014 roku. ■

gegSekretarz ORPIP Skarbnik ORPIP Przewodnicząca ORPIP
Maria Kowalczyk Maria Cianciara Agnieszka Kałużna

Wnioski o przyznanie zapomogi dostępne są:

**na stronie internetowej: www.oipp.lodz.pl/pomoc_socjalna
oraz w biurze OIPIP w Łodzi**

W dniu 19 lutego br. odbyło się spotkanie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Prezydium Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego pielęgniarek i położnych, na którym przyjęto wspólne stanowisko w sprawie braku działań Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez Pielęgniarki i Położne. Powyższe Stanowisko zgodnie z przyjętymi ustaleniami zostało przesłane do: Prezydenta, Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Klubów Parlamentarnych, Marszałka Sejmu, Marszałka Senatu, Komisji Zdrowia w UE, Międzynarodowej Organizacji Pracy.



**Stanowisko
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
i Prezydium Zarządu Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
z dnia 19 lutego 2014 r.**

**w sprawie braku działań Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez Pielęgniarki i Położne**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych domagają się w trybie pilnym przekazania stronie społecznej informacji o efektach pracy nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545). Zmiana powyższego dokumentu jest niezbędna, ponieważ dalsze utrzymywanie obecnie obowiązujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia doprowadzi do znacznego ograniczenia liczby Pielęgniarek i Położnych na oddziałach szpitalnych, co zmniejszy bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Domagamy się zobowiązania podmiotów leczniczych do informowania opinii publicznej o aktualnych obciążeniach pielęgniarek i położnych. Ponadto pilnej interwencji wymaga ustalenie wynagrodzenia dla Pielęgniarek i Położnych na poziomach odpowiadających ich kwalifikacjom, pełnionym funkcjom i doświadczeniu, uwzględniających zagrożenie i niebezpieczeństwo związane z wykonywaniem tego zawodu oraz spoczywającej na nich odpowiedzialności. Ustalenie wynagrodzeń na odpowiednim poziomie jest niezbędne by pozyskać młodych ludzi do zawodu Pielęgniarki i Położnej.

Zwracamy uwagę iż w ciągu pięciu najbliższych lat dojdzie do znacznego spadku liczby zarejestrowanych i zatrudnionych Pielęgniarek i Położnych w Polsce. Skutkować to będzie pozbawieniem społeczeństwa polskiego opieki i brakiem realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Pielęgniarki i Położne.

Oczekujemy od Rządu Rzeczypospolitej Polskiej podjęcia wiążących decyzji. Brak reakcji zmusi nas do podjęcia radykalnych działań.

Przewodnicząca Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
Lucyna Dargiewicz

Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala-Pawelczyk

W jakich sytuacjach można odmówić wykonania zlecenia lekarskiego?

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011.174.1039) pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Cytowana wcześniej ustawa nakłada na pielęgniarkę, położną obowiązek realizacji zleceń lekarskich zawartych w dokumentacji medycznej. Obowiązek ten nie jest obowiązkiem bezwarunkowym, albowiem ustawodawca w art. 12 ust. 2 ww. ustawy założył, możliwość wystąpienia sytuacji, gdy pielęgniarka i położna może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, z niezwłocznym podaniem przyczyny odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej.

Niektóre z przeszkód uniemożliwiających wykonanie zlecenia lekarskiego:

1. Narażenie życia i zdrowia pacjenta na skutek realizacji nieprawidłowo wydanego zlecenia lekarskiego np. nieprawidłowo oznaczone dane pacjenta uniemożliwiające prawidłową identyfikację chorego, nieczytelna nazwa leku, nieprawidłowa dawka leku lub określona w złych jednostkach, niezgodna z zaleceniami producenta droga podania leku, nie określone dawkowanie w ciągu doby, nieprawidłowo wskazane miejsca wykonania zlecenia jeżeli zabieg ma być zrealizowany poza oddziałem szpitalnym.
2. Narażenie życia i zdrowia pacjenta poprzez realizację zlecenia niezgodnego ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej lub narażającego pacjenta na niebezpieczeństwo np. w sytuacji, gdy bezpośrednio przed wykonaniem iniekcji pacjent zgłasza uczulenie na dany lek.
3. Brak posiadania kwalifikacji do wykonania zlecenia lekarskiego np. wykonywanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich przez położną i świadczeń położniczych przez pielęgniarkę.

4. Brak posiadania kwalifikacji wymaganych do realizacji świadczenia uzyskanych w czasie kształcenia podyplomowego tzn. w czasie kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych czy też specjalizacji np. wykonywanie szczepień ochronnych, instrumentowanie do zabiegów operacyjnych, podawanie leków cytotatycznych, itp.

5. Naruszenie praw pacjenta w związku z realizacją zlecenia lekarskiego np., podanie leku, pobranie materiału biologicznego do badania przy wyraźnym sprzeciwie pacjenta.

6. W sytuacji gdy, wykonanie zlecenia lekarskiego naruszałoby przepisy dotyczące wykonywania zawodu i łączyłoby się z popełnieniem przestępstwa np. udział w aborcjach wykonywanych niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, czy też nielegalnych eksperymentach medycznych.

7. Wykonanie świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem bądź zasadami wyznawanej religii, osoby je wykonującej np. udział w aborcji, udział w transfuzji krwi.

8. Brak podpisu lekarza zlecającego.

9. Zlecenie wydane w formie ustnej, w sytuacji gdy, nie ma stanu zagrożenia życia pacjenta.

10. Zlecenie sporządzone w formie nieczytelnej, pozbawiające pewności co do prawidłowości odczytania.

Zawody pielęgniarki i położnej zgodnie z art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Wiąże się to z koniecznością ponoszenia odpowiedzialności zawodowej za działania zawodowe podejmowane w czasie pracy w tym także za realizację zleceń wydanych przez lekarza. ■

Małgorzata Kilarska
Specjalista w Kancelarii NRzOZ

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki w sprawie samodzielnego nadzoru nad pacjentem w czasie znieczulenia miejscowego oraz uprawnień pielęgniarki anestezyjologicznej do podawania leków na ustne zlecenie operatora prowadzącego zabieg operacyjny

Pielęgniarka anestezyjologiczna w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 7 stycznia 2013 r. poz. 1315) współpracuje przy wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego z lekarzem anestezyjologiem, dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną.

Podobnie w przypadku znieczuleń do zabiegów chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagnostycznych w trybie leczenia jednego dnia świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić opiekę lekarza anestezyjologa i pielęgniarki anestezyjologicznej, warunki powyższe określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W zakresie wykonywania przez pielęgniarkę zleceń lekarskich należy się kierować zapisem art. 15 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który określa, że pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, wyjątek stanowią mogą zlecenia wykonywane w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Reasumując w odniesieniu do powyższych zapisów prawa, pielęgniarka anestezyjologiczna uczestniczy w znieczuleniu miejscowym z lekarzem anestezyjologiem oraz wykonuje zlecenia związane z prowadzonym znieczuleniem i zapisane w dokumentacji medycznej. ■

(-) Danuta Dyk
Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa
Anestezyjologicznego i Intensywnej Opieki

Termin wejścia w życie zmian zasad uznawania kwalifikacji zawodowych

Dyrektywa Unii Europejskiej jest specyficznym aktem prawnym. Nie jest to dokument, na który można powoływać się bezpośrednio w kontaktach z danym organem w państwie członkowskim. Dopiero implementacja dyrektywy za pomocą ustawy daje możliwość jej stosowania. Organy Unii Europejskiej poprzez dyrektywy zobowiązują państwa członkowskie

do wprowadzenia pewnych regulacji prawnych. Dyrektywy służą do osiągnięcia wskazanego w nich, pożądanego stanu rzeczy. Dyrektywy w wielu kwestiach pozostawiają krajom członkowskim Unii znaczną swobodę wyboru rozwiązań.

Warto zwrócić uwagę na art. 3 ust. 1 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI”) zgodnie, z którym państwa członkowskie wprowadzają w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania niniejszej dyrektywy do dnia 18 stycznia 2016 r.

Reasumując należy dodać, iż wskazana powyżej data jest ostatecznym terminem, w jakim państwa członkowskie muszą przyjąć odpowiednie regulacje. Jednocześnie to od ustawodawców każdego z państw członkowskich zależy, kiedy implementują niniejszą dyrektywę. Muszą to zrobić do 18.01.2016 r., jednakże nic nie stoi na przeszkodzie, aby transponować ją wcześniej. ■

Czy pielęgniarka może samodzielnie przy podawaniu leku dokonać zmiany handlowej leku z zachowaniem nazwy chemicznej?

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011.174.1039), pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Nie dotyczy to zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Jedynie w przypadku wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, uzasadnienia potrzebę jego wykonania.

Jednakże z § 3 i § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (Dz. U. 2007.210.1540), wynika, że pielęgniarka może samodzielnie wyznaczać odpowiednie leki dla pacjenta w szczególnych przypadkach. W odniesieniu do tych sytuacji, sama może dokonać zamiany nazwy handlowej leku bez zmiany jego zawartości chemicznej.

Podsumowując:

W sytuacji, kiedy pielęgniarka realizuje zlecenie lekarskie to lekarz winien dokonać zmiany leku na zamiennik.

W sytuacji podania leku, do którego uprawniona jest pielęgniarka, ma ona prawo podać zamiennik, dokonując odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej. ■

Czy pielęgniarka podając lek choremu powinna poinformować go o nazwie tego farmaceutyka?

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2007.174.1039), pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012.159), wynika prawo pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ponadto z załącznika do Uchwały nr 9 KZPiP z dnia 9 grudnia 2003 r. kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, wynika, iż pielęgniarka pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do udzielenia pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.

W związku z powyższym pacjent powinien zostać poinformowany przez pielęgniarkę w sposób zrozumiały o lekach, jakie są mu podawane. ■

(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NRPiP

Ochrona danych osobowych w pracy pielęgniarki i położnej

Na początek koniecznym jest ustalenie, co rozumiemy pod pojęciem dane osobowe, co to jest przetwarzanie danych osobowych, i czy związku z tym wykonywane zadania podlegają ustawie o ochronie danych osobowych.

Na podstawie:

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (tj. Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.).

Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024) www.giodo.gov.pl

Przetwarzanie danych osobowych rozumie się jako jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych, zwracam uwagę na fakt, iż również przechowywanie danych osobowych jest rozumiane, jako ich przetwarzanie. Ustawodawca szczególnie zaznaczył, że wszystkie operacje wykonywane na danych osobowych w systemach informatycznych są rozumiane, jako ich przetwarzanie.

Jednak należy pamiętać, iż nie każda informacja o osobie może być traktowana, jako dana osobowa. Informacja, która nie pozwala na ustalenie tożsamości danej osoby, bez nadzwyczajnego wysiłku i nakładów, nie jest daną osobową. Przykładem takiej informacji może być numer prawa wykonywania zawodu. Udostępnienie listy nr prawa wykonywania zawodu bez żadnych innych danych nie narusza przepisów ustawy o ochronie danych osobowych. Jednak numer prawa wykonywania zawodu wraz z imieniem i nazwiskiem osoby tworzą już zestaw danych, który jest uznawany za dane osobowe.

Ustawa wprowadza szereg sankcji, które zmuszają do określonego trybu pracy z danymi osobowymi. Liczne sankcje związane z przetwarzaniem danych osobowych powinny być bodźcem do respektowania przepisów ustawy. Rozdział 8 Ustawy o ochronie danych osobowych wyszczególnia następujące sankcje związane z niewłaściwym przetwarzaniem danych osobowych:

Art. 49. 1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo, do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 51. 1. Kto administrując zbiorem danych lub będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 52. Kto administrując danymi narusza choćby nieumyślnie obowiązek zabezpieczenia ich przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 53. Kto będąc do tego obowiązany nie zgłasza do rejestracji zbioru danych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 54. Kto administrując zbiorem danych nie dopełnia obowiązku poinformowania osoby, której dane dotyczą, o jej prawach lub przekazania tej osobie informacji umożliwiających korzystanie z praw przyznanych jej w niniejszej ustawie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 54a. Kto inspektorowi udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności kontrolnej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Warto podkreślić, że przepisy ustawy można również traktować, jako narzędzie do przestrzegania obowiązków wynikających z posiadanych przez pielęgniarki, położne uprawnień,

w taki sposób aby pielęgniarki, położne nie były zmuszane do wykonywania zadań w systemach informatycznych, które przynależą do uprawnień innych zawodów.

Zakres odpowiedzialności osób zajmujących się przetwarzaniem danych osobowych

Dla ustalenia zakresu odpowiedzialności koniecznym jest określenie, kto jest administratorem danych osobowych. Zakres obowiązków administratora danych osobowych jest znacznie szerszy niż zakres obowiązków pracowników zatrudnionych przez administratora danych osobowych.

Zakres odpowiedzialności pracowników podmiotów leczniczych

Art. 7 ustawy o ochronie danych osobowych definiuje pojęcie administratora danych, jako „organ, jednostkę organizacyjną, podmiot lub osobę, o których mowa w art. 3, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych.

W podmiotach leczniczych administratorem danych osobowych są osoby, które decydują o celach i środkach przetwarzania danych osobowych. W zależności od formy organizacyjno-prawnej może być to na przykład spółka prawa handlowego. Władze danego podmiotu leczniczego mogą wyznaczyć administratora bezpieczeństwa informacji, który będzie wypełniał obowiązki administratora danych osobowych.

Pielęgniarki, położne zatrudnione w podmiotach leczniczych (umowa o pracę, umowa zlecenia) nie są więc administratorem danych osobowych. Zakres ich odpowiedzialności jest ograniczony do art. 49 ustawy o ochronie danych osobowych.

Art. 49. 1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym, sprawca pod-

lega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Pielęgniarki, położne zatrudnione w podmiotach leczniczych powinny otrzymać od administratora danych osobowych Politykę Bezpieczeństwa Informacji, określającą zasady i reguły postępowania z danymi osobowymi.

Przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych powinny również otrzymać upoważnienie do przetwarzania danych osobowych, zgodne z zakresem wykonywanych prac na danych osobowych.

W przypadku osób przetwarzających dane osobowe w systemach informatycznych, przed rozpoczęciem pracy w systemie administrator danych osobowych powinien również przedstawić Instrukcję Zarządzania Systemem Informatycznym. Instrukcja powinna zawierać między innymi sposób nadawania uprawnień do pracy w systemie.

Nadanie uprawnień do pracy w systemie powinno odbywać poprzez przekazanie loginu oraz hasła pierwszego logowania. Po pierwszym zalogowaniu do systemu pielęgniarka, położna powinna zmienić hasło na znane tylko sobie. Hasła tego nie można udostępniać żadnym osobom ani organom. Nawet w sytuacji kontroli przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Zakres odpowiedzialności osób prowadzących podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą (praktyki pielęgniarek, praktyki położnych).

Osoby prowadzące działalność gospodarczą (praktyki pielęgniarek, praktyki położnych) stają się administratorem danych bez względu na fakt, czy wyznaczy administratora bezpieczeństwa informacji). W zakres ich odpowiedzialności wchodzi przepisy karne zawarte w art. 49 do 54.

Zakres obowiązków dla administratorów danych osobowych będzie przedmiotem kolejnego artykułu. ■

Arkadiusz Szcześniak
Główny Informatyk NIPiP

Zmiana wydawcy „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”

W dniu 5 lutego 2014 r. na XXVI posiedzeniu Prezydium NRPiP podjęto uchwałę nr 909/VIP/2014 w sprawie wydawania „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Ponadto informujemy, iż zmiana wydawcy nie wpłynie na termin i częstotliwość wydawania „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”. W związku ze zmianą wydawcy uprzejmie informujemy, że numer konta, na które należy dokonywać wpłat należności za prenumeratę „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” zmienia się i jest następujący: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa, 49 1910 1048 2268 0173 0461 0006

Pozostałe kwestie dotyczące „Magazynu...” pozostają bez zmian. Również koszty prenumeraty nie zmieniają się i są następujące: dwuletnia – 146,00 zł, roczna – 86,00 zł, roczna – studencka – 74,00 zł, półroczna – 46,00 zł. Cena zawiera koszt przesyłki dla wszystkich numerów objętych prenumeratą.

W celu zamówienia prenumeraty prosimy o przesłanie e-maila na adres: admin@nipip.pl o treści zawierającej: typ prenumeraty: imię i nazwisko/nazwa firmy/nazwa instytucji, NIP, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, imię i nazwisko zamawiającego, telefon, e-mail, adres wysyłki prenumeraty (jeśli jest inny niż powyżej – nazwa, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu).

W celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy o kontakt pod adresem admin@nipip.pl bądź telefonicznie 22 327 61 69



Odpowiedzialność etyczno-prawna pielęgniarek i położnych cz. II

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ



3. **Odpowiedzialność pracowniczą** (zwaną także służbową, regulaminową, dyscyplinarną, administracyjną) określają: Kodeks pracy (będący zbiorem praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika), regulaminy zakładowe, zakresy czynności itp.

Sankcjami za nieprzestrzeganie tej odpowiedzialności są: upomnienie, nagana, przeniesienie na inne stanowisko, zwolnienie z pracy.

Odpowiedzialność pracownicza może być podstawą do ponoszenia również odpowiedzialności zawodowej lub karnej. Pracownicza odpowiedzialność porządkowa związana jest z przestrzeganiem ustalonego porządku, regulaminu pracy, przepisów BHP i przeciwpożarowych. Za jej brak stosuje się kary: upomnienia, nagany, pieniężną (do wysokości 1-dniowego wynagrodzenia; łącznie do 1/10 wysokości pensji) po uprzednim wysłuchaniu pracownika, w ciągu 2 tygodni od powzięcia wiadomości o naruszeniu obowiązków pracowniczych i 3 miesiące od dopuszczenia się tego naruszenia. Zawiadomienie o naganie udzielane jest na piśmie, a karę uchyła się po roku nienaganej pracy.

Odpowiedzialność materialną ponosi się za szkodę/za mienie, za co grozi kara – odszkodowanie do kwoty 3-miesięcznego wynagrodzenia. Konieczne jest wykazanie związku przyczynowego między zawinionym zachowaniem pracownika a szkodą. W zapobieganiu nieprawidłowościom istotną rolę odgrywają umowy pisemne. I na tym omawianie odpowiedzialności pielęgniarek i położnych można by zakończyć. Niestety, w okresie gwałtownego rozwoju nauki i technologii medycznej, a równocześnie kryzysu etyczno-moralnego, który dotknął również dehumanizującą się medycynę, konieczne staje się zainteresowanie (oby tylko teoretyczne) innymi prawnymi i kodeksami (w tym – karnym!), których nieznanie nie zwalnia z ponoszenia odpowiedzialności.

4. **Odpowiedzialności za wykroczenia/karno-administracyjnej** podlega ten tylko, kto popełnia czyn społecznie szkodliwy, zabroniony przez ustawę – **Kodeks wykroczeń/Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia** – pod groźbą kary: aresztu (5–30 dni), ograniczenia wolności (miesiąc), grzywny lub nagany. Przykładami wykroczeń (umyślnych i nieumyślnych), które mogą dotyczyć pracowników ochrony zdrowia są m.in.: **wykroczenia przeciwko:**

• **Porządkowi i spokojowi publicznemu** – zakłócenie spokoju, brak zgłoszenia, zezwolenia na działalność gospodarczą; przywłaszczenie tytułu, stanowiska, stopnia; nieuprawnione publiczne noszenie odznaczeń, munduru; bezprawne wytwarzanie/rozpowszechnianie symboli.

• **Bezpieczeństwu osób i mienia** to np. nieumiejętne wykonanie czynności, wykonywanie czynności zawodowych pod wpływem alkoholu; niszczenie, uszkodzenie, usuwanie znaków, napisów ostrzegających, niezawiadamianie o niebezpieczeństwie.

• **Osobie:** pozostawienie w okolicznościach niebezpiecznych dla zdrowia dziecka do lat siedmiu albo innej osoby, wobec której istnieje obowiązek opieki lub nadzoru.

• **Zdrowiu:** zatrudnienie osoby chorej do pracy przy środkach spożywczych; niezachowanie należytego stanu sanitarnego, nieprzestrzeganie wymogów sanitarnych, niezachowanie należytej czystości, nieużywanie przez pracowników wymaganego ubioru, odmawianie wyjaśnień znaczących dla wykrycia choroby zakaźnej; niepoddawanie się obowiązkowym szczepieniom i badaniom; narażanie innych na zakażenie poprzez nieprzestrzeganie wskazań, za/nakazów lub zarządzeń leczniczych.

• **Urządzeniom użytku publicznego:** utrudnianie korzystania, uszkodzenie, usuwanie urządzenia użytku publicznego (np. przyrządu alarmowego, urządzenia do utrzymania czystości).

• **Obowiązkowi ewidencji:** niedopełnienie obowiązku zgłoszenia urodzenia, zgonu; prowadzenie zakładu opieki zdrowotnej (...) bez wymaganego wpisu do rejestru lub ewidencji; podawanie do publicznej wiadomości informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych mających formę i treść reklamy.

5. **Odpowiedzialność cywilna/odszkodowawcza.** Źródłem prawa cywilnego (czyli prawa życia codziennego, regulującego stosunki cywilnoprawne, społeczne, głównie natury majątkowej i gospodarczej) jest Kodeks cywilny. Pod ochroną prawa cywilnego (niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach) pozostają **dobra osobiste człowieka**, w szczególności:

- zdrowie,
- wolność,
- cześć,
- swoboda sumienia,

- nazwisko lub pseudonim,
- wizerunek,
- tajemnica korespondencji,
- nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska.

A oto wybrane fragmenty **Kodeksu cywilnego**: Zobowiązany do **odszkodowania** ponosi odpowiedzialność (tylko) za (normalne) następstwa **działania lub zaniechania**, z którego szkoda wynikła (...); **Naprawienie szkody** obejmuje straty, które poszkodowany poniósł, oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono; **Naprawienie szkody** powinno nastąpić według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej (...); Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia; Jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, ich **odpowiedzialność jest solidarna**; W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty; Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu (ewentualnie odpowiedniej renty) (...) i odpowiedniej sumy tytułem **zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę**; Jeśli skutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien **zwrócić koszty leczenia** i porzeczemu temu, kto je poniósł. Z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem.

Szkoda może być głównie materialna: majątkowa, cielesna. **Krzywda** jest przede wszystkim moralna/cierpienia.

Na odpowiedzialność składają się trzy przesłanki:

- **wina** – błędne działanie/zaniechanie;
- **szkoda** – rzeczywista i hipotetyczna oraz
- **związek przyczynowy** między zachowaniem a zaistnieniem szkody.

Rodzaje odpowiedzialności cywilnej:

- deliktowa – za czyn niedozwolony;
- kontraktowa – za niewykonanie/nienależyte wykonanie umowy z pacjentem oraz – pojęcie wychodzące z użycia
- błąd w sztuce – za postępowanie wbrew uznawanym zasadom współczesnej wiedzy, brak należytej staranności, zaniechanie, niedbalstwo (w praktyce najczęstsze).

Przykłady niedbalstwa, nieostrożności, niewiedzy, nieuwagi, niestaranności, niezręczności, zaniedbania, zaniechania to brak: aseptyki/sterylizacji; badań/konsultacji; BHP, zaopatrzenia w leki, sprzęt/sprawny sprzęt; dostępu do: informacji, kwalifikacji; personelu; próby uczuleniowej; przeliczenia narzędzi przed- i po zabiegu; trzykrotnego sprawdzenia leku; wywiadu (np. w kierunku ewentualnej alergii); zabezpieczenia sprzętu/zużytych igieł; zachowania tajemnicy, taktu; zgody pacjenta. Ponadto – źle wykonana iniekcja, zabieg (przekroczenie jego zakresu i czasu, np. naświetlania); zamiana leków/dawek, krwi, noworodków, pacjentów/części ciała, szczepionek. Żaden zwyczaj nie może tłumaczyć „błędów”.

Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia; Jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, ich odpowiedzialność jest solidarna; W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty;

Istotne jest także **ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** pielęgniarek i położnych. Problemy natury etyczno-prawnej budzi dodatkowa opieka pielęgnacyjna nad pacjentem w szpitalu. Opieka pielęgnacyjna jest **świadczaniem uzupełniającym**, niezastępującym opieki pielęgniarskiej, a wspomagającym niewydolny system ochrony zdrowia. Jest to zło konieczne w dobie braku personelu. Dodatkowa opieka powinna być zapewniona w **ramach indywidualnej umowy** z pacjentem/rodziną jako dyżur prywatny (do którego pacjent ma prawo). Istnieje ewentualne ograniczenie tego prawa na przykład z powodów epidemiologicznych. Świadczenie dodatkowej opieki jest działalnością konkurencyjną wobec zakładu. Istnieje konieczność: zgłoszenia kierownictwu oddziału zamiaru sprawowania dodatkowej opieki, a także dołożenia najwyższej staranności w związku z ponoszeniem pełnej odpowiedzialności odszkodowawczej przez pielęgniarkę, ewentualnej odpowiedzialności solidarnej podmiotu leczniczego i pielęgniarki dyżurującej prywatnie. Dylematem etyczno-prawnym są zarówno prywatne pielęgniarskie dyżury, często pełnione kosztem zdrowia, jak i różne formy protestu podejmowane przez personel medyczny, które niemal zawsze odbywają się kosztem pacjentów i grożą poważnymi konsekwencjami, w tym prawnymi.

6. Odpowiedzialność karna. Jest sprawą zenującą włączyć temat odpowiedzialności karnej do zagadnień etyczno-medycznych, ale, niestety, coraz częściej na straży dóbr/praw pacjenta stoi **prawo karne** zajmujące się **przestępstwami**, w tym zbrodniami. Przykry akcent ostatniej części niniejszego opracowania nt. przykładów postępowania „niedoskonałych” pielęgniarek dowodzi, że jest to problem nie tylko teoretyczny – dopuszczanie się przez ten personel karygodnych czynów. Należy jedynie przypuszczać, że są to wypadki odosobnione i powinny odgrywać tu tylko ostrzegającą rolę. Prawo karne chroni dobra każdego człowieka i dóbr służących człowiekowi, jego rozwojowi i pokojowemu współżyciu z innymi ludźmi. **Kodeks karny/k.k.** zawiera część:

- **ogólną** – o zasadach odpowiedzialności karnej i karach,
- **szczególną** – wymieniającą na przykład przestępstwa przeciwko: pokojowi; życiu i zdrowiu; bezpieczeństwu; środowisku; wolności; rodzinie i opiece; czci i nietykalności osobistej;

prawom osób wykonujących pracę zarobkową; ochronie informacji, wiarygodności dokumentów; mieniu itd. oraz

- **część wojskową.**

Żaden artykuł k.k. nie dotyczy wybiórczo pracowników ochrony zdrowia. Podstawowe pojęcia z zakresu odpowiedzialności karnej to **przestępstwa**, które są przekroczeniem norm moralnych i prawnych, oraz **czyny społecznie niebezpieczne**. Przestępstwem jest: **zbrodnia** (tylko z winy umyślnej, zagrożona karą pozbawienia wolności na czas nie krótszy od 3 lat) i występki (z winy nieumyślnej, wynikający z lekkomyślności i niedbalstwa, zagrożony karą ograniczenia/pozbawienia wolności przekraczającą miesiąc). **Rodzaje kar** to: grzywna, ograniczenie wolności (1–12 miesięcy), pozbawienie wolności (do 25 lat), dożywotnie pozbawienie wolności. **Środkami karnymi** są: pozbawienie praw publicznych, zakaz pełnienia określonych stanowisk, zakaz prowadzenia pojazdów, przepadek (przedmiotów, korzyści), obowiązek naprawienia szkody, nawiązka (na cel społeczny), świadczenia pieniężne, podanie wyroku do publicznej wiadomości. Wybrane fragmenty k.k.: „Eksperyment jest niedopuszczalny bez zgody uczestnika (...) należycie poinformowanego (...) z możliwością odstąpienia od udziału w eksperymencie na każdym jego etapie”.

Przestępstwami przeciwko:

- **Życiu i zdrowiu** są: zabójstwo, dzieciobójstwo, eutanazja, przyczynienie się do samobójstwa, aborcja za- i bez zgody kobiety, nieumyślne spowodowanie śmierci, ciężkie uszkodzenie ciała (pozbawienie człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, spowodowanie innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej choroby, realnie zagrożającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała), średnie i lekkie uszkodzenie ciała, uszkodzenie ciała dziecka poczętego, narażenie na niebezpieczeństwo, narażenie (świadome) na HIV lub inne ciężkie choroby, nieudzielenie pomocy (mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu).

• **Bezpieczeństwu powszechnemu** to: sprowadzenie niebezpieczeństwa powszechnego (spowodowanie zagrożenia epidemiologicznego lub szerszenia się choroby zakaźnej).

• **Wolności** jest wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta.

Należy przypuszczać, że problemy bioetyczne będą się mnożyć i komplikować wraz z postępem wiedzy biomedycznej wymagając coraz liczniejszych obwarowań prawnych. Ale żadne prawo nie nadąży za rodzającymi się dylematami oraz nie zastąpi (nie powinno i nie może) etyki oraz własnego sumienia.

• **Czci i nietykalności osobistej** stanowi naruszenie nietykalności osobistej.

• **Prawom** osób wykonujących pracę zarobkową jest narażenie pracownika na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, niedopełnienie obowiązków w związku z wypadkiem przy pracy.

• **Działalności instytucji państwowych** oraz samorządu terytorialnego – łapownictwo bierno i czynne

• **Ochronie informacji** – ujawnienie tajemnicy, niszczenie, utrudnianie zapoznania się z informacją.

• **Wiarygodności dokumentów**: podrobienie dokumentu, nielegalne wypełnienie podpisanego dokumentu, poświadczanie nieprawdy i wyłudzenie poświadczenia nieprawdy, używanie dokumentów poświadczających nieprawdę, niszczenie, usuwanie dokumentów. Już sama lektura Kodeksu karnego dowodzi olbrzymiej wagi problemów związanych z ponoszeniem odpowiedzialności karnej. Niestety, zdarzają się wśród mnóstwa dowodów heroicznej, pełnej poświęcenia pracy zawodowej również hańbiące przykłady przestępczych działań pielęgniarek i położnych (o czym będzie mowa poniżej).

Bioetyka czyli etyka życia (*bios* po grecku znaczy życie) jest dziedziną wiedzy etycznej związaną z rozwojem nauk biologiczno-medycznych. Działy bioetyki to:

- biogeneza związana z wpływaniem na proces powstawania życia;
- bioterapia, która jest ingerowaniem w proces trwania życia;
- tanatologia – zajmująca się włączaniem w proces umierania
- ekologia zaangażowana w moralne aspekty ochrony środowiska.

Problemy te nie mogą być pozostawione wyłącznie regulacjom etyczno-moralnym, deontologicznym, ale również wymagają coraz częściej wkroczenia prawa. Jest nim np. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, zwana Konwencją o prawach człowieka i biomedycynie, a jeszcze krócej – **Konwencją Bioetyczną** (1997) w swoich 30 artykułach porusza sprawy:

- ochrony godności człowieka, prymatu istoty ludzkiej,
- zasady równego dostępu do opieki medycznej,
- standardów zawodowych,
- zgody;
- ochrony osób niezdolnych do wyrażenia zgody i osób z zaburzeniami psychicznymi;
- nagłych wypadków/bezwłocznej interwencji,
- życzenia wcześniej wyrażonego co do interwencji medycznej;
- prywatności i prawa do informacji;
- zakazu dyskryminacji ze względu na dziedzictwo genetyczne, genetycznych testów prognozujących, interwencji wobec ludzkiego genomu, zakazu stosowania selekcji płci;
- badań naukowych, ochrony osób poddawanych badaniom i osób niezdolnych do wyrażenia zgody, badań na embrionach, pobierania organów i tkanek od żyjących dawców dla celów transplantacji, ochrony osób niezdolnych do wyrażenia zgody na pobranie organów, zakazu osiągania zysku i wykorzystywania części ciała ludzkiego, wykorzystywania pobranych części ciała ludzkiego;
- naruszeń postanowień Konwencji, odszkodowań, sankcji.

Idealna pielęgniarka/położna to osoba: delikatna, stale doksztalająca się, doskonaląca; dodająca otuchy, empatyczna; energiczna, z inicjatywą; kochająca/lubiąca ludzi i zawód, koleżeńska; kulturalna; nieobojętna, odpowiedzialna; odważna; opiekuńcza; przedstawiająca się; przynosząca ulgę, rozumiejąca, rzetelna, samodzielna, serdeczna, słuchająca, spolegliwa, troskliwa, uczciwa, uśmiechnięta; używająca często słów: proszę, dziękuję, przepraszam; wrażliwa, życzliwa. Jednym słowem – Anioł, uosobienie dobroci... Należy pamiętać, że w około 80 proc. satysfakcja pacjentów z usług medycznych zależy od nas, pielęgniarek.

Główne problemy bioetyczne w medycynie związane są z takimi dylematami, jak: autonomia pacjenta; badania naukowe/eksperymenty; eutanazja; prokreacja; przeszczepy. Każdy z tych skomplikowanych, złożonych problemów rodzi liczne dalsze i każdy z nich musi być rozważany nie tylko w aspekcie obyczajowym, religijnym, etycznym, ale także prawnym.

Autonomia pacjenta, czyli szacunek dla jednostki, jej praw, w tym do decydowania o sobie związana jest m.in. z prawem pacjenta do uzyskiwania informacji oraz wyrażania zgody, dostępnością do opieki i jej jakości, kryteriami dostępności i oczekiwania na kosztowne zabiegi, przestrzeganiem w medycynie praw człowieka i pacjenta, paternalizmem bądź partnerstwem; udzielaniem informacji, tajemnicą, prawdomównością, podtrzymywaniem nadziei chorych. Problemem jest stosowanie placebo (po łacinie *placere* oznacza podobać się) czy **urazy jatrogenne** (po grecku *jatros* znaczy lekarz).

Badania naukowe i eksperymenty to przede wszystkim zagadnienia dotyczące informacji, zgody, prawa do odmowy udziału w badaniach, zakazu eksperymentowania na osobach uzależnionych od badaczy/słabszych: ciężarnych kobietach, jeńcach, małoletnich, płodach, ubezwłasnowolnionych, więźniach, żołnierzach. Zagadnienia te regulują: dobre zwyczaje w nauce, kodeksy etyczne, komisje bioetyczne, Prawa Człowieka, Konwencja Bioetyczna, Konstytucja RP, przepisy prawne (na przykład w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej), kodeks karny, sądy.

Eutanazja poza ingerencją w proces umierania (*euthanasia* po grecku oznacza dobrą śmierć – przyspieszenie/niezapobieganie śmierci w celu skrócenia cierpienia chorego) to także problemy związane z intensywną terapią/opieką hospicyjną/paliatywną/terminalną; chorymi na AIDS, psychicznie chorymi. Każdy rodzaj eutanazji zmniejsza zaufanie chorych. W Polsce eutanazja jest karalna, ale jest to tak zwane przestępstwo uprzywilejowane (zabicie z litości). Większość cierpiących chce żyć i chociaż prosi o śmierć, jest to najczęściej wołanie o pomoc, okazanie miłości, opiekę do końca. Człowiek prawie nigdy nie traci nadziei na wyleczenie... Stosunek do osób starych, chorych, słabych jest miarą kultury społeczeństwa. Również umierający (i więźniowie/jeńcy) mają swoje prawa, a kryteriami są jedynie kryteria medyczne i ludzkie.

Prokreacja dotyczy zagadnień związanych z rozrodem, między innymi dylematów/sporów nt. aborcji, antykoncepcji, inżynierii genetycznej/klonowania, sztucznego zapłodnienia, zastępczego macierzyństwa. Niezależnie od tego, czy problemy te są rozważane w aspekcie obyczajowym, etycznym, religijnym czy prawnym, nie budzą wątpliwości zalety naturalnych (zwłaszcza) metod planowania rodziny, by uniknąć odwiecznych sporów na temat aborcji. Sztuczna prokreacja, zapłodnienie in vitro (dosłownie w szkle), zastępcze macierzyństwo, stymulacje hormonalne i wiele innych zagadnień z zakresu prokreacji rodzi liczne, często nieprzewidziane i dramatyczne konsekwencje ingerencji w prawa natury. W każdej sytuacji jest konieczne przestrzeganie prawa do informacji, zgody, tajemnicy, szczególnej staranności.

Przeszczepianie narządów to obszerne zagadnienia o aspekcie nie tylko technicznym, etyczno-moralnym, ale i prawnym. Istnieją bardzo liczne przepisy prawne dotyczące transplantacji, poczynając od Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, poprzez liczne rozporządzenia wykonawcze. Zagadnienia te wymagają licznych obwarowań prawnych, które regulują wiele problemów związanych z informacją, pozyskiwaniem zgody, brakiem sprzeciwu, z dostępnością pacjentów/biorców jedynie na podstawie kryterium/potrzeby medycznej, z niedopuszczalnymi transakcjami handlowymi. Reasumując: należy przypuszczać, że problemy bioetyczne będą się mnożyć i komplikować wraz z postępem wiedzy biomedycznej wymagając coraz liczniejszych obwarowań prawnych. **Ale żadne prawo nie nadąży za rodzącymi się dylematami oraz nie zastąpi (nie powinno i nie może) etyki oraz własnego sumienia.**

Analiza wziętych z życia przykładów nieetycznych (a nawet bezprawnych) zachowań pielęgniarek i położnych dowodzi, że zazwyczaj umiemy bezbłędnie ocenić niewłaściwe zachowanie innych, zwłaszcza gdy same jesteśmy w roli pacjentek czy matek/członków rodziny chorego znajdującego się pod opieką koleżanek. Wśród nagannych/karygodnych cech czy postępków koleżanek (miejmy nadzieję, że naprawdę nielicznych) dominuje: arogancja, bezdusność, lenistwo, niedbalstwo, niesprawiedliwość, obojętność (np.: „nam, pielęgniarkom, nie płacą za uczucia”), okrucieństwo, niecierpliwość, wrogość, zawiść, a nawet złośliwość. **Na szczęście tylko (?) niewielu pielęgniarkom i położnym brak:** szacunku wobec pacjentów,

wrażliwości, elementarnej/dobrego wychowania, zachowania intymności, życzliwości. Zdarza się doprowadzanie chorych do łez, brak wrażliwości (hałasowanie/głośny śmiech przy ciężko chorych/umierających, niereagowanie na prośby, skargi/jęki chorych, wyłączanie dzwonek), nierówne/niesprawiedliwe traktowanie pacjentów, narzucanie/naklanianie chorych/rodzin do opłacania dyżurów, niewykonywanie zabiegów, nieprzestrzeganie procedur, plotkowanie/długie prywatne rozmowy w pracy, oglądanie TV w czasie dyżuru, często celowe zmuszanie pacjentów do czekania na siebie. Niestety, wśród pielęgniarek i położnych nie brak przykładów przestępstw. Jest to: spożywanie/wynoszenie z pracy alkoholu/leków; fałszowanie dokumentacji (wpisywanie wizyt patronażowych u nieżyjącego dziecka, zapisywanie tętna martwego płodu); kradzieże, przyjmowanie łapówek (...Jak zapłacisz, szybciej urodzisz...); przekazywanie nieupoważnionym osobom poufnych informacji; mylenie pacjentów, leków, dawek; pozostawianie chorych bez opieki; spanie w czasie samodzielnych dyżurów; spóźnianie się; wychodzenie wcześniej z pracy bez czekania na koleżankę z następnej zmiany; profanowanie zwłok; stosowanie przemocy, depersonalizacja chorych, wyzywanie, karanie/krępowanie chorych itp. ... Nie można wątpić, że na szczęście wśród nas jest zdecydowana większość doskonałych istot, a te przykłady są pojedyncze.

Idealna pielęgniarka/położna to osoba: delikatna, stale doksztalająca się, doskonaląca; dodająca otuchy, empatyczna; energiczna, z inicjatywą; kochająca/lubiąca ludzi i zawód, koleżeńska; kulturalna; nieobojętna, odpowiedzialna; odważna; opiekuńcza; przedstawiająca się; przynosząca ulgę, rozumiejąca, rzetelna, samodzielna, serdeczna, słuchająca, spolegliwa, troskliwa, uczciwa, uśmiechnięta; używająca często słów: proszę, dziękuję, przepraszam; wrażliwa, życzliwa. Jednym słowem – Anioł, uosobienie dobroci... Należy pamiętać, że w około 80 proc. satysfakcja pacjentów z usług medycznych zależy od nas, pielęgniarek.

Reasumując: przedstawiając tu bardzo skrótowo zagadnienia **etyczno-prawne** należy podkreślić, że zawsze i wszędzie wobec pielęgniarek i położnych, odpowiedzialnych za życie i zdrowie człowieka, są stawiane wyższe wymagania, którym mogą sprostać jedynie osoby znające (i przestrzegające) zasady etyki ogólnej i zawodowej, a także – coraz bardziej – prawo. To ostatnie powinno odgrywać tylko rolę informacyjną/ostrzegawczą i z reguły „zbędną” dla pielęgniarek/położnych odpowiedzialnych, wrażliwych, umiejących wczuć się w położenie innych i nigdy nikomu nieszkodzących. **Etykę można zdefiniować w dwóch słowach: jest to przede wszystkim empatia i niekrzywdzenie.** A jak mawiał Albert Schweitzer: **prawdziwa etyka zaczyna się tam, gdzie milkną słowa...**

* * *

Zalecana literatura z zakresu etyki medycznej:

Bogusz J.: Lekarz i jego chorzy. PZWL, Warszawa 1994; Brzeziński T.: Etyka lekarska. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2012; Dunn

H.P.: Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Tarnów 1997; Fry S., Johnstone M.: Etyka w praktyce pielęgniarskiej. PTP/ICN, Warszawa 1997 i 2009; Kielanowski T. (red.): Etyka i deontologia lekarska. PZWL 1985; Łuków P., Pasiński T.: Etyka medyczna z elementami filozofii. PZWL, Warszawa 2014; Mielczarek-Pankiewicz E.: Zagadnienia etyczne w medycynie. W: Dobrowolska B., Mielczarek-Pankiewicz E. (red.): Opieka nad zdrowiem pracowników w środowisku pracy. IMP, Łódź 1993, Tom II, ss. 367–408; Nightingale F.: Uwagi o pielęgniarstwie. Elsevier, Wrocław 2011; Nesterowicz M.: Prawo medyczne. Toruń 2010; Olejnik S.: Etyka lekarska. Katowice 1995; Rużyłło E.: Etyka i medycyna. Oficyna Wydawnicza „Stopka”, Łomża 1999; Szewczyk K.: Etyka i deontologia lekarska. Kraków 1994; Wrońska I.: Wybrane problemy z etyki pielęgniarstwa. CMSŚKM, Warszawa, 1991; Wrońska I.: Podstawy etyki pielęgniarstwa. ZG PTP, Warszawa 1993; Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. CEM, Warszawa 1997; Wrońska I., Mariański J.: Etyka w pracy pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2002; Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki położnej RP 2003.

Główne przepisy prawne:

Ustawy: Kodeks pracy, Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia, Kodeks cywilny, Kodeks karny; Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. 1993.17.78; 1995.66.334; 1996.139.646; Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. 1994.111.535 i 2011.231.1375; Ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka. 2000.6.69 i 2008.214.1345; Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta. 2009.52.417 i 2012.159 – tekst jednolity; Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. 2005.169.1411; Ustawa o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych. 2011.174.1038; Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. 2011.174.1039; Ustawa o działalności leczniczej. 2011.112.654;

Rozporządzenia: Rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. 2006.16.126 i 2010.84.552; Rozporządzenie MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. 2010.252.1697; Rozporządzenie w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych. 2003.197.1922 i 2013.1562; Rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. 2003.197.1922–1923; Rozporządzenie w sprawie rodzajów świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. 2007.210.1540; Rozporządzenie w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędącymi przedsiębiorstwami. 2012.1545 ■

mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz:
elmicz@wp.pl

Wykorzystanie elementów terapii behawioralnej w kontakcie z „trudnymi” pacjentami

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Któż z pracowników służby zdrowia nie marzy, aby do gabinetów zgłaszali się uprzejmi i zdyscyplinowani pacjenci, którzy będą skrupulatnie przestrzegać otrzymanych zaleceń, a na wszystkie pytania zadane w związku z chorobą odpowiedzą rzeczowo, konkretnie i na temat. Rzeczywistość nie zawsze jednak idzie w parze z marzeniami i tak czasami- zamiast tych sympatycznych osób- musimy powitać w gabinecie „trudnych” pacjentów, którzy wzbudzają w nas antypatię. Oczywiście określenie „trudny” może być w tym przypadku niejednokrotnie kwestią subiektywnego osądu. Czasami wystarczy uruchomienie atrybucji, która polega na przypisywaniu osobie określonych cech osobowości jedynie na podstawie jej wyglądu. W ten sposób komuś, kto nam się nie podoba wizualnie (ewentualnie wygląd tej osoby kojarzy nam się z kimś, kto nie wzbudził wcześniej naszej sympatii), przypiszemy szereg negatywnych cech osobowości tylko na podstawie owego podobieństwa („efekt diabelski”). Od tego momentu trudno jest powstrzymać uruchomiony mechanizm atrybucji, którego rolą jest przecież upraszczanie świata społecznego i różnym zachowaniom tej osoby będziemy przypisywać negatywne intencje; zapomnimy, że określone zachowanie stojącej przed nami osoby jest skutkiem interakcji zachodzącej między bodźcem (nasze zachowanie) a reakcją (zachowanie pacjenta), co zostało nazwane w psychologii „samospelniającą się przepowiednią”. Aby zapobiec takim praktykom, potrzebna jest umiejętność wglądu w siebie, dzięki czemu będzie można uczciwie odpowiedzieć na pytanie, czy moje zachowanie nie jest przypadkiem efektem atrybucji, a w związku z tym „trudny” pacjent jest moim własnym- niemalże autorskim- wytworem? Jeśli tak, to w pierwszej kolejności powinniśmy pracować nad swoimi atrybucjami.

„Trudnym” pacjentem z natury (czyli takim, którego zachowania nie są spowodowane niewłaściwym podejściem personelu) warto się zająć świadomie, gdyż, jeśli przebywa on w szpitalu, jest bardzo prawdopodobne, że jego frustrujące zachowania, które uruchamiają się pod wpływem negatywnych doświadczeń związanych z chorowaniem, będą miały wpływ na pozostałe hospitalizowane osoby, a także na cały personel placówki. Jeśli sytuacja choroby jest dla pacjenta zbyt trudna do udźwignięcia, możliwe stają się cztery formy reakcji: agresja (pacjent za pomocą siły manifestowanej pod postacią krzyku, czy brzydkich słów próbuje poradzić sobie z przykrymi doznaniem), regresja (tzw. „dziecinne” zachowania, które irytują personel), fiksacja (pod postacią uporu i sztywnych działań, nawet jeśli te nie przynoszą korzyści zdrowotnych) bądź apatia (charakteryzująca się utratą nadziei na lepsze i rezygnacją z jakichkolwiek działań). Wymienione w tym miejscu typy re-

akcji z całą pewnością utrudniają pracę personelowi, a samemu pacjentowi – zdrowieniu.

Czy personel medyczny może modyfikować takie zachowania pacjentów? Można odpowiedzieć na to pytanie, patrząc przez pryzmat „najprostszej w obsłudze” terapii behawioralnej, o której czasami mówi się z przekąsem, że jest swoistego rodzaju „tresurą”. Tymczasem rosnące koszty opieki zdrowotnej z całą pewnością będą w niedalekiej przyszłości skutkowały koniecznością propagowania samopomocy i pomocy behawioralnej. Chociażby dlatego, że relaks – stan, do którego wielu dąży i który jest niezbędnym warunkiem do osiągnięcia wysokiej efektywności w leczeniu – jest przecież możliwy do wyuczenia za pomocą techniki behawioralnej, jaką jest trening relaksacyjny. Polega on na wykształceniu w sobie umiejętności rozróżniania stanu napięcia psychicznego i towarzyszącego mu napięcia mięśni od stanu psychicznego rozluźnienia i związanego z nim braku napięcia mięśni oraz umiejętności osiągania relaksacji psychicznej. Zamiast więc krytykować behawioryzm, lepiej jest zastanowić się nad tym, co może zaproponować behawiorysta dla osób mających kontakt z „trudnym” pacjentem?

Przyjrzyjmy się więc bliżej sylwetce behawiorysty. Jest to ktoś, kogo bardziej interesują zachowania, ich przyczyny i efekty, a mniej emocje czy odległe problemy. Stara się rozwiązać problem „tu i teraz” – stąd nacisk na obserwację osoby w momencie przeprowadzania interwencji. Dla behawiorysty nie ma zachowania, którego nie da się zmienić (a co więcej – do przeprowadzenia zmiany nie jest konieczna znajomość różnych wyjaśnień dla przyczyn zachowania), preferuje on szybkie i proste rozwiązania, co dla personelu medycznego, który czasami ma bardzo ograniczony w czasie kontakt z pacjentem, ma znaczenie kluczowe.

Podstawowe założenie behawioryzmu mówi, że organizm działa pod wpływem bodźców. Oznacza to, że dla każdego zachowania można znaleźć związek między bodźcem (S) a reakcją (R), a każdy bodziec można dokładnie opisać w sposób policzalny oraz scharakteryzować formalnie (cechy fizyczne bodźca, opis związku czasowego z reakcją, jaką wywołał) i funkcjonalnie (opis wpływu bodźca na wystąpienie danego zachowania). Ów paradygmat „bodziec–reakcja” jest chyba najbardziej znanym osiągnięciem behawiorystów psychologów, którzy upatrują przyczyn zachowania każdego człowieka nie w jego wnętrzu (na które składają się m.in. myśli, emocje czy postawy), ale w jego środowisku zewnętrznym, w którym ten funkcjonuje.

W nabywaniu nowych zachowań rolę odgrywają procesy uczenia się, przy czym, zgodnie z prawem efektu, nagradzane

zachowanie pojawia się częściej, gdyż szeroko rozumiane nagrody potęgują zachowania, zaś szeroko rozumiane kary zmniejszają jego częstotliwość. Zbyt rzadko uświadamiamy sobie, że większość zachowań spotykanych w codziennym życiu (a więc też sposób funkcjonowania w roli pacjenta) są efektem wzmocnienia sprawczego. Tymczasem wystarczy przypomnieć sobie często spotykaną sekwencję zachowań: dziecko płacze, bo chce zabawkę, a matka dla świętego spokoju wręcza mu cukierek. W ten sposób nastąpiło wzmocnienie pozytywne dla zachowania: „płacz, kiedy masz ochotę na coś słodkiego”. Wzmocnienie pozytywne to szeroko rozumiana nagroda lub inaczej proces, gdzie po reakcji następuje pojawienie się pożądanego dla osoby bodźca. Można zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań poświadanych (lub zmniejszyć liczbę zachowań niepoświadanych) również za pomocą wzmocnień negatywnych (czyli szeroko rozumianych kar), które polegają na usunięciu nieprzyjemnego bodźca na etapie stymulacji w czasie, kiedy jeszcze występuje bodziec. Bodźce wzmacniające negatywnie są dla osoby nieprzyjemne i dlatego dąży ona do tego, aby poprzez pożądaną zachowanie uniknąć nieprzyjemnego dla siebie stanu.

Dla wyuczenia się nowych zachowań znaczenie mają wzmocnienia następujące po zachowaniu. Zależności zachodzące między zachowaniami a następującymi po nich wzmocnieniami można przedstawić w tabeli 1. Trudno uwierzyć, że stosowanie się do zasad przedstawionych w tabeli jest w stanie zmodyfikować każde niepożądane zachowanie. Kluczem do sukcesu jest tutaj żelazna konsekwencja, czyli taka, od której nie ma żadnych wyjątków.

W przypadku pacjentów chorujących przewlekłe, którzy z racji choroby utrzymują stały kontakt z placówkami zdrowia i często muszą zmieniać swoje ukochane nawyki (np. dotyczące jedzenia, aktywności fizycznej) przydać się może technika dzielenia celów na etapy. Metoda ta sprzyja realizacji nawet bardzo trudnego celu (np. konieczność schudnięcia o 25 kg) poprzez rozłożenie go na mniejsze podcele (schudnięcie po 2 kg co miesiąc). W ten sposób zwiększa się prawdopodobieństwo sukcesu, a przy okazji wypracowuje się poczucie własnej skuteczności, które będzie skutkowało większą gotowością do zmiany kolejnych niepoświadanych zachowań. Mówi o tym teoria społecznego uczenia się (to nadal

behawioryzm!), która kładzie nacisk na interakcje zachodzące między zachowaniem człowieka a jego środowiskiem. Bandura (twórca tej koncepcji) przyjął, że człowiek jest zdolny do zmiany zachowania, którym sam steruje. Potrzebną do tego zmienną jest poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*), czyli przekonanie osoby, że może przejąć kontrolę nad sytuacją i spowodować pożądaną dla siebie zmianę.

W pracy pielęgniarki z pacjentami przydatna też może się okazać technika karteczek ze wskazówkami, gdzie ustalone zalecenia, napisane koniecznie ręką pacjenta na samoprzylepnych kartkach rozwieszane są w takich miejscach w domu, w których osoba często przebywa. Czasami nie mamy ochoty robić niczego poza zakresem swoich obowiązków, a do niech nie należy przecież wychowywanie (czytaj: modyfikowanie zachowań) pacjentów. W tej sytuacji pozostaje nam zastosowanie się do kilku reguł, typu:

- wykorzystuj w kontakcie z pacjentem komunikaty „na tak” – mów, czego oczekujesz, a nie czego nie chcesz;
- zaprosz pacjenta do gabinetu osobiście (to przecież dobra okazja do wykonania kilku ćwiczeń);
- zwracaj się do pacjenta po imieniu i nazwisku;
- usuń zbędne bariery komunikacyjne (typu segregatory);
- odpowiadaj na pytania pacjenta;
- pozwól mu wyjść z gabinetu dopiero wtedy, gdy będzie przekonany o konieczności zastosowania wybranej metody leczenia.

Wymienione reguły ułatwiają w dużej mierze nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z pacjentem, a jednocześnie stanowią zbiór wzmocnień pozytywnych dla poświadanych zachowań pacjenta (kiedy pielęgniarka np. zaprosi pacjenta do gabinetu osobiście, ten poczuje się szanowany, a zatem nie będzie musiał w inny sposób zaznaczać swojej obecności). ■

Literatura:

1. Corey G., Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2005.
2. Kokoszka A., Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej. Wyd. UJ, Kraków 2009.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie UM w Łodzi

Tabela 1. Zależności między zachowaniem a następującym po nim wzmocnieniem

Zachowania	Przykład
Zachowanie pożądaną + wzmocnienie pozytywne = więcej zachowań poświadanych	Pacjent przyznał się do problemów z przyjmowaniem leków + Ty wytłumaczyłaś mu, dlaczego to jest niebezpieczne = większe prawdopodobieństwo, że pacjent przyzna się do innych rzeczy, które mu szkodzą, a twoja reakcja pozwoli mu ich w przyszłości uniknąć.
Zachowanie pożądaną + brak wzmocnienia (brak uwagi) = mniej zachowań poświadanych	Syt. jw. + Ty w ogóle nie zareagowałaś na to, co usłyszałaś = pacjent rzadziej będzie mówił o swoich problemach z przyjmowaniem leków, ale jednocześnie będzie systematycznie o nich „zapominał”.
Zachowanie pożądaną + kara = mniej zachowań poświadanych	Pacjent przyznał się, że nie przyjmuje regularnie leków + Ty skrzyczyłaś go = pacjent nie przyzna się więcej do zapomniania o lekach, co oczywiście nie oznacza, że nie będzie tego dalej robił (ale na pewno więcej się do tego nie przyzna).
Zachowanie niepożądaną + brak wzmocnienia = mniej zachowań niepoświadanych	Pacjent zachowuje się agresywnie + Ty udajesz, że go nie słyszysz = w przyszłości pacjent rzadziej w Twojej obecności będzie próbował zwrócić na siebie uwagę za pomocą agresji.
Zachowanie niepożądaną + wzmocnienie pozytywne = więcej zachowań niepoświadanych	Pacjent zachowuje się agresywnie + Ty przerywasz rozmowę z innym pacjentem i zajmujesz się agresorem = w przyszłości pacjent będzie częściej w ten sposób zwracał na siebie uwagę.
Zachowanie niepożądaną + kara = mniej zachowań niepoświadanych	Pacjent zachowuje się agresywnie + Ty spokojnie zwracasz się do niego mówiąc, że porozmawiasz z nim dopiero wtedy, kiedy się uspokoi = w przyszłości pacjent rzadziej będzie w Twojej obecności próbował zwrócić na siebie uwagę za pomocą agresji.

źródło: opr. własne

Praktyka pielęgniarska oparta na faktach. Obszary zainteresowań pielęgniarek

ANNA SIKORSKA

Ludzkie życie jest najwyższą i niepodważalną wartością. Dzisiejszy ogromny postęp w dziedzinie medycyny, nowe odkrycia, technologie pozwalają na ratowanie życia, nawet tych dla których jeszcze pół wieku temu nie byłoby żadnej nadziei. Jednak w sytuacji bezpośredniego zagrożenia tej wartości – Nagłego Zatrzymania Krążenia (NZK), nawet najbardziej skomplikowane urządzenia na nic się nie przydadzą, jeśli poszkodowanemu w porę nie udzieli się Pierwszej Pomocy. Paradoks tego oczywistego stwierdzenia, tkwi w tym, że o ile codzienne dowiadujemy się o kolejnych niesamowitych dokonaniach specjalistów w dziedzinie medycyny, o tyle statystyki dotyczące tej elementarnej formy pomocy nie są zadowalające. Codziennie na terenie Europy dochodzi do około 750 tysięcy NZK. 70 proc. przypadków ma miejsce poza szpitalem. Wcześniej rozpoczęta resuscytacja krążeniowo-oddechowa zwiększa możliwość przeżycia poszkodowanego¹. Tematem tego eseju będzie zatem próba odpowiedzi na pytanie: jak duży nacisk w praktyce pielęgniarskiej kładzie się na aspekt udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej i czy w badaniach naukowych temat ten cieszy się zainteresowaniem?

Już wstępna analiza podejmowanego przeze mnie zagadnienia, uwidacznia dość niepokojące tendencje. Otóż wydaje się, że problem ten, leży właściwie poza obszarem zainteresowania pielęgniarek i właśnie z tego powodu, niezmiernie istotnym jest podjęcie dyskusji i refleksji dotyczącej przyczyn takiego stanu rzeczy. Zanim jednak przejdziemy do wniosków, winna jestem nakreślić i merytorycznie uzasadnić stawiane przeze mnie założenia. O marginalizacji tego obszaru badawczego, świadczy już samo to, że jeśli nie zupełnie, to bardzo rzadko jest on podejmowany w czasopiśmie branżowych. Swoje poszukiwania ograniczyłam do trzech pozycji – „Pielęgniarstwo Polskie”, „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”. Mimo, iż analiza ta dotyczyła konkretnych roczników: od 2007 do 2013, a zatem nie była kompletna i całościowa, to przejrzenie 23 egzemplarzy pierwszego, 25 drugiego i 28 trzeciego zarysowuje pewien obraz. W żadnej z powyższych pozycji nie natrafiłam, nawet na jeden artykuł nawiązujący do interesujących mnie treści. Jest to o tyle niepokojące, że stawia przed nami kolejne pytanie:

jeśli w takich czasopiśmie nie podejmuje się żadnych teoretycznych rozważań dotyczących udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, to jak to przedkłada się na praktykę? Mówi się, że „teoria nie idzie w parze z praktyką”, ale w przypadku tego zagadnienia, teoria jest równie istotna jak sama praktyka, bowiem wytyczne z zakresu BLS AED zmieniają się co 4 lata i wszystkie pielęgniarki powinny dążyć do posiadania aktualnej wiedzy i propagowania jej wśród społeczeństwa. Nie możemy, zmieniać mentalności i świadomości społecznej, bez wzorów płynących od tych, którzy wydają się być w tej kwestii najbardziej kompetentni. Pielęgniarka będąca specjalistką w swoim zawodzie ma prawo jak i obowiązek ratowania ludzkiego życia. Jednak niemniej istotna jest edukacja w tym zakresie, nie tylko jako poszerzenie i aktualizowanie zdobytych kwalifikacji, ale także dzielenie się nimi, przynajmniej w zakresie tak elementarnej kwestii, jak pierwsza pomoc, z innymi. Tak cenną wiedzę można rozpowszechniać w każdym miejscu zatrudnienia zaczynając od środowiska szkolnego, poprzez POZ, szpital i środowisko domowe. W myśl rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23.12.2008 w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w różnych typach szkół (Dz. U. Nr 4, poz 17) „pielęgniarka lub higienistka szkolna jako specjalista i autorytet w tej dziedzinie powinna prowadzić edukację z pierwszej pomocy”².

Niestety, moje osobiste doświadczenia pokazują, że rozporządzenia pozostają jedynie na papierze, a rzeczywistość znacznie od nich odbiega. Będąc na praktykach w ramach POZ niejednokrotnie spotkałam się z niekompetencją pielęgniarek, które próbowały „ocucić” omdlałe dziecko przez oklepywanie policzków i mocne potrząsanie obu ramion. Nie kontrolowały podstawowych czynności życiowych, takich jak oddech oraz nie postępowały wedle podstawowych zasad pierwszej pomocy (udrożnienie dróg oddechowych, uniesienie kończyn dolnych). W gabinecie zabiegowym wisiała kartka z nieaktualnym algorytmem RKO a personel medyczny nie znał nowych zaleceń Polskiej Rady Resuscytacji. Osobiście uważam, że takie przypadki nie powinny mieć miejsca, jako iż negatywnie wpływają na wize-

runek naszego środowiska zawodowego, w którym niezwykle ważne jest zdobycie społecznego zaufania. Ponadto, musimy też postawić pytanie: „Kto, jeśli nie pielęgniarze i pielęgniarki, powinni posiadać, szeroką wiedzę i aktualną praktykę dotyczącą udzielania pierwszej pomocy?”. Kompetentni nauczyciele, to kompetentni uczniowie – i tylko taka postawa może sprawić, że ta elementarna forma pomocy, stanie się praktyką, która swym zasięgiem obejmie całe społeczeństwo. Jak zauważa Kubiak, problematyka pierwszej pomocy w Polsce ma niską rangę społeczną. „Podstawowe umiejętności z zakresu samoratownia i udzielania pierwszej pomocy nie są postrzegane jako ważne na tyle, by stawiać je w jednym rzędzie z »nobleznymi« przedmiotami szkolnymi, takimi jak: język polski, matematyka, fizyka albo języki obce”³. Takie wnioski nie powinny dziwić, skoro w samym środowisku pielęgniarskim te zagadnienia nie są podejmowane, nie mówiąc już o promowaniu ich poza własną grupą zawodową, wśród całego społeczeństwa.

Podsumowując, powyższe rozważania podjęte w tym eseju, chciałabym podkreślić, że były one próbą zwrócenia uwagi na problem, który wydaje mi się niezwykle istotny. Jako osoba, która aktywnie działa w tym temacie, nie tylko stale aktuali-

zując swoją wiedzę, ale i przekazując ją innym, wiem, że każda kolejna przeszkolona osoba, to nadzieja na uratowanie tej niezaprzeczonej najwyższej wartości jaką jest życie. Musimy zatem zdać sobie sprawę, że obszar ten, jest niemniej ważny i istotny, zarówno w wymiarze teoretycznym jak i praktycznym od innych, dlatego powinniśmy propagować go nie tylko we własnym środowisku, ale i poza nim. ■

Literatura:

1. Wytyczne Resuscytacji 2010, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2010, s. 7.
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr. 4, poz. 17).
3. K. Kubiak, Pierwsza pomoc – wspólna sprawa, Na Ratunek 2009, s. 26–27.
4. D. Olejniczak, D. Miciuk, U. Religioni, Ocena stanu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej Piel. Zdr. Publ. 2013, 3, 2, 101–110.

Anna Sikorska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wydział Nauk o Zdrowiu
Kierunek Studiów Pielęgniarstwo
II stopień, stacjonarne

³ K. Kubiak, Pierwsza pomoc – wspólna sprawa, Na Ratunek 2009, s. 26–27.

Podziękowania dla Pani Anny Warzyniak starszej położnej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Powiatowego w Radomsku

W związku z przejściem na emeryturę składamy Ci Aniu serdeczne podziękowanie i wyrazy uznania za pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową, sumiennosc i rzetelnosc w wykonywaniu swoich obowiązków. Dziękujemy Ci za troskę, cierpliwosc i uśmiech w stosunku do pacjentek oraz całego zespołu współpracującego.

Na ten nowy etap w życiu życzymy dużo zdrowia, pogody ducha i realizacji marzeń.

Położne oraz Współpracownicy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego

¹ Wytyczne Resuscytacji 2010, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2010, s. 7.

² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr. 4, poz. 17)



W dniu 15 grudnia 2013 r. odeszła od nas na zawsze

śp. Halina Koper (z domu Wąsikiewicz)
starsza położna

Ceniona przez pacjentki i koleżanki. Zawsze chętna do pomocy,
uśmiechnięta i życzliwa.

Taką Halinkę zapamiętamy na zawsze.

Położne Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
Szpitala Powiatowego w Radomsku



*Pokój Ci w cichej krainie,
gdzie ból nie sięga,
gdzie tęcza nie płynie...*

W dniu 15 lutego 2014 r. zmarła w wieku 50 lat nasza koleżanka

śp. Ewa Chmielewska

pielęgniarka instrumentariuszka, pracownica
Wojewódzkiego Zespołu Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia
Chorób Płuc i Rehabilitacji w Tuszynie.

żegnają Przełożone Pielęgniarek, Oddziałowa, Koleżanki z Bloku Operacyjnego,
OIOM-u i pozostałe koleżanki WZOZCHPIR w Tuszynie