

**BIULETYN INFORMACYJNY OIPIP w Gorzowie Wlkp.**

**WYDAWCA:**

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)  
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.  
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

**REDAKCJA:** mgr Aldona Stańko

**OPRACOWANIE TECHNICZNE:** inż. Bartosz Kaczmarek

**ZDJĘCIA:** Marlena Byczek

ISSN 1429-9275

**INFORMACJE BIURA OIPIP w Gorzowie Wlkp.**

**BIURO:**

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,  
tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83  
Izba czynna **poniedziałek, wtorek, środa, piątek od godziny 7.00— 15.00**  
**czwartek 7.00 – 17.00**

**PRZEWODNICZĄCA OIPIP**

*mgr Aldona Stańko*

przyjmuje interesantów  
po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania.

**WICEPRZEWODNICZĄCE OIPIP**

*Maria Teresa Ziółkowska, OIPIP w Gorzowie Wlkp., tel. (095) 729 67 84*

*Halina Kąkolewska, WOMP Gorzów Wlkp.*

**RADCA PRAWNY**

*Halina Łagocka* przyjmuje interesantów w każdy piątek w godz.: 8.00-11.00

**OKRĘGOWY RZECZNIK  
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**

*Herodowicz Anna*

**(95) 7202 303**

**ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI  
ZAWODOWEJ**

*Majchrzak Beata (95) 7259 338*

*Korczyńska Jolanta (95) 7331 604*

*Chraplak Małgorzata (95) 7331 300*

*Kosecka Danuta (95) 7331 631*

*Bożena Kwiatek (95) 7364 555*

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

*mgr Teresa Stankiewicz*

**PREZES KPiPR W POLSCE  
ODDZIAŁU TERENOWEGO W GORZOWIE WLKP.**

*mgr Barbara Burzyńska*

**W BIULETYNIE:**

**Str.3**

Podsumowanie zabezpieczenia medycznego  
XVIII Przystanku Woodstock.

**Str.3**

Pielęgniarka jako funkcjonariusz publiczny.

**Str.8**

Prawa pacjenta w praktyce pielęgniarki  
i położnej.

**Str.10**

Niczego nie ukrywać

**Str.12**

Zalecenie Nr 157 Międzynarodowej  
Organizacji Pracy dotyczące zatrudnienia  
oraz warunków pracy i życia personelu  
pielęgniarskiego

**Str.22**

Ministerstwo Zdrowia

**Str.25**

Sprawy Różne

**Str.29**

Kondolencje

## Podsumowanie zabezpieczenia medycznego XVIII Przystanku Woodstock

W dniach 1-5.08.2012r na terenie miasta Kostrzyna odbyła się największa w Polsce impreza masowa -XVIII Przystanek Woodstock 2012. Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą, należący do sieci szpitali Grupy Nowy Szpital, jak co roku należycie wywiązał się z obowiązku, jaki na nim spoczywał. Pełni zadowolenia i usatysfakcjonowania możemy dziś powiedzieć, że wszystko przebiegło zgodnie z założeniami i ustalonym planem. W trakcie zabezpieczenia medycznego szpitala w Kostrzynie, jak i szpitala polowego znajdującego się na terenie Festiwalu, nie wynikły żadne sytuacje nadzwyczajne, które przyczyniłyby się do powzięcia jakichś szczególnych kroków lub zmian w założonych planach.

Przez czas trwania XVIII Przystanku Woodstock Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą, tj. od godz. 8.00 dnia 1.08.2012 do godz. 8.00 dnia 5.08.2012 udzielił 366 porad medycznych uczestnikom imprezy. Największą część osób trafiła do poradni chirurgicznej, gdzie udzielono 238 porad. W ambulatorium Podstawowej Opieki Zdrowotnej z pomocy medycznej skorzystały 123 osoby. Hospitalizacji w Nowym

Szpitalu w Kostrzynie nad Odrą poddano 5 pacjentów. 11 osób ze szpitala przetransportowano do leczenia w innych ośrodkach.

Zespoły Ratownictwa Medycznego wyjeżdżały 38 razy w celu udzielenia pomocy medycznej uczestnikom festiwalu.

W szpitalu polowym, obsługiwanym przez Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą, znajdującym się na terenie Festiwalu, udzielono pomocy 580 uczestnikom Festiwalu.

Przy zabezpieczeniu medycznym na terenie Nowego Szpitala pracowało blisko 60 wolontariuszy z rejonu całej Polski, w tym: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni oraz ratownicy KPP. Personel pielęgniarski i położniczy zatrudniony w naszym szpitalu, jak zawsze służył pomocą i po raz kolejny stanął na wysokości powierzonych mu zadań. Dla personelu szpitala jest to czas wytężonej pracy, dodatkowego stresu związanego z charakterem imprezy masowej.

## Pielęgniarka jako funkcjonariusz publiczny

### Art. 11. Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

1. 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.

2. Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4. ust. 1 pkt 1-5 i art. 5. ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.<sup>[6]</sup>).

Czynności, przy których pielęgniarka podlega ochronie:

- 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

Czynności, przy których pielęgniarka podlega ochronie

- 1) rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- 6) sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badanie noworodków i opieka nad nimi oraz podejmowanie w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- 8) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

Funkcjonariusz publiczny – art. 115 § 13 kodeksu karnego

**Funkcjonariuszem publicznym** jest:

- 1) Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) poseł, senator, radny;
- 3) poseł do Parlamentu Europejskiego;
- 4) sędzia, ławnik, prokurator, funkcjonariusz finansowego organu postępowania przygotowawczego lub organu nadrzędnego nad finansowym organem postępowania przygotowawczego, notariusz, komornik, kurator sądowy, syndyk, nadzorca sądowy i zarządca, osoba orzekająca w organach dyscyplinarnych działających na podstawie ustawy;
- 5) osoba będąca pracownikiem administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba w zakresie, w którym uprawniona jest do wydawania decyzji administracyjnych;
- 6) osoba będąca pracownikiem organu kontroli państwowej lub organu kontroli samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe;
- 7) osoba zajmująca kierownicze stanowisko w innej instytucji państwowej;
- 8) funkcjonariusz organu powołanego do ochrony bezpieczeństwa publicznego albo funkcjonariusz Służby Więziennej;
- 9) osoba pełniąca czynną służbę wojskową;
- 10) pracownik międzynarodowego trybunału karnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe.

#### Przestępstwa przeciwko funkcjonariuszom publicznym

#### **Art. 222. [Naruszenie nietykalności funkcjonariusza]**

§ 1. Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych,

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

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 wywołało niewłaściwe zachowanie się funkcjonariusza lub osoby do pomocy mu przybranej, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

#### **Art. 223. [Czynna napaść]** <sup>[163]</sup>

§ 1. Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub

w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2. do 12.

#### **Art. 224. [Wymuszenie]**

§ 1. Kto przemocą lub groźbą bezprawną wywiera wpływ na czynności urzędowe organu administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto stosuje przemoc lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego albo osoby do pomocy mu przybranej do przedsięwzięcia lub zaniechania prawnej czynności służbowej.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 2. jest skutek określony w art. 156. § 1 lub w art. 157. § 1, sprawca

podlega karze pozbawienia wolności od 3. miesięcy do lat 5.

#### **Art. 224a. [Wprowadzenie w błąd instytucji użyteczności publicznej]** <sup>[164]</sup>

Kto wiedząc, że zagrożenie nie istnieje, zawiadamia o zdarzeniu, które zagraża życiu lub zdrowiu wielu osób lub mieniu w znacznych rozmiarach lub stwarza sytuację, mającą wywołać przekonanie o istnieniu takiego zagrożenia, czym wywołuje czynność instytucji użyteczności publicznej lub organu ochrony bezpieczeństwa, porządku publicznego lub zdrowia mającą na celu uchylenie zagrożenia, podlega karze pozbawienia wolności od 6. miesięcy do lat 8.

#### **Art. 226. [Znieważenie funkcjonariusza]**

§ 1. <sup>[167]</sup> Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2. Przepis art. 222. § 2 stosuje się odpowiednio.

§ 3. Kto publicznie znieważa lub poniża konstytucyjny organ Rzeczypospolitej Polskiej,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

#### **Art. 231a. [Ochrona prawna funkcjonariuszy publicznych]**

Z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych funkcjonariusz publiczny korzysta również wtedy, jeżeli bezprawny zamach na jego osobę został podjęty z powodu wykonywanego przez niego zawodu lub zajmowanego stanowiska.

**KONKURS NA STANOWISKO NACZELNEJ  
PIELĘGNIARKI, PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK,  
PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ**

**Art. 49. [Konkurs na najwyższe stanowiska]**

1. W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko:

- 1) kierownika;
- 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem;
- 3) ordynatora;
- 4) naczelną pielęgniarkę lub przełożoną pielęgniarek;
- 5) pielęgniarki oddziałowej.

2. Konkurs na stanowisko kierownika oraz zastępcy kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska - kierownik.

3. Jeżeli do konkursu nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów lub w wyniku konkursu nie wybrano kandydata albo z kandydatem wybranym w postępowaniu konkursowym nie nawiązano stosunku pracy albo nie zawarto umowy cywilnoprawnej, odpowiednio podmiot tworzący lub kierownik ogłasza nowy konkurs w okresie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w poprzednim konkursie.

4. Jeżeli w wyniku postępowania w dwóch kolejnych konkursach kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w ust. 3, odpowiednio podmiot tworzący lub kierownik nawiązuje stosunek pracy z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej.

5. Z kandydatem wybranym w drodze konkursu lub wskazanym w trybie ust. 4. na stanowisko określone w ust. 1. pkt 2-5 kierownik nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę.

6. Stosunek pracy z kandydatem wybranym na stanowisko określone w ust. 1. nawiązuje się na 6 lat. Okres ten może być przedłużony do 8. lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą z dnia 6 lutego 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 182) określa procedurę przeprowadzania konkursu kierując się potrzebą zapewnienia przejrzystości procedury konkursowej.**

**§ 1.**

Rozporządzenie określa:

1) sposób przeprowadzania konkursu w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą na stanowisko:

- a) kierownika,
- b) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem,

- c) ordynatora,
- d) naczelną pielęgniarkę lub przełożoną pielęgniarek,
- e) pielęgniarki oddziałowej;

2) skład oraz tryb i warunki powoływania oraz odwoływania komisji konkursowej;

3) ramowy regulamin przeprowadzania konkursu,

**§ 3.**

1. Konkurs na stanowiska, o których mowa w § 1. pkt 1, przeprowadza komisja konkursowa powołana przez właściwy podmiot.

2. Komisję konkursową powołuje się w terminie 2. miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem.

3. Powołanie komisji konkursowej wszczyna postępowanie konkursowe.

**§ 4.**

1. Postępowanie konkursowe obejmuje:

1) opracowanie i przyjęcie przez komisję konkursową regulaminu konkursu, na podstawie ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu stanowiącego załącznik do rozporządzenia;

2) opracowanie i przyjęcie przez komisję konkursową projektu ogłoszenia o konkursie;

3) ogłoszenie o konkursie, w terminie 2. miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego;

4) rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur;

5) wybranie kandydata na stanowisko objęte konkursem.

2. Postępowanie konkursowe prowadzi się z zachowaniem kolejności czynności określonych w ust. 1.

**§ 5.**

1. W skład komisji konkursowej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem lub krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby, której dotyczy postępowanie konkursowe, albo pozostaje wobec niej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności.

2. Jeżeli okoliczności, o których mowa w ust. 1., zostaną ujawnione po powołaniu komisji konkursowej, właściwy podmiot dokonuje w jej składzie odpowiedniej zmiany; komisja konkursowa w nowym składzie może uznać za ważne czynności dokonane przez komisję konkursową działającą w składzie poprzednim.

**§ 6.**

1. O wszczęciu postępowania konkursowego na stanowiska, o których mowa w § 1. pkt 1 lit. b i d (naczelną pielęgniarkę), właściwy podmiot powiadamia pisemnie zakładowe organizacje związkowe działające w podmiocie leczniczym.

2. Zakładowe organizacje związkowe, o których mowa w ust. 1., w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia dokonują wyboru przedstawiciela, o którym mowa w § 10. pkt 2. lit. d oraz pkt 4 lit. d.

3. W przypadku niedokonania wyboru przedstawiciela, o którym mowa w ust. 2., konkurs odbywa się bez jego udziału.

#### § 7.

1. Właściwy podmiot powiadamia pisemnie przewodniczącego komisji konkursowej o składzie osobowym komisji.

2. Przewodniczący komisji konkursowej powiadamia pisemnie członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej, co najmniej na 14 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia.

3. Przyjęcie regulaminu konkursu i projektu ogłoszenia o konkursie może odbywać się w drodze korespondencyjnej. Regulamin konkursu i projekt ogłoszenia o konkursie uważa się za przyjęty, jeżeli żaden z członków komisji konkursowej nie zgłosi uwag w terminie wskazanym przez przewodniczącego komisji konkursowej.

4. W przypadku nieprzyjęcia dokumentów, o których mowa w ust. 3., przez komisję konkursową w drodze korespondencyjnej, przewodniczący komisji konkursowej zarządza posiedzenie komisji.

5. Przewodniczący komisji konkursowej przekazuje właściwemu podmiotowi regulamin konkursu oraz projekt ogłoszenia o konkursie.

#### § 8.

1. Postępowanie konkursowe jest nieważne w przypadku:

1) niezachowania kolejności czynności, o których mowa w § 4 .ust. 1;

2) niedokonania jednej lub więcej czynności określonych w § 4. ust. 1;

3) niespełnienia warunków określonych w § 9;

4) rozpatrzenia kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 12;

5) ujawnienia, po zakończeniu postępowania konkursowego, że do składu komisji konkursowej powołane zostały osoby, o których mowa w § 5 ust. 1;

6) naruszenia tajności głosowania;

7) niepowiadomienia kandydata lub członka komisji konkursowej o terminie posiedzenia komisji.

2. Wniosek o stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego zgłasza się do właściwego podmiotu w terminie 14. dni od dnia wybrania przez komisję konkursową kandydata na stanowisko objęte konkursem.

3. W przypadku stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego właściwy podmiot ogłasza konkurs ponownie.

Ponowne wszczęcie postępowania konkursowego następuje w terminie 2. miesiący od dnia stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego.

#### § 9.

1. Ogłoszenie o konkursie zawiera w szczególności:

1) nazwę i adres podmiotu leczniczego;

2) informację o zasadach udostępniania materiałów informacyjnych o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego;

3) stanowisko objęte konkursem;

4) wymagane kwalifikacje kandydata;

5) miejsce oraz termin złożenia wymaganych od kandydatów dokumentów, nie krótszy niż 30 dni od dnia opublikowania ogłoszenia;

6) przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur.

2. W ogłoszeniu można zamieścić informację o warunkach pracy i warunkach socjalnych, które zapewnia podmiot leczniczy.

3. Ogłoszenie o konkursie należy:

1) zamieścić w prasie codziennej o zasięgu ogólnokrajowym;

2) podać do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w siedzibie podmiotu leczniczego.

#### § 10.

W skład komisji konkursowej wchodzi:

1) w przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek:

a) przedstawiciel Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego jako przewodniczący komisji,

b) od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego,

c) przedstawiciel Okręgowej Rady Lekarskiej właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego,

d) przedstawiciel zakładowych organizacji związkowych działających w podmiocie leczniczym, z wyjątkiem konkursu na stanowisko przełożonej pielęgniarek,

e) dwaj przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego,

f) przedstawiciel właściwego towarzystwa naukowego;

2) w przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska pielęgniarki oddziałowej;

- a) przedstawiciel Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego jako przewodniczący komisji,
- b) od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego,
- c) ordynator danego oddziału lub lekarz kierujący danym oddziałem,
- d) przełożona pielęgniarek albo naczelną pielęgniarka,
- e) przedstawiciel Okręgowej Rady Lekarskiej właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego, a jeżeli postępowanie konkursowe jest realizowane w podmiocie leczniczym, w którym są zatrudnieni członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej, również przedstawiciel tej izby; w przypadku gdy postępowanie konkursowe jest realizowane w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej - przedstawiciel Wojskowej Izby Lekarskiej,
- f) dwaj przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego.

#### § 11.

Komisja konkursowa może prowadzić prace, jeżeli w posiedzeniach komisji bierze udział co najmniej połowa liczby osób powołanych w skład komisji, w tym jej przewodniczący.

#### § 12.

1. Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają:

- 1) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem;
- 2) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo;
- 3) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej;
- 4) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata;
- 5) kopie dokumentów, o których mowa w pkt 4., powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem; na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany przedstawić oryginały dokumentów;
- 6) zaświadczenie o niekaralności.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1., kandydaci zgłaszający się do konkursu składają właściwemu podmiotowi; na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres i numer telefonu kontaktowego, a także adnotację o treści: „Konkurs na stanowisko ...” (należy podać nazwę stanowiska objętego konkursem).

3. Kandydat zgłaszający się do konkursu składa oświadczenie, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

#### § 13.

1. W trakcie rozpatrywania zgłoszonych kandydatur komisja konkursowa w toku rozmowy z kandydatem może wymagać, aby kandydat wykazał się stosowną wiedzą, w tym w stosunku do kandydatów na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego, zastępcy kierownika podmiotu leczniczego oraz naczelną pielęgniarki albo przełożonej pielęgniarek - wiedzą i umiejętnościami związanymi z zarządzaniem podmiotem leczniczym; wiedzę tę sprawdza komisja konkursowa albo wyznaczeni przez przewodniczącego komisji jej członkowie.

2. Każdemu kandydatowi zgłaszającemu się do konkursu udostępnia się jednakowe dla wszystkich kandydatów materiały informacyjne o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego.

#### § 14.

1. Komisja konkursowa wybiera kandydata na dane stanowisko w drodze tajnego głosowania, bezwzględna większością głosów.

2. Jeżeli w głosowaniu, o którym mowa w ust. 1., kandydat nie został wybrany, przewodniczący komisji konkursowej zarządza drugie głosowanie.

3. Jeżeli w drugim głosowaniu kandydat nie został wybrany, przewodniczący komisji konkursowej zarządza trzecie głosowanie.

4. Przeprowadzenie drugiego i trzeciego głosowania odbywa się w sposób wskazany w ust. 1. i może być poprzedzone ponowną dyskusją członków komisji konkursowej i rozmową z kandydatem.

#### § 15.

1. Ze swoich czynności komisja konkursowa sporządza protokół postępowania konkursowego, który podpisują wszyscy członkowie komisji konkursowej obecni na posiedzeniu.

2. Protokół udostępnia się do wglądu kandydatom biorącym udział w konkursie, na ich żądanie.

3. Właściwy podmiot powiadamia pisemnie o wynikach konkursu kandydatów biorących udział w konkursie w terminie 14. dni od dnia ostatniego posiedzenia komisji konkursowej.

#### § 16.

Komisja konkursowa ulega rozwiązaniu z dniem nawiązania stosunku pracy albo zawarcia umowy cywilnoprawnej z kandydatem wybranym w drodze konkursu albo z osobą, o której mowa w art. 49. ust. 4 ustawy.

apl. radc. Katarzyna Bąk

## Prawa pacjenta w praktyce pielęgniarki i położnej

### Kluczowe prawa pacjenta w pracy personelu pielęgniarskiego.

Podstawa prawna:

- ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008r.
- Art. 16. ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej;

Pielęgniarka i położna są obowiązane:

- 1) informować pacjenta o jego prawach, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.);
- 2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarskiej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu.

#### PRAWA PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

- żądanie, aby udzielająca mu świadczeń zdrowotnych pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Pielęgniarka może odmówić, jeżeli uzna żądanie za bezzasadne. Żądanie i odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej;
- udzielanie przez pielęgniarki świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;

#### PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

- pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo uzyskać od pielęgniarki przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich

#### PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIM ZWIĄZANYCH

- pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, osoba taka ma obowiązek zachowania informacji w tajemnicy, wyjątki: inna ustawa, zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrażają zgodę na ujawnienie tajemnicy, zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Związanie tajemnicą ma miejsce również po śmierci pacjenta.

#### PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI PACJENTA

- Art. 20. [Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta]

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

#### Art. 21. [Obecność osoby bliskiej]

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

#### Art. 22. [Obowiązek postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20. ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.
3. Do osób, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art. 13. i 14.

#### PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

#### Art. 18. Ustawy zawodowej

Pielęgniarka i położna mają obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

#### Art. 23. [Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej]

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

#### Art. 24. [Obowiązek przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany

prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

**2. Lekarze, pielęgniarki i położne są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 25.**

Art. 25. [Zawartość dokumentacji medycznej]

Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

a) nazwisko i imię (imiona),

b) datę urodzenia,

c) oznaczenie płci,

d) adres miejsca zamieszkania,

e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;

2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;

3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

4) datę sporządzenia.

#### PRAWO PACJENTA DO POSZANOWANIA ŻYCIA PRYWATNEGO I RODZINNEGO.

Art. 33. [Prawo do kontaktu osobistego z innymi osobami]

1. Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

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

Art. 34. [Prawo do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej]

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej.

2. Przez dodatkową opiekę pielęgniacyjną, o której mowa w ust. 1. rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i położu.

Art. 35. [Koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1]

1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33. ust. 1 i art. 34. ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

2. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik podmiotu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33. ust. 1 i art. 34. ust. 1.

3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2. oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu przedsiębiorstwa podmiotu, o którym mowa w ust. 1.

**Art. 23. [Dodatkowa opieka pielęgniacyjna] – ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej**

1. Pielęgniarka i położna mogą wykonywać w podmiocie leczniczym dodatkową opiekę pielęgniacyjną, o której mowa w art. 34. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z pacjentem, osobą bliską, o której mowa w art. 3. ust. 1 pkt 2. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta lub opiekunem prawnym.

2. Pielęgniarka lub położna, o których mowa w ust. 1. informują podmiot leczniczy, w którym będą wykonywać opiekę pielęgniacyjną na podstawie umowy określonej w ust. 1., najpóźniej w dniu podjęcia opieki.

**Praktyczne rozwiązania w zakresie upoważnień i zgody pacjenta na wykonanie procedur medycznych, podanie leków.**

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

**Art. 15. [Wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych]**

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

**Art. 16. [Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenia]**

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

**Art. 17. [Prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania]**

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.



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

#### **Art. 18. [Forma pisemna zgody]**

1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17. ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17. ust. 2 i 3.

2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1. pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9. ust. 2.

3. Przepisy art. 17 ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.

#### **Art. 19. [Odesłanie do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty]**

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

apl. radc. Katarzyna Bąk

## Niczego nie ukrywać

*Przyjmuje się, że błąd medyczny występuje wtedy, kiedy lekarz, pielęgniarka lub inny pracownik medyczny podczas wykonywania czynności zawodowych nie dołożył staranności lub przekroczył swoje kompetencje, czego konsekwencją jest utrata przez chorego zdrowia lub życia.*

Ostatnio obserwuje się zjawisko zastępowania pojęcia błędu medycznego określeniem zdarzenia niepożądanego, które znaczeniowo jest szersze, ponieważ udział czynników zewnętrznych, takich jak organizacja pracy czy wyposażenie stanowisk, jest w tym przypadku istotny. Zarówno błąd medyczny, jak i zdarzenie niepożądane nie są pojęciami kodeksowymi - przepisy prawa ich nie definiują.

#### **Błąd wykonawczy**

Błąd związany z działalnością pielęgniarki w znaczeniu prawa jest najczęściej kategorią błędu wykonawczego, polegającego na niepoprawnym wykonaniu zleceń diagnostycznych i terapeutycznych. Tego typu błędy obciążają zwykle pielęgniarkę, która jest zaangażowana w złożony proces diagnozowania i leczenia pacjenta. Liczne czynności pielęgniarskie mogą być przyczyną powstania ryzyka wykonawczego, ponieważ każda czynność medyczna jest obciążona ryzykiem błędu, a więc szkodą chorego. Im bardziej skomplikowany zabieg, tym ryzyko większe.

Pielęgniarka w toku nauki i szkolenia zawodowego nabywa prawo do wykonywania czynności medycznych mniej lub bardziej skomplikowanych, samodzielnie lub na zlecenie lekarskie. Jest zobowiązana do poprawności i zleconych do wykonania przez innych, jak również do egzekwowania czytelnych i jasnych wpisów w karcie zleceń, prawidłowego i zrozumiałego ich sformułowania. Jeśli tego nie zrobi i postąpi nieprawidłowo, weźmie za to odpowiedzialność.

Zdarza się, że lekarz zleci pielęgniarce wykonanie czynności (zabiegu), które wykraczają poza zakres jej kompetencji. W takim przypadku w razie błędu lub nieprawidłowości odpowiedzialność poniesie i lekarz, i pielęgniarka.

W pracy zawodowej pielęgniarki podstawą bezpieczeństwa wykonywanych działań, prócz staranności, dokładności i sumienności, jest znajomość zagadnień dotyczących

wykonywanego zawodu: zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Istotne znaczenie mają również cechy psychospołeczne pielęgniarki. Odmowa wykonania zlecenia źle lub niepoprawnie sformułowanego nie należy do łatwych. Pielęgniarka zajmując takie stanowisko, musi być przekonana o poprawności swojej decyzji, broniąc jej umiejętnie, nie może tworzyć sytuacji konfliktowych.

#### **Kategorie błędów pielęgniarskich**

Przyczyny powstawania błędów medycznych związanych z wykonywanymi przez pielęgniarkę czynnościami zawodowymi dzielimy na personalne — leżące po stronie pielęgniarki oraz organizacyjne - leżące po stronie zakładu pracy.

#### **Przyczyny personalne**

Powszechnym błędem pielęgniarek jest wykonywanie zleceń lekarskich nieudokumentowanych wpisem w kartę zleceń lekarskich. Obowiązek ten wynika m.in. z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2010 r., nr 252, póź. 1697), gdzie określono zasady zlecania leków i zabiegów: podstawą wykonania zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę jest wpis w dokumentację medyczną, tzw. kartę zleceń lekarskich,. Pielęgniarka wykonuje zabieg lekarski zgodnie ze zleceniem, które zawiera nazwę leku, dawkę, postać leku, częstotliwość podania, drogę podania, autoryzację lekarza potwierdzającego zlecenie na daną dobę. Jeśli w zleceniu brak jest któregośkolwiek z wpisów, pielęgniarka ma prawo odmówić wykonania zlecenia, informując o tym lekarza zlecającego. Wyjątek stanowią sytuacje nagłe, interwencje oraz reanimacje (określone odrębnymi przepisami).

Indywidualna karta zleceń lekarskich jest jedynym dokumentem, na podstawie którego pielęgniarka może wykonać zabieg medyczny (lekarski). Znaną praktyką w szpitalach jest przepisywanie zleceń wpisanych w dokumentację medyczną do różnego rodzaju „pomocników”: zeszytów, notesów oraz na karteczki itp. Wpisy te stanowią podstawę wykonywania różnorodnych

czynności i zabiegów: od pobierania krwi do badań diagnostycznych, zlecenia konsultacji, przetaczania krwi, wykonywania iniekcji dożylnych czy domięśniowych. Tymczasem przepisywanie zleceń to prosta droga do pomyłek. W praktyce źle udokumentowane, nieczytelne zlecenia lekarskie są zjawiskiem dość częstym, niejednokrotnie akceptowanym przez pielęgniarki, które wykonują zabiegi zlecane przez telefon, zlecenia wydane ustnie, źle lub nieprawidłowo zapisane.

Pielęgniarka zgodnie z obowiązującym stanem prawnym jest również uprawniona do wykonywania pewnych czynności medycznych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. Nr 210,poz.1540). Niektóre z nich wymagają jednak od pielęgniarki przeszkolenia specjalistycznego. Powszechnym zjawiskiem w szpitalach jest wykonywanie przez pielęgniarki badania EKG, które często nie jest wpisane w kartę zleceń lekarskich.

Jeśli nie jest wpisane, a pielęgniarka je wykonuje, to zgodnie z obowiązującym prawem powinna odbyć odpowiednie przeszkolenie, uprawniające do wykonywania tej czynności. Pielęgniarki na pytanie, dlaczego wykonują zabiegi EKG bez udokumentowanego zlecenia, nie mając do tego uprawnień, odpowiadają najczęściej, że robią to dla chorego albo nie chcą narażać się na niepotrzebne komentarze, sprzyjające powstawaniu złej atmosfery, albo że badanie trzeba wykonać szybko i nie ma czasu na formalności.

Pielęgniarki niejednokrotnie stają przed dylematami: czy mogą wykonywać niektóre czynności bez przeszkolenia specjalistycznego, mimo zlecenia lekarskiego? Najczęściej je wykonują, bo nie znają zasad i przepisów dotyczących swojego zawodu, niejasne są też zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Do takich czynności można m.in. zaliczyć: wykonywanie szczepień ochronnych, zakładanie prób tuberkulinowych, odczytywanie prób uczuleniowych, podłączanie krwi lub preparatów krwiopochodnych, wykonywanie prób biologicznych, intubowanie pacjentów, obsługa dializatorów.

W praktyce pielęgniarskiej największym ryzykiem powstania błędu jest obciążone podawanie leków. Z badań przeprowadzonych na ten temat przez amerykańską agencję zajmującą się jakością wynika, że 30% wszystkich podań leków jest zagrożonych błędem medycznym. Leki w szpitalach podają głównie pielęgniarki, w związku z tym to właśnie tej grupie zawodowej należy przypisać tę statystykę. W Polsce brak jest danych na ten temat, ponieważ nie prowadzi się takich obserwacji.

Szpitalne błędów nie rejestrują- personel ich nie zgłasza. Liczne czynniki leżące po stronie pielęgniarki przyczyniają się do ich powstawania: niewłaściwe odczytanie zlecenia, przeoczenie zlecenia, złe wyliczenie dawki leku, niewłaściwa droga podania leku, podanie leku przeterminowanego, zbyt szybkie podanie leku, podanie innego leku (najczęściej ze strzykawki leżącej obok), zastosowanie innego zamiennika, nieprzebranie zasad aseptyki, pomylenie godzin podania leku, zła technika podania leku. Pielęgniarki mają

świadomość istniejącego ryzyka, co potwierdzają wyniki sondaży przeprowadzonych na ten temat przez ośrodki zajmujące się problematyką jakości.

### Przyczyny organizacyjne

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie wynika, że wśród zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych zaledwie w kilku procentach winna popełnienia błędu jest konkretna osoba. W większości przypadków jest to skutek niewłaściwej organizacji pracy. Jeśli w szpitalu przyjęty jest zwyczaj przepisywania zleceń lekarskich do „pomocników”, zaakceptowany przez organizatorów i kadrę kierowniczą, mamy do czynienia ze złą organizacją pracy, która sprzyja występowaniu błędów medycznych.

Pracy pielęgniarki towarzyszy wiele okoliczności, które stwarzają ryzyko błędów, a nawet wykroczeń zawodowych. Zwłaszcza jeśli skomplikowane zadania wypełniają pracownicy przeciążeni pracą, z niskim poziomem motywacji do jej wykonywania. Zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, brak wypracowanych standardów dotyczących obsad kadrowych na oddziałach, z podziałem na poszczególne odcinki pracy i zmiany dyżurowe, to kolejny przykład sytuacji sprzyjającej powstawaniu błędów.

Określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, zwłaszcza w szpitalach, to ciągle aktualny problem. Nie da się stworzyć jednego, uniwersalnego dokumentu z podaniem konkretnych liczb, ponieważ każdy szpital jest inny, nawet oddziały tej samej specjalności różnią się między sobą. Normy zatrudnienia, niezwykle ważne dla prawidłowego i bezpiecznego zorganizowania pracy w szpitalu, muszą powstawać w konkretnych jednostkach, uwzględniając ich specyfikę i indywidualne warunki pracy.

Niezwykle istotnym elementem, niejednokrotnie pomijanym, jest przyjęcie przez szpitale alternatywnych form pracy na wypadek absencji chorobowych i nieobecności pielęgniarek. Brak odpowiednich uregulowań powoduje, że zaczynają się pojawiać błędy w podejmowaniu decyzji organizacyjnych, które mogą skutkować błędami medycznymi. Do takich decyzji należy zaliczyć dokonywanie rotacji personelu między oddziałami, bądź pozostawianie na dyżurach pielęgniarek niedoświadczonych.

Kolejnym przykładem sytuacji organizacyjnej, która sprzyja błędom, jest akceptowanie przez kierownictwo dublowania zmian dyżurowych spowodowanego dodatkowymi zatrudnieniami pielęgniarek, np. łączenie dyżuru dziennego z nocnym. Następnym problemem to obciążanie personelu pielęgniarskiego zadaniami ze zredukowanych stanowisk pracy, najczęściej pomocniczych.

Oprócz tego do błędów organizacyjnych przyczyniają się niesystematyczny rozkład dyżurów, niewłaściwe dobranie osób w zespołach dyżurowych, wadliwy przepływ informacji w zespole terapeutycznym, nieczytelnie prowadzona dokumentacja medyczna, brak lekarza na dyżurze, jak również nadmierna biurokratyzacja, zbyt rozbudowana dokumentacja pielęgniarska, wydawanie zleceń przez telefon, niewłaściwe wyposażenie stanowisk pracy oraz złe oznakowanie leków i podobne ich opakowania.

Zdarza się, że w oddziałach praktykuje się zwyczaj wykonywania zabiegów medycznych przez pielęgniarki z innych oddziałów, ponieważ na oddziale, na którym przebywa pacjent, żadna z pielęgniarek nie ma wymaganych w określonym zakresie uprawnień (np. szczepienia, transfuzja krwi). Takie działania są niepoprawne formalnie i nie powinny mieć miejsca w szpitalach.

Brak programów adaptacji zawodowej to kolejny czynnik predysponujący do powstawania błędów. Młode, niedoświadczone pielęgniarki, pozostawiane na samodzielnych dyżurach, nie należą do rzadkości w szpitalach borykających się z niedostatkami kadrowymi.

### Sprawdzona metoda jakości

Nadrzędnym zadaniem każdego szpitala jest zarządzanie ryzykiem przez prowadzenie właściwej polityki bezpieczeństwa. Realizacją tego celu powinno być opracowanie i przyjęcie standardów, zwłaszcza bezpośrednio związanych z bezpieczeństwem pacjenta, ponadto wypracowanie metody pozwalającej systematycznie oceniać ryzyko powstawania błędów i zdarzeń niepożądanych.

Odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta spoczywa na wszystkich pracownikach szpitala, szczególnie zaś na personelu lekarskim i pielęgniarskim. Przejawem tej odpowiedzialności jest podejmowanie działań zapobiegawczych, chroniących pacjenta przed ryzykiem utraty zdrowia lub życia.

Nie ma idealnych rozwiązań, tak jak nie ma idealnych szpitali. Błędy medyczne i zdarzenia niepożądane były i będą. Są wpisane w charakter pracy tych jednostek organizacyjnych. Problem w tym, aby ich nie ukrywać, otwarcie o nich mówić. Jest to sprawdzona metoda jakości. Przez podejmowanie działań naprawczych, jesteśmy w stanie skutecznie je monitorować i eliminować.

Profesor Teodor Billroth był jednym z tych, którzy przekształcili w XIX w. chirurgię z prymitywnego rzemiosła, uprawianego przez cyrulików, w sztukę ścisłą i udokumentowaną.

On też pierwszy ośmielił się publikować sprawozdania z przeprowadzonych operacji. Ich lektura była trudna, ponieważ w tym czasie znacznie więcej wykonywano zabiegów nieudanych niż udanych. Billroth jednak nie ustępował: „Niepowodzenia muszą być podane do ogólnej wiadomości, bez tuszowania błędów. Jest rzeczą znacznie ważniejszą wiedzieć wszystko o jednym zabiegu nieudanym niż niewiele o kilku udanych operacjach”.

*dr n. med. Sylwia Marczevska*

*naczelna pielęgniarka Szpitala im. dr W. Biegańskiego w Łodzi  
wizytator Ośrodka Akredytacji CMJ w Krakowie*

*Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej 12/2010 Autor: Sylwia Marczevska*

## Zalecenie Nr 157 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego

### Sesja Konferencji: 63

Konferencja Ogólna Międzynarodowej Organizacji Pracy, zwołana do Genewy przez Radę Administracyjną Międzynarodowego Biura Pracy i zebrana tam w dniu 1 czerwca 1977 r. na sześćdziesiątej trzeciej sesji, uznając istotną rolę, jaką odgrywa personel pielęgniarski - przy współpracy z innymi pracownikami z dziedziny ochrony zdrowia - w ochronie i poprawie zdrowia i dobrobytu ludności, podkreślając, że konieczne jest rozwijanie usług służby zdrowia w drodze współpracy między rządami a zainteresowanymi organizacjami pracowników i pracodawców, w celu zapewnienia społeczeństwu usług pielęgniarskich zgodnie z jego potrzebami, uznając, że sektor publiczny, jako pracodawca personelu pielęgniarskiego, powinien odgrywać szczególnie aktywną rolę w polepszaniu warunków zatrudnienia i pracy personelu pielęgniarskiego, stwierdzając, że obecna sytuacja personelu pielęgniarskiego w wielu krajach, charakteryzująca się niedoborem wykwalifikowanego personelu i nie zawsze właściwym wykorzystaniem istniejących kadr, stanowi przeszkodę do efektywnego rozwoju usług ochrony zdrowia, przypominając, że personel pielęgniarski objęty jest wieloma międzynarodowymi konwencjami i zaleceniami dotyczącymi pracy, które ustalają normy o charakterze ogólnym w dziedzinie zatrudnienia i warunków pracy, takie jak instrumenty w zakresie dyskryminacji, wolności związkowej i prawa do rokowań zbiorowych, dobrowolnego pojednawstwa i arbitrażu, czasu pracy, urlopów wypoczynkowych i płatnych

urlopów szkoleniowych, zabezpieczenia społecznego i usług socjalnych oraz ochrony macierzyństwa i zdrowia, zważywszy, że w związku ze szczególnymi warunkami, w jakich wykonywany jest zawód pielęgniarski, należy uzupełnić normy ogólne normami odnoszącymi się specjalnie do personelu pielęgniarskiego, mającymi na celu zapewnienie mu odpowiednich warunków do spełniania roli w dziedzinie ochrony zdrowia i przez niego akceptowanymi, odnotowując, że poniższe normy zostały opracowane we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia i że współpraca ta będzie kontynuowana w celu popierania tych norm i zapewnienia ich stosowania, postanowiwszy przyjąć niektóre wnioski dotyczące zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, która to sprawa stanowi szósty punkt porządku dziennego sesji, postanowiwszy, że wnioski te zostaną ujęte w formę zalecenia, przyjmuje dnia dwudziestego pierwszego czerwca tysiąc dziewięćset siedemdziesiątego siódmego roku następujące Zalecenie, które otrzyma nazwę: Zalecenie dotyczące personelu pielęgniarskiego, z 1977 r.:

### I. ZAKRES STOSOWANIA

1. Dla celów niniejszego Zalecenia określenie „personel pielęgniarski” oznacza wszystkie kategorie osób, które świadczą opiekę i usługi pielęgniarskie.
2. Niniejsze Zalecenie ma zastosowanie do całego personelu pielęgniarskiego, bez względu na miejsce wykonywania pracy.

3. Właściwa władza, po konsultacji z zainteresowanymi organizacjami pracodawców i pracowników, jeśli takie istnieją, może ustanowić specjalne przepisy dotyczące personelu pielęgniarskiego, który świadczy usługi na zasadzie dobrowolności: przepisy te nie mogą naruszać postanowień Części II, III, IV i IX niniejszego Zalecenia

## II. POLITYKA W ZAKRESIE USŁUG PIELEŃNIARSKICH I PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO

4. 1) Każdy Członek powinien opracować i stosować, w sposób odpowiadający warunkom krajowym, taką politykę w zakresie usług i personelu pielęgniarskiego, która będzie zmierzała, w ramach ogólnego programu ochrony zdrowia i z uwzględnieniem całości będących do dyspozycji środków na opiekę zdrowotną, do zapewnienia usług pielęgniarskich niezbędnych pod względem ilości i jakości do osiągnięcia przez ludność możliwie najwyższego poziomu zdrowotności.

2) Polityka ta powinna:

a) być koordynowana z polityką dotyczącą innych aspektów ochrony zdrowia i innych pracowników służby zdrowia, w konsultacji z przedstawicielami tych ostatnich;

b) obejmować przyjęcie ustawodawstwa dotyczącego nauczania i szkolenia oraz wykonywania zawodu pielęgniarskiego, jak również dostosowanie tego ustawodawstwa do przemian zachodzących w zakresie kwalifikacji i odpowiedzialności wymaganych od personelu pielęgniarskiego, w celu zaspokojenia zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie;

c) obejmować środki mające na celu:

- ułatwianie efektywnego wykorzystywania personelu pielęgniarskiego na szczeblu krajowym; i popieranie pełnego wykorzystania jego kwalifikacji w różnych zakładach pracy, dziedzinach i gałęziach, w których jest zatrudniony;

d) być opracowywana w konsultacji z zainteresowanymi organizacjami pracodawców i pracowników.

5. 1) Należy podejmować środki, po konsultacji z zainteresowanymi organizacjami pracodawców i pracowników, mające na celu doprowadzenie do racjonalnej struktury personelu pielęgniarskiego, klasyfikując ten personel do ograniczonej liczby kategorii określonych według odpowiednich kryteriów wykształcenia, przeszkolenia, stopnia funkcji i uprawnień.

2) Struktura ta może obejmować, zgodnie z praktyką krajową, następujące kategorie:

a) pielęgniarka dyplomowana, mająca uznane przeszkolenie i wykształcenie niezbędne do spełniania wysoce złożonych i odpowiedzialnych funkcji oraz uprawniona do wykonywania tych zadań;

b) pielęgniarka pomocnicza, mająca co najmniej uznane przeszkolenie i wykształcenie niezbędne do wykonywania mniej złożonych funkcji - w razie potrzeby pod nadzorem dyplomowanej pielęgniarki - oraz uprawniona do wykonywania tych zadań;

c) pomoc pielęgniarska, która otrzymała wstępne przeszkolenie albo wykształcenie w czasie zatrudnienia, bądź jedno i drugie, pozwalające jej na wykonywanie pewnych określonych zadań pod nadzorem pielęgniarki dyplomowanej lub pomocniczej.

6. 1) Funkcje personelu pielęgniarskiego powinny być sklasyfikowane w zależności od poziomu wymaganego osądu, możliwości podejmowania decyzji, złożoności powiązań z innymi funkcjami, niezbędnego poziomu kwalifikacji fachowych oraz stopnia odpowiedzialności za świadczone usługi pielęgniarskie.

2) Wynikająca z tego klasyfikacja powinna służyć zapewnieniu bardziej jednolitej struktury zatrudnienia w różnych zakładach pracy, dziedzinach i gałęziach zatrudnienia personelu pielęgniarskiego.

3) Personel pielęgniarski danej kategorii nie powinien być wykorzystywany do zastępowania personelu wyższej kategorii, z wyjątkiem szczególnie pilnych przypadków, a jeśli tak, to jedynie na okres przejściowy i pod warunkiem posiadania odpowiedniego przeszkolenia lub wystarczającego doświadczenia oraz otrzymania właściwej rekompensaty.

## III. NAUCZANIE I SZKOLENIE

7. 1) Należy podejmować środki dla udostępniania informacji i porad o zawodzie pielęgniarskim osobom pragnącym podjąć pracę w tym zawodzie.

2) Nauczanie podstawowe w tym zawodzie powinno być realizowane, w razie potrzeby, w zakładach należących do powszechnego systemu nauczania w kraju i na poziomie podobnym do nauczania przeznaczonego dla porównywalnych grup zawodowych.

3) Ustawodawstwo powinno określić podstawowe wymagania w zakresie nauczania i szkolenia zawodowego oraz przewidzieć nadzór nad tym nauczaniem i szkoleniem, lub upoważnić do określania tych wymagań i do nadzoru właściwą władzę albo właściwe organy zawodowe.

4) Nauczanie i szkolenie personelu pielęgniarskiego powinno być organizowane zgodnie z uznanymi potrzebami społeczeństwa oraz brać pod uwagę dostępne środki w każdym kraju, a także powinno być koordynowane z nauczaniem i szkoleniem zawodowym przeznaczonym dla innych pracowników służby zdrowia.

8. 1) Nauczanie i szkolenie personelu pielęgniarskiego powinno mieć jednocześnie charakter teoretyczny i praktyczny, zgodnie z programem uznanym oficjalnie przez właściwe władze.

2) Szkolenie praktyczne powinno być udzielane w upoważnionych zakładach profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz odbywać się pod nadzorem wykwalifikowanych pielęgniarek.

9. 1) Czas trwania nauczania i szkolenia podstawowego w zakresie zawodu pielęgniarskiego powinien być uzależniony od minimalnego poziomu nauki wymaganego dla dopuszczenia do szkolenia, jak również od jego celów.

2) Uznane nauczanie i szkolenie podstawowe powinny być realizowane na dwóch poziomach: a) poziomie zaawansowanym, mającym na celu przygotowanie pielęgniarek dyplomowanych posiadających wyszkolenie rozszerzone i pogłębione, niezbędne do umożliwienia świadczenia najbardziej złożonych usług pielęgniarskich oraz organizowania i oceny opieki pielęgniarskiej w szpitalach i innych zakładach służby zdrowia w dziedzinach powiązanych z ochroną zdrowia; studenci dopuszczeni do odbycia nauki i szkolenia na tym szczeblu powinni mieć,

w miarę możliwości, wykształcenie na poziomie szkolnictwa ogólnego wymaganego do podjęcia studiów uniwersyteckich;  
b) poziomie mniej zaawansowanym, mającym na celu przygotowanie pielęgniarek pomocniczych zdolnych świadczyć ogólną opiekę pielęgniarską, o charakterze mniej złożonym, wymagającą równocześnie kompetencji fachowych i znajomości stosunków międzyludzkich; uczniowie dopuszczeni do odbycia nauki i szkolenia na tym szczeblu powinni mieć możliwie wysoki poziom wykształcenia, w ramach programu nauczania średniego.

10. Programy nauczania wyższego stopnia pielęgniarskiego powinny być tak zorganizowane, aby przygotowały personel pielęgniarski do pełnienia najbardziej odpowiedzialnych zadań praktycznych w zakresie opieki i usług pielęgniarskich, w zarządzaniu opieką pielęgniarską, w nauczaniu pielęgniarek oraz w pracach badawczo rozwojowych w dziedzinie pielęgniarstwa.

11. Pielęgniarki pomocnicze powinny otrzymać wykszolenie teoretyczne i praktyczne, stosownie do ich funkcji.

12. 1) Nauczanie i szkolenie ciągłe w miejscu pracy i poza nim powinno stanowić integralną część programu omówionego w ust. 8 pkt l) niniejszego Zalecenia, aby zapewnić aktualizację wiadomości fachowych i doskonalenie całego personelu pielęgniarskiego, umożliwić mu zdobywanie i stosowanie nowych koncepcji i technik w dziedzinie opieki pielęgniarskiej i w naukach pokrewnych.

2) Tego rodzaju nauczanie i szkolenie ciągłe powinny obejmować programy sprzyjające i ułatwiające awans zawodowy pielęgniarek pomocniczych i pomocy pielęgniarskich.

3) Tego rodzaju nauczanie i szkolenie ciągłe powinny również przewidywać programy ułatwiające powrót do zawodu po pewnym okresie przerwy.

#### IV. WYKONYWANIE ZAWODU

13. Ustawodawstwo w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarskiego powinno:

a) określać warunki, od jakich uzależnione jest prawo do wykonywania zawodu pielęgniarskiego przez pielęgniarkę dyplomowaną i pielęgniarkę pomocniczą, oraz w krajach, w których posiadanie świadectw potwierdzających poziom zdobytej nauki lub wykszolenia nie daje automatycznie tego prawa, upoważnić odpowiedni organ, w skład którego wejdą przedstawiciele personelu pielęgniarskiego, do wydawania uprawnień do jego wykonywania;

b) zastrzec wykonywanie zawodu dla osób należycie uprawnionych;

c) być, w razie potrzeby, analizowane i aktualizowane, zgodnie z ostatnimi osiągnięciami i praktyką stosowaną w tym zawodzie.

14. Normy dotyczące praktyki pielęgniarskiej powinny być skoordynowane z normami dotyczącymi innych zawodów ochrony zdrowia.

15. 1) Personel pielęgniarski nie powinien być zatrudniony przy funkcjach wykraczających poza jego kwalifikacje i uprawnienia.

2) W przypadku, gdy członkowie personelu pielęgniarskiego nie posiadają kwalifikacji do spełniania funkcji już zajmowanych, powinni oni być przeszkoleni, możliwie jak

najszybciej, w celu uzyskania wymaganych kwalifikacji, przy czym powinni oni korzystać z ułatwień dla tego celu.

16. Należałoby rozważyć środki, które mogłyby być niezbędne do uregulowania problemu odpowiedzialności cywilnej personelu pielęgniarskiego w toku wykonywania jego funkcji.

17. Każdy system dyscyplinarny, jakiemu może być podporządkowany personel pielęgniarski, powinien być ustalony z udziałem przedstawicieli tego personelu i powinien mu gwarantować sprawiedliwe traktowanie oraz zadowalające sposoby odwoływania się, w tym prawo do reprezentowania przez osobę wybraną przez ten personel, we wszystkich stadiach procedury i w sposób zgodny z warunkami krajowymi.

18. Członkowie personelu pielęgniarskiego powinni być upoważnieni, bez skutków dyscyplinarnych, do domagania się zwolnienia od wykonywania niektórych zadań, które byłyby sprzeczne z ich przekonaniami religijnymi, moralnymi lub etycznymi, pod warunkiem, że poinformują we właściwym czasie swych przełożonych o swych zastrzeżeniach, aby można było podjąć wszelkie konieczne kroki do zapewnienia pacjentom niezbędnej opieki.

#### V. WSPÓŁDZIAŁ

19.1) Należy podejmować środki zachęcające personel pielęgniarski do uczestnictwa w planowaniu usług pielęgniarskich i w decyzjach dotyczących krajowej polityki zdrowotnej w ogóle oraz w sprawach dotyczących, w szczególności, tego zawodu, na wszystkich szczeblach, w sposób właściwy dla warunków krajowych.

2) W szczególności:

a) wykwalifikowani przedstawiciele personelu pielęgniarskiego lub organizacji, które go reprezentują, powinni być włączani do opracowywania i wprowadzania w życie polityki i zasad ogólnych odnoszących się do zawodu pielęgniarskiego, zwłaszcza w dziedzinie nauczania i szkolenia oraz wykonywania zawodu;

b) całokształt warunków zatrudnienia i pracy powinien być określany w drodze rokowań między zainteresowanymi organizacjami pracodawców a pracowników;

c) rozstrzygnięcie sporów w zakresie określania warunków zatrudnienia powinno następować w drodze rokowań między stronami lub za pośrednictwem procedury gwarantującej niezależności bezstronność, takiej jak: pośrednictwo, pojednawstwo, albo dobrowolny arbitraż, ażeby reprezentatywne organizacje personelu pielęgniarskiego nie miały potrzeby uciekać się do innych środków działania, jakimi dysponują normalnie organizacje innych kategorii pracowników dla obrony swych słusznych interesów;

d) zgodnie z art. 3. Konwencji dotyczącej przedstawicieli pracowników, z 1971 r., personel pielęgniarski lub jego przedstawiciele na szczeblu zakładu pracy powinni być włączani, według metod właściwych dla charakteru problemów, do decyzji dotyczących życia zawodowego personelu pielęgniarskiego.

20. Przedstawiciele personelu pielęgniarskiego powinni korzystać z ochrony przewidzianej przez Konwencję i Zalecenie dotyczące przedstawicieli pracowników, z 1971r.

## VI. ROZWÓJ KARIERY ZAWODOWEJ

21. 1) Należy podejmować środki w celu oferowania personelowi pielęgniarskiemu rozsądnych perspektyw kariery zawodowej, przewidując dostatecznie zróżnicowany i dostępny wachlarz możliwości awansu zawodowego, dostęp do stanowisk kierowniczych w bezpośredniej i pomocniczej opiece pielęgniarskiej, w administracji usług pielęgniarskich, dostęp do kształcenia, jak również do prac badawczych i rozwojowych w zakresie pielęgniarstwa. Należy także zapewnić odpowiednią strukturę hierarchiczną i strukturę wynagrodzeń, uwzględniających uznanie funkcji wymagających większej odpowiedzialności i kwalifikacji fachowych.

2) Środki te powinny brać również pod uwagę znaczenie sprawowanych funkcji, które mają związek z bezpośrednimi kontaktami z chorymi oraz ze społeczeństwem.

22. Należy podejmować środki dla udzielania personelowi pielęgniarskiemu poradnictwa w zakresie kariery zawodowej, a w razie potrzeby, w przypadkach powrotu do zawodu po dłuższym okresie przerwy.

23. Należy brać pod uwagę poprzednie doświadczenie w zawodzie pielęgniarskim oraz okres przerwy, aby określić stanowisko, na jakie powinien być przyjmowany personel pielęgniarski po okresie przerwy.

24. 1) Personel pielęgniarski, wyrażający chęć uczestnictwa w programach nauczania i szkolenia ciągłego i zdolny do uczęszczania, powinien korzystać z ułatwień w tym celu.

2) Ułatwienia te powinny obejmować płatne lub bezpłatne urlopy szkoleniowe, dostosowanie rozkładu czasu pracy oraz opłacanie kosztów nauki lub szkolenia; każdorazowo, gdy jest to możliwe, personel pielęgniarski powinien korzystać z płatnego urlopu szkoleniowego, zgodnie z Konwencją dotyczącą płatnego urlopu szkoleniowego, z 1974 r. 3) Pracodawcy powinni zapewnić nauczycieli i środki niezbędne dla szkolenia personelu pielęgniarskiego w czasie pracy, dając pierwszeństwo nauce w miejscu pracy.

## VII. WYNAGRODZENIE

25.1) Wynagrodzenie członków personelu pielęgniarskiego powinno być ustalane na poziomach odpowiadających ich potrzebom społeczno-ekonomicznym, posiadanym kwalifikacjom, spoczywającej na nich odpowiedzialności, pełnionym funkcjom i doświadczeniu, uwzględniających zagrożenie i niebezpieczeństwo związane z tym zawodem oraz mających na celu przyciąganie ludzi do tego zawodu i pozostanie w tym zawodzie.

2) Poziomy wynagrodzenia powinny być porównywalne z płacami w innych zawodach, wymagających analogicznych lub równorzędnych kwalifikacji oraz analogicznych lub równorzędnych stopni odpowiedzialności.

3) Poziomy wynagrodzenia personelu pielęgniarskiego, mającego analogiczne lub równorzędne obowiązki oraz pracującego w podobnych lub równorzędnych warunkach, powinny być porównywalne, bez względu na zakład, region lub dział gospodarki, w którym ten personel jest zatrudniony.

4) Wynagrodzenie powinno ulegać od czasu do czasu korekcie, aby uwzględnić zmiany w koszcie utrzymania oraz wzrost stopy życiowej w kraju.

5) Wynagrodzenie personelu pielęgniarskiego powinno być ustalone, najlepiej w drodze układu zbiorowego.

26. Skale wynagrodzeń powinny brać pod uwagę klasyfikacje funkcji i odpowiedzialności zalecane w ustępach 5 i 6 oraz zasady polityki awansowej wymienione w ust. 21 niniejszego Zalecenia.

27. Personel pielęgniarski, zatrudniony w szczególnie uciążliwych warunkach, powinien otrzymać odpowiednią rekompensatę finansową z tego tytułu.

28. 1) Całość wynagrodzenia powinna być wypłacana w gotówce.

2) Potrącenia z płac mogą być dokonywane na warunkach i w granicach określonych przez ustawodawstwo krajowe lub ustalonych w układzie zbiorowym pracy albo w orzeczeniu arbitrażowym.

3) Personel pielęgniarski powinien mieć swobodę decyzji, czy będzie korzystał z usług dostarczanych przez pracodawcę.

29. Pracodawca powinien bezpłatnie konserwować oraz dać do dyspozycji personelu pielęgniarskiego ubrania robocze, apteczki pierwszej pomocy, środki transportowe oraz inne rodzaje wyposażenia, które są wymagane przez pracodawcę albo potrzebne do wykonywania pracy.

## VIII. CZAS PRACY I WYPOCZYNKU

30. W rozumieniu niniejszego Zalecenia:

a) określenie „normalny czas pracy” oznacza liczbę godzin ustaloną w każdym kraju przez ustawodawstwo, układy zbiorowe, orzeczenia arbitrażowe lub wynikające z ich stosowania;

b) określenie „godziny nadliczbowe” oznacza czas pracy poza normalnymi godzinami pracy;

c) określenie „służba ciągła” oznacza okres, podczas którego personel przebywający w miejscu pracy lub poza nim, znajduje się w dyspozycji pracodawcy, aby stawić się na ewentualne wezwanie z jego strony;

d) określenie „godziny niedogodne” oznacza czas pracy wykonywany poza godzinami i dniami pracy normalnie obowiązującymi dla całej ludności.

31. Okres, podczas którego personel pielęgniarski znajduje się w dyspozycji pracodawcy, np. czas poświęcony na zorganizowanie pracy oraz na przyjęcie i przekazanie instrukcji, powinien być zaliczany do czasu pracy, z zastrzeżeniem ewentualnych postanowień specjalnych dotyczących służby ciągłej.

32. 1) Normalny tygodniowy czas pracy personelu pielęgniarskiego nie powinien być dłuższy niż ogólnie obowiązujący innych pracowników w kraju.

2) W krajach, gdzie normalny tygodniowy czas pracy ogółu pracujących przekracza 40 godzin, należy podejmować środki dla stopniowego, ale możliwie jak najszybszego jego obniżania do tego poziomu w odniesieniu do personelu pielęgniarskiego, bez obniżenia płac, zgodnie z ust. 9 Zalecenia dotyczącego skrócenia czasu pracy, z 1962 r.

33. 1) Normalny dzienny czas pracy powinien być ciągły i nie przekraczać 8. godzin, z wyjątkiem przypadków, gdy ustawodawstwo, układy zbiorowe, regulaminy zakładów pracy lub orzeczenia arbitrażowe przewidują elastyczny rozkład godzin lub skrócony tydzień pracy; we wszystkich

przypadkach tygodniowy czas pracy powinien utrzymywać się w granicach wskazanych w ust. 32 pkt 1) Zalecenia.

2) Dzienny czas pracy nie powinien przekraczać 12 godzin, włączając w to godziny nadliczbowe.

3) Czasowe odstępstwa od postanowień niniejszego ustępu powinny być dopuszczalne jedynie w szczególnie pilnych przypadkach.

34. 1) Personel pielęgniarski powinien korzystać z przerw, w rozsądnym wymiarze, umożliwiających mu spożycie posiłków.

2) Przerwy w rozsądnym wymiarze, objęte normalnym czasem pracy, powinny być przyznawane personelowi pielęgniarskiemu dla umożliwienia mu odpoczynku.

35. Rozkład czasu pracy powinien być podawany do wiadomości personelowi pielęgniarskiemu dostatecznie wcześniej, aby pozwolić mu na zorganizowanie życia osobistego i rodzinnego; odstępstwa od tego rozkładu mogą być dopuszczalne jedynie w szczególnie pilnych przypadkach.

36.1) Jeżeli personel pielęgniarski ma prawo do wypoczynku tygodniowego, w wymiarze niższym niż 48 kolejnych godzin, należy podejmować kroki dla doprowadzenia wypoczynku tygodniowego do tego poziomu.

2) W żadnym razie, okres wypoczynku tygodniowego personelu pielęgniarskiego nie powinien być niższy od 36. kolejnych godzin.

37.1) Należy zmniejszać do minimum stosowanie godzin nadliczbowych, godzin niedogodnych oraz służby ciągłej.

2) Czas pracy w godzinach nadliczbowych i w dni świąteczne powinien być rekompensowany w formie wolnego czasu, lub podwyższonej stawki płac, albo w jednej i drugiej postaci.

3) Praca w godzinach niedogodnych, wykonywana poza dniami świątecznymi, powinna być rekompensowana dodatkiem do płacy.

38.1) Praca zmianowa powinna być kompensowana podwyższonym zarobkiem, który nie powinien być niższy od przyznawanego innym pracownikom pracującym w systemie zmianowym w kraju.

2) Personel pielęgniarski, pracujący w systemie zmianowym, powinien korzystać z nieprzerwanego odpoczynku w wymiarze co najmniej 12. godzin między dwiema zmianami.

3) Należy unikać stosowania okresów pracy zmianowej, przerywanej okresem czasu nieopłacanego (częstkowy rozkład godzin).

39.1) Personel pielęgniarski powinien mieć prawo i obowiązek korzystania z płatnego urlopu wypoczynkowego, w wymiarze co najmniej równym urlopowi, z jakiego korzystają inni pracownicy kraju.

2) W tych krajach, w których wymiar płatnego urlopu wypoczynkowego nie przekracza 4. tygodni, należy w odniesieniu do personelu pielęgniarskiego podejmować działania dla doprowadzenia go do tego poziomu, w sposób stopniowy, ale możliwie jak najszybciej.

40. Personel pielęgniarski, zatrudniony w warunkach szczególnie uciążliwych, powinien korzystać ze skróconego czasu pracy, ze zwiększonego okresu wypoczynku, lub z obu tych form, bez obniżenia całego wynagrodzenia.

41.1) Członkowie personelu pielęgniarskiego, nieobecni w pracy z powodu choroby lub wypadku, powinni mieć prawo,

w granicach czasu i według zasad ustalonych przez ustawodawstwo krajowe lub układy zbiorowe, do:

a) zachowania stosunku pracy i uprawnień stąd wynikających;

b) zagwarantowanego dochodu.

2) Ustawodawstwo lub układy zbiorowe pracy określające prawa do urlopu chorobowego powinny wyodrębniać:

a) przypadki, w których choroba lub wypadek mają podłoże zawodowe;

b) przypadki, w których zainteresowana osoba nie została dotknięta niezdolnością do pracy, lecz zmuszona została do opuszczenia pracy z uwagi na ochronę zdrowia innych ludzi;

c) przypadki choroby lub wypadku niezwiązane z pracą.

42.1) Personel pielęgniarski powinien korzystać z przywilejów i ochrony przewidzianych w Konwencji dotyczącej ochrony macierzyństwa (zrewidowanej), z 1952 r., bez względu na to, czy pozostaje w stanie małżeńskim, czy też nie.

2) Urlop macierzyński nie powinien być uważany za zwolnienie od pracy w razie choroby.

3) Personel pielęgniarski powinien korzystać z uprawnień przewidzianych w Zaleceniu dotyczącym zatrudnienia kobiet mających obowiązki rodzinne, z 1965 r.

43. Zgodnie z ust. 19. niniejszego Zalecenia, decyzje dotyczące organizacji pracy, czasu pracy i wypoczynku powinny być podejmowane w uzgodnieniu lub w konsultacji ze swobodnie wybranymi przedstawicielami personelu pielęgniarskiego lub z organizacjami reprezentującymi personel pielęgniarski. W szczególności powinny one odnosić się do:

a) określania godzin, które powinny być uznane za niedogodne;

b) warunków, w których służbę ciągłą uważa się za czas pracy;

c) warunków, na jakich będą regulowane odstępstwa dopuszczone w ust. 33, pkt 3) oraz w ust. 35. niniejszego Zalecenia;

d) długości i warunków korzystania z przerw przewidzianych w ust. 34 niniejszego Zalecenia;

e) sposobów kompensaty przewidzianej w ustępach 37. i 38. niniejszego Zalecenia;

f) opracowania rozkładu czasu pracy;

g) warunków uważanych za szczególnie uciążliwe dla celów ustępów 27 i 40 niniejszego Zalecenia.

## IX. OCHRONA ZDROWIA

44. Każdy Członek powinien starać się dostosować postanowienia ustawowe w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy do szczególnych cech pracy personelu pielęgniarskiego i do środowiska, w jakim jest ona wykonywana oraz doskonalić zakres ochrony przewidzianej w tych postanowieniach.

45.1) Personel pielęgniarski powinien mieć dostęp do pracowniczych służb zdrowia, działających według zasad przewidzianych w Zaleceniu dotyczącym pracowniczych służb zdrowia, z 1959 r.

2) W tych krajach, w których pracownicze służby zdrowia nie zostały jeszcze wprowadzone do wszystkich przedsiębiorstw, zakłady opieki zdrowotnej, zatrudniające personel pielęgniarski, powinny figurować wśród przedsiębiorstw

korzystających z priorytetu, zgodnie z ust. 4. wymienionego Zalecenia, w celu zorganizowania tego rodzaju służb.

46.1) Każdy Członek i organizacje zainteresowanych pracodawców i pracowników powinny zwracać szczególną uwagę na postanowienia Zalecenia dotyczącego ochrony zdrowia pracowników, z 1953 r., a także starać się zapewnić ich stosowanie w stosunku do personelu pielęgniarskiego.

2) Zgodnie z ustępami 1 do 7 wymienionego Zalecenia, należy podejmować wszelkie niezbędne działania w celu kontroli, redukcji lub wyeliminowania zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa personelu pielęgniarskiego.

47.1) Personel pielęgniarski powinien być poddawany badaniom lekarskim przy przyjmowaniu do pracy i po jej zakończeniu, jak też regularnym badaniom w okresie pracy.

2) Personel pielęgniarski, pracujący normalnie w takich warunkach, w których istnieje lub może zaistnieć określone zagrożenie dla jego zdrowia lub jego otoczenia, powinien być poddawany okresowym badaniom lekarskim, o częstotliwości odpowiadającej istniejącemu zagrożeniu.

3) Należy przestrzegać, aby badania przewidziane w niniejszym ustępie miały obiektywny i poufny charakter; badania te nie powinny być przeprowadzane przez lekarzy, z którymi ściśle współpracują badane osoby.

48.1) Należy prowadzić studia i aktualizować je, w celu określenia poszczególnych zagrożeń, na jakie może być narażony personel pielęgniarski w czasie wykonywania zawodu, aby zapewnić możliwość zapobiegania tym zagrożeniom oraz, w razie potrzeby, uśmęczyć jego skutki.

2) W tym celu, wypadki przy pracy i przypadki chorób uznanych za zawodowe na mocy ustawodawstwa o odszkodowaniu za choroby zawodowe lub mogących mieć źródło w pracy zawodowej wśród personelu pielęgniarskiego, powinny być sygnalizowane właściwej władzy w sposób ustalony przez ustawodawstwo krajowe, zgodnie z ustępami 14 do 17 Zalecenia dotyczącego ochrony zdrowia pracowników, z 1953 r.

49.1) Należy podejmować wszelkie możliwe kroki dla uniknięcia narażenia personelu pielęgniarskiego na szczególne zagrożenia. Jeżeli narażenie na takie zagrożenia jest nieuniknione, wówczas należy podejmować środki dla zredukowania go do minimum.

2) Aby zmniejszyć narażenie personelu pielęgniarskiego na te zagrożenia, należy przewidywać dla tego personelu, zatrudnionego normalnie przy pracach stwarzających szczególne zagrożenia, podejmowanie takich środków, jak dostarczanie ubiorów ochronnych, szczepienia, skrócony czas pracy, częste przerwy w pracy, czasowe przesunięcie do innej pracy lub dłuższy urlop wypoczynkowy.

3) Ponadto personel pielęgniarski, który jest narażony na szczególne zagrożenia, powinien otrzymać odpowiednią rekompensatę finansową.

50. Kobiety w ciąży lub rodzice małych dzieci, którzy są normalnie zatrudnieni przy pracach stanowiących zagrożenie dla ich zdrowia, albo dla zdrowia ich dzieci, powinni być przesuwani na stanowiska odpowiadające ich sytuacji, bez naruszenia ich uprawnień.

51. W celu zapewnienia skutecznego stosowania postanowień dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa personelu pielęgniarskiego, należy dążyć do współpracy

z tym personelem i z organizacjami reprezentującymi jego interesy.

52. Należy podejmować odpowiednie działania do zapewnienia kontroli przestrzegania ustawodawstwa lub innych postanowień odnoszących się do ochrony zdrowia i bezpieczeństwa personelu pielęgniarskiego.

## X. ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE

53.1) Personel pielęgniarski powinien korzystać z ochrony w zakresie zabezpieczenia społecznego, na poziomie co najmniej równoważnym z tym, z jakiego korzystają, w zależności od przypadku, inni pracownicy sektora publicznego lub prywatnego, albo pracownicy samodzielnego zainteresowanego kraju. Ochrona ta powinna obejmować również okresy próbnego i okres kształcenia osób zatrudnionych regularnie w charakterze personelu pielęgniarskiego.

2) Ochrona personelu pielęgniarskiego w ramach zabezpieczenia społecznego powinna brać pod uwagę szczególny charakter jego pracy.

54. Należy przyjmować, w miarę możliwości, odpowiednie postanowienia mające na celu zapewnienie personelowi pielęgniarskiemu ciągłości korzystania z praw i świadczeń w razie zmiany zatrudnienia lub czasowego przerwania pracy.

55.1) Jeżeli system zabezpieczenia społecznego pozostawia osobom ubezpieczonym swobodny wybór lekarza i zakładu leczniczego, należy zapewnić personelowi pielęgniarskiemu możliwość korzystania z takich samych uprawnień.

2) Karty lekarskie personelu pielęgniarskiego powinny mieć charakter poufny.

56. Ustawodawstwo krajowe powinno uznać za chorobę zawodową każdą chorobę nabytą przez personel pielęgniarski w wyniku jego pracy.

## XI. SPECJALNE SYSTEMY ZATRUDNIENIA

57. W celu bardziej efektywnego wykorzystywania zasobów personelu pielęgniarskiego i przeciwdziałania porzucaniu zawodu przez personel wykwalifikowany, należy podejmować środki dla umożliwienia zatrudnienia personelu pielęgniarskiego dorywczo lub w niepełnym wymiarze czasu.

58. Personel pielęgniarski, zatrudniony dorywczo lub w niepełnym wymiarze czasu, powinien korzystać z warunków zatrudnienia analogicznych do tych, jakie przysługują odpowiednio personelowi stałemu lub zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu, przy czym jego uprawnienia powinny być określone, w zależności od przypadku, w sposób proporcjonalny.

## XII. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UCZNIÓW

59. Uczniowie przygotowujący się do zawodu pielęgniarskiego powinni korzystać ze swobód i uprawnień, z jakich korzystają uczniowie innych dyscyplin nauki, z zastrzeżeniem jedynie ograniczeń uzasadnionych potrzebami ich nauczania i szkolenia.

60.1) Praca uczniów na stażu praktycznym powinna być organizowana i realizowana w zależności od potrzeb szkolenia; nie powinna ona w żadnym razie być wykorzystywana jako środek zaspokajania normalnego zapotrzebowania na personel.



2) W okresie stażu praktycznego uczniowie powinni być przydzielani jedynie do prac odpowiadających poziomowi ich przygotowania fachowego.

3) W ciągu całego okresu nauczania i szkolenia uczniowie powinni korzystać z takiej samej ochrony sanitarnej, jak personel pielęgniarski.

4) Uczniowie powinni korzystać z odpowiedniej ochrony prawnej.

61. Podczas okresu nauczania i szkolenia uczniowie powinni otrzymywać dokładne i szczegółowe informacje na temat warunków zatrudnienia, pracy i awansu zawodowego personelu pielęgniarskiego, jak również na temat środków, jakimi oni dysponują dla obrony ich interesów ekonomicznych, społecznych i zawodowych.

### XIII. WSPÓŁPRACA MIĘDZYKRAJOWA

62. W celu popierania wymiany personelu, idei i wiedzy fachowej, przyczyniając się w ten sposób do polepszania jakości opieki pielęgniarskiej, Państwa Członkowskie powinny starać się, zwłaszcza w drodze porozumień wielo- i dwustronnych:

a) harmonizować nauczanie i szkolenie w zawodzie pielęgniarskim bez obniżania jego norm;

b) ustalać warunki wzajemnego uznawania kwalifikacji nabytych za granicą;

c) harmonizować warunki upoważniające do wykonywania zawodu;

d) organizować programy wymiany personelu pielęgniarskiego.

63.1) Należy zachęcać personel pielęgniarski do wykorzystywania możliwości nauki i szkolenia, jakie oferowane są w ich własnym kraju.

2) Jednakże, jeśli okaże się to konieczne lub celowe, powinien on móc korzystać z możliwości nauki i szkolenia za granicą, możliwie w ramach programów zorganizowanej wymiany.

64.1) Personel pielęgniarski, który uczy się lub szkoli za granicą, powinien korzystać z odpowiedniej pomocy finansowej, na warunkach określonych w drodze umów wielo- lub dwustronnych, albo przez ustawodawstwo krajowe.

2) Te rodzaje pomocy powinny być uzależnione od zobowiązania do powrotu do kraju w rozsądnym terminie i do przystąpienia w ciągu określonego czasu do pracy, odpowiadającej nowo nabytym kwalifikacjom i na warunkach co najmniej równorzędnych tym, jakie przysługują innym obywatelom.

65. Personelowi pielęgniarskiemu, pragnącemu pracować lub kształcić się za granicą w ciągu określonego czasu należałoby rozważyć możliwość zapewnienia, warunków delegowania bez rozwiązania stosunku pracy.

66.1) Cudzoziemski personel pielęgniarski powinien posiadać kwalifikacje uznane przez właściwą władzę jako zadowalające do obsadzenia wolnych stanowisk oraz powinien spełniać wszelkie inne warunki wymagane do wykonywania zawodu w kraju zatrudnienia; personel cudzoziemski, uczestniczący w zorganizowanych programach wymiany, może być zwolniony z tego ostatniego obowiązku.

2) Pracodawca powinien upewnić się, czy cudzoziemski personel pielęgniarski posiada odpowiednie kwalifikacje językowe do zajęcia określonego stanowiska pracy.

3) W przypadku równorzędnych kwalifikacji, personel ten powinien korzystać z tak samo korzystnych warunków zatrudnienia, jak personel krajowy, w odniesieniu do stanowisk obejmujących takie same zadania i zakres odpowiedzialności.

67.1) Rekrutacja cudzoziemskiego personelu pielęgniarskiego dla celów zatrudnienia powinna być dopuszczalna jedynie w przypadkach, gdy:

a) brak jest w kraju zatrudnienia personelu należycie wykwalifikowanego do zajęcia wolnych stanowisk;

b) w kraju pochodzenia nie istnieje niedobór personelu pielęgniarskiego o poszukiwanych kwalifikacjach.

2) Rekrutacja cudzoziemskiego personelu pielęgniarskiego powinna odbywać się zgodnie z odpowiednimi postanowieniami Konwencji i Zalecenia dotyczących pracowników migrujących (zrewidowanych), z 1949 r.

68. Członkowie personelu pielęgniarskiego, zatrudnieni lub kształcący się za granicą, powinni korzystać z wszelkich niezbędnych ułatwień, jeżeli pragną powrócić do swego kraju.

69. W dziedzinie zabezpieczenia społecznego, Państwa Członkowskie powinny, zgodnie z praktyką krajową:

a) zapewnić cudzoziemskiemu personelowi pielęgniarskiemu, który kształcił się lub pracuje, równość traktowania z personelem krajowym;

b) uczestniczyć w porozumieniach dwu- lub wielostronnych, które mają na celu zapewnić personelowi migrującemu zachowanie praw nabytych lub nabywanych, jak również udzielanie świadczeń za granicą.

### XIV. METODY STOSOWANIA

70. Niniejsze Zalecenie może być wprowadzane w życie w drodze ustawodawstwa krajowego, układów zbiorowych, regulaminów przedsiębiorstw, orzeczeń arbitrażowych lub sądowych, albo w każdy inny sposób, zgodny z praktyką krajową i właściwy ze względu na specyficzne warunki każdego kraju.

71. Przy stosowaniu postanowień niniejszego Zalecenia, Państwa Członkowskie oraz zainteresowane organizacje pracodawców i pracowników powinny kierować się, w miarę jak będzie to możliwe i celowe, propozycjami w zakresie jego praktycznego stosowania, które są przedstawione w poniższym załączniku.

### ZAŁĄCZNIK

#### PROPOZYCJE W SPRAWIE PRAKTYCZNEGO STOSOWANIA POLITYKA W ZAKRESIE USŁUG PIELEŃNIARSKICH I PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO

1. Należy przyznawać odpowiednie kredyty umożliwiające systematyczne osiąganie celów polityki krajowej w dziedzinie usług i personelu pielęgniarskiego.

2.1) Programowanie usług pielęgniarskich powinno być procesem ciągłym na wszystkich szczeblach ogólnego programowania ochrony zdrowia.

2) Usługi pielęgniarskie powinny być programowane na podstawie:

a) informacji uzyskiwanych dzięki studiom i badaniom posiadającym charakter ciągły, pozwalający na ocenę, we właściwy sposób, wyłaniających się problemów oraz zasobów i potrzeb w tym przedmiocie;

b) norm technicznych odpowiadających potrzebom i warunkom krajowym oraz lokalnym.

3) W szczególności należy podejmować środki w celu:

a) ustalania zadowalających norm usług pielęgniarskich;

b) określania funkcji pielęgniarskich na podstawie stwierdzonych potrzeb;

c) określania norm obsady personalnej dla właściwego składu zespołów pielęgniarskich, zarówno pod względem liczbowym, jak i wymaganego poziomu kwalifikacji na różnych szczeblach i w różnych jego kategoriach;

d) określania na tej podstawie kategorii, liczby i poziomu kwalifikacji personelu pielęgniarskiego, niezbędnych do rozwoju całokształtu usług pielęgniarskich i dla zapewnienia efektywnego zatrudnienia tego personelu;

e) określania, po konsultacji z przedstawicielami zainteresowanego personelu, stosunków między personelem pielęgniarskim a innymi pracownikami służby zdrowia.

3. Polityka w zakresie usług i personelu pielęgniarskiego powinna zmierzać do rozwijania czterech typów funkcji personelu pielęgniarskiego, a mianowicie: opieki i usług pielęgniarskich, administracji usług pielęgniarskich, kształcenia, jak również badań w dziedzinie pielęgniarstwa.

4. Należy dostarczać odpowiednie środki techniczne i materialne do należytego spełnienia zadań przez personel pielęgniarski.

5. Klasyfikacja funkcji zaleconych w ust. 5. Zalecenia powinna opierać się na analizie zadań i ocenie funkcji, dokonywanej w konsultacji z zainteresowanymi organizacjami pracodawców i pracowników.

#### NAUCZANIE I SZKOLENIE

6. W tych krajach, w których możliwości nauki są dla przeważającej części ludności ograniczone, należy podejmować działania, w ramach programu nauczania i szkolenia personelu pielęgniarskiego, w celu uzupełniania wykształcenia ogólnego uczniów, którzy nie osiągnęli poziomu kwalifikacji wymaganego zgodnie z ust. 9 Zalecenia.

7. Programy nauczania i szkolenia personelu pielęgniarskiego powinny dawać podstawy pozwalające na dostęp do form szkolenia prowadzących do podejmowania bardziej odpowiedzialnych funkcji, do skłaniania uczniów do wysiłku na rzecz stałego doskonalenia się i do przygotowania ich do stosowania nabytej wiedzy i kwalifikacji w ramach zespołu opieki zdrowotnej.

#### WYKONYWANIE ZAWODU

8.1) Upoważnienie do wykonywania zawodu może być uzależnione na warunkach, jakie będą określone, od obowiązków jego odnowienia.

2) Wznowienie upoważnienia do wykonywania zawodu może być uzależnione od wymogów odbywania ciągłego szkolenia, jeśli takie działanie uznane jest za konieczne do zapewnienia utrzymania pełnych kwalifikacji personelu.

9. Ponowne zatrudnienie w zawodzie, po okresie przerwy, może być podporządkowane obowiązkowi kontroli kwalifikacji w określonych przypadkach i warunkach. W takim razie

należy brać pod uwagę możliwość ułatwienia ponownego zatrudnienia w zawodzie takimi metodami, jak na przykład wprowadzenie podwójnej obsady w ciągu określonego czasu poprzedzającego tę kontrolę.

10.1) Każdy system dyscyplinarny, jakiemu może być podporządkowany personel pielęgniarski, powinien obejmować:

a) definicję wykroczenia zawodowego, biorąc pod uwagę cechy właściwe do wykonywania zawodu oraz normy etyczne, które mają ewentualne zastosowanie do tego zawodu;

b) określenie stosowanych sankcji, które powinny być proporcjonalne do stopnia popełnionego wykroczenia.

2) Tego rodzaju system dyscyplinarny powinien być ustanowiony w ramach zasad odnoszących się do całości personelu służby zdrowia lub, w razie ich braku, w sposób uwzględniający należyte zasady mające zastosowanie do innych kategorii personelu służby zdrowia.

#### KARIERA ZAWODOWA

11. Jeżeli możliwości awansu zawodowego są ograniczone w wyniku ogólnej koncepcji usług pielęgniarskich, należałoby podejmować środki mające na celu ułatwienie dostępu do studiów pozwalających na zdobycie kwalifikacji do pracy w innych zawodach służby zdrowia.

12.1) Należy podejmować środki do ustanowienia systemów klasyfikacji i skal wynagrodzeń, które dawałyby możliwość awansu zawodowego na podstawie sklasyfikowania poziomu funkcji, postulowanego w ust. 6. Zalecenia.

2) Systemy te powinny być wystarczająco dostępne, aby stanowiły pewną zachętę dla personelu pielęgniarskiego do podnoszenia poziomu kwalifikacji.

3) Awans personelu pielęgniarskiego powinien odbywać się na podstawie sprawiedliwych kryteriów i uwzględniać doświadczenie oraz wykazywane zdolności.

13. Podwyżki wynagrodzenia powinny być przewidywane na każdym poziomie funkcji, na zasadzie wzrostu doświadczenia i kwalifikacji.

14.1) Należy podejmować działania zachęcające personel pielęgniarski do maksymalnego wykorzystywania w pracy nabytej wiedzy i kwalifikacji.

2) Należy w sposób ciągły dokonywać oceny stopnia rzeczywistej odpowiedzialności personelu pielęgniarskiego oraz wykazywanych kompetencji, w celu zapewnienia mu odpowiedniego wynagrodzenia i możliwości awansu.

15.1) Okresy płatnego urlopu szkoleniowego powinny być uznawane za okresy pracy dla potrzeb utrzymania uprawnień do świadczeń socjalnych i innych praw wynikających ze stosunku pracy.

2) W miarę możliwości, okresy bezpłatnego urlopu szkoleniowego, przeznaczone na uzupełniające kształcenie, powinny być brane pod uwagę dla obliczania stażu pracy, w szczególności dla określenia wynagrodzenia i prawa do emerytury.

#### WYNAGRODZENIE

16. W oczekiwaniu na ustalenie poziomów wynagrodzenia porównywalnych ze stosowanym w innych zawodach, wymagających kwalifikacji analogicznych lub równoważnych oraz obejmujących podobny lub równoważny stopień

odpowiedzialności, należy podejmować w razie potrzeby kroki, w celu ustalenia możliwie jak najszybciej takich poziomów wynagrodzenia, które przyciągałyby i zatrzymywały personel w zawodzie pielęgniarskim.

17.1) Dodatki do wynagrodzenia i wypłaty wyrównawcze, które są przyznawane w sposób regularny, powinny być, zgodnie z praktyką stosowaną w zawodach wymienionych w ust. 16. niniejszego Załącznika, integralną częścią wynagrodzenia przyjmowanego do obliczania należności za urlopy wypoczynkowe, emerytury i inne świadczenia socjalne.  
2) Ich wysokość powinna być okresowo analizowana, w świetle zmian kosztów utrzymania.

#### CZAS PRACY I WYPOCZYNKU

18.1) Rozkład czasu pracy, z zastrzeżeniem wymogów służby, powinien być ustalony w sposób, który zapewniałby sprawiedliwy rozdział pracy zmianowej i podział godzin nadliczbowych, niedogodnych i uciążliwych między członków personelu pielęgniarskiego, a w szczególności między personel stały i czasowo zatrudniony oraz między personel pracujący w pełnym i niepełnym wymiarze czasu, a także uwzględniały, w miarę możliwości, preferencje indywidualne i specjalne warunki, takie jak warunki klimatyczne, środki transportowe, obowiązki rodzinne itp.

2) Rozkład czasu pracy personelu pielęgniarskiego powinien być oparty raczej na zasadzie zapewnienia świadczenia usług pielęgniarskich, niż na podporządkowaniu go potrzebom innych kategorii personelu służby zdrowia.

19.1) W celu ograniczenia stosowania godzin nadliczbowych, godzin niedogodnych i uciążliwych oraz służby w pogotowiu, należy podejmować odpowiednie kroki w dziedzinie organizacji pracy, w zakresie ustalania liczebności i wykorzystywania personelu oraz poprzez planowanie rozkładu czasu pracy. Należy, w szczególności, brać pod uwagę konieczność zorganizowania zastępstw nieobecnego w pracy personelu pielęgniarskiego lub przebywającego na urlopie, zgodnie z ustawodawstwem lub obowiązującymi układami zbiorowymi, aby nie przeciążać obecnego w pracy personelu.

2) Praca w godzinach nadliczbowych powinna być wykonywana na zasadzie dobrowolności, z zastrzeżeniem przypadków, w których w grę wchodzi interes chorych lub gdy nie ma dostatecznej liczby ochotników.

20. Termin zawiadomienia o rozkładzie czasu pracy, przewidziany w ust. 35. Zalecenia, powinien wynosić co najmniej 2 tygodnie.

21. Każdy okres służby w pogotowiu, podczas którego personel obowiązany jest pozostawać w miejscu pracy lub pracować efektywnie, powinien w całości być uważany za czas pracy i, jako taki, wynagradzany.

22.1) Członkowie personelu pielęgniarskiego powinni mieć swobodę spożywania posiłków w miejscach przez siebie wybranych.

2) Powinni oni mieć możliwość spędzania przerw na odpoczynek również poza miejscem pracy.

23. Terminy urlopu wypoczynkowego powinny być ustalone sprawiedliwie, biorąc należyście pod uwagę obowiązki rodzinne i preferencje indywidualne, jak również wymogi służby.

#### OCHRONA ZDROWIA

24. Personel pielęgniarski, wobec którego powinny być podejmowane specjalne środki, przewidziane w ustępach 47 pkt 2), 49 i 50 Zalecenia, powinny obejmować w szczególności personel narażony stale na promieniowanie jonizujące lub na działanie środków znieczulających albo stykający się z osobami cierpiącymi na choroby zakaźne lub umysłowe.

25. Ponadto, personel pielęgniarski narażony stale na działanie promieni jonizujących powinien korzystać ze środków ochrony przewidzianych w Konwencji i Zaleceniu dotyczących ochrony przed promieniowaniem jonizującym, z 1960 r.

26. Prace, do których nie należy kierować kobiet ciężarnych i matek małych dzieci, powinny obejmować:

- a) jeśli chodzi o kobiety wskazane w ust. 5. Zalecenia dotyczącego ochrony macierzyństwa, z 1952 r., wszystkie rodzaje prac wymienione w tym ustępie;
- b) ogólnie, prace narażające na działanie promieniowania jonizującego lub substancji znieczulających albo wymagające stykania się z osobami cierpiącymi na choroby zakaźne.

#### ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE

27. Aby zapewnić ciągłość nabywania praw i świadczeń przewidzianych w ust. 54 Zalecenia, należy podejmować kroki mające na celu koordynowanie przepisów różnych prywatnych systemów uzupełniających, jeśli takie istnieją, z systemami ustawowymi.

28. W celu zapewnienia personelowi pielęgniarskiemu prawa do świadczeń z tytułu choroby, przewidzianych w ust. 56 Zalecenia, Państwa Członkowskie powinny w drodze ustawodawczej:

- a) ustalić listę chorób, których pochodzenie zawodowe jest domniemywane w przypadku, gdy zapada na nie personel pielęgniarski oraz korygować okresowo tę listę, biorąc pod uwagę rozwój nauki i techniki dotyczący pracy personelu pielęgniarskiego;
- b) uzupełnić tę listę ogólną definicją chorób zawodowych lub postanowieniami pozwalającymi personelowi pielęgniarskiemu na ustalenie pochodzenia zawodowego chorób, które nie są uznawane za zawodowe na podstawie wspomnianej listy.

#### WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

29. Formy pomocy finansowej przyznawanej personelowi pielęgniarskiemu, który uczy się lub odbywa szkolenie zawodowe za granicą, mogą obejmować, w zależności od przypadków:

- a) opłatę kosztów podróży;
- b) finansowanie kosztów nauki;
- c) stypendia;
- d) pełną lub częściową wypłatę wynagrodzenia, jeśli chodzi o personel już zatrudniony.

30. W miarę możliwości, okresy urlopu lub oddelegowania na naukę albo do pracy za granicą powinny być brane pod uwagę dla obliczania stażu pracy, w szczególności dla określania wynagrodzenia i prawa do emerytury.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012r.  
w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych,  
które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę  
policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej**

Na podstawie art. 55 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707) zarządza się, co następuje:

§ 1. Do podjęcia studiów, o których mowa w art. 52. ust. 3 pkt 2 i art. 53. ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanych dalej "studiami zawodowymi", uprawnia świadectwo dojrzałości oraz dyplom ukończenia:

1) w przypadku pielęgniarek:

- a) pięcioletniego liceum medycznego,
- b) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
- c) dwupółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
- d) trzyletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki;

2) w przypadku położnych:

- a) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie położnej,
- b) dwupółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie położnej.

§ 2. Czas trwania studiów zawodowych nie może być krótszy niż:

1) w przypadku pielęgniarek:

- a) dwa semestry lub 1150 godzin - dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych,
- b) trzy semestry lub 2410 godzin - dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- c) dwa semestry lub 1984 godziny - dla absolwentów dwupółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- d) dwa semestry - dla absolwentów trzyletnich szkół policealnych albo pomaturalnych;

2) w przypadku położnych:

- a) trzy semestry lub 1479 godzin - dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- b) dwa semestry lub 1086 godzin - dla absolwentów dwupółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych.

§ 3. 1. Program kształcenia na studiach zawodowych, w tym wymiar zajęć teoretycznych, praktycznych i praktyk zawodowych, ustala uczelnia, uwzględniając różnice pomiędzy treściami kształcenia określonymi w standardach kształcenia dla kierunków studiów pielęgniarstwo i położnictwo oraz programami nauczania zrealizowanymi odpowiednio w szkołach, o których mowa w § 1.

2. Program kształcenia dla pielęgniarek, o których mowa w § 2. pkt 1 lit. a, uczelnia ustala, uwzględniając wymagania dotyczące treści kształcenia określone w załączniku do rozporządzenia.

3. Program kształcenia:

1) dla pielęgniarek, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. a, obejmuje kształcenie teoretyczne stanowiące nie mniej niż 400 godzin programu kształcenia i kształcenie praktyczne stanowiące nie mniej niż 750 godzin tego programu;

2) dla pielęgniarek, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. b-d, oraz położnych, o których mowa w § 2 pkt 2, obejmuje kształcenie teoretyczne stanowiące nie mniej niż 33% programu kształcenia i kształcenie praktyczne stanowiące nie mniej niż 50% tego programu.

4. Przewidziane w programie kształcenia zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe mogą zostać zaliczone na wniosek studenta na podstawie udokumentowanego doświadczenia zawodowego, w zakresie wykonywanych czynności odpowiadających przedmiotowi zajęć praktycznych lub praktyk zawodowych, z uwzględnieniem długości stażu pracy, w przypadku:

1) pielęgniarek, o których mowa w § 2. pkt 1 lit. a, nie więcej jednak niż 30% wymiaru tych zajęć i praktyk;

2) pielęgniarek, o których mowa w § 2. pkt 1 lit. b-d, oraz położnych, o których mowa w § 2. pkt 2, nie więcej jednak niż 50% wymiaru tych zajęć i praktyk.

5. Zaliczenia zajęć praktycznych i praktyk zawodowych dokonuje kierownik podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni prowadzącej studia zawodowe, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych.

6. Zajęcia zrealizowane w ramach programu nauczania w szkołach, o których mowa w § 1, odnotowuje w indeksie kierownik jednostki, o którym mowa w ust. 5.

§ 4. 1. Po zaliczeniu przewidzianych programem kształcenia na studiach zawodowych zajęć teoretycznych i praktycznych oraz praktyk zawodowych student przystępuje do teoretycznego i praktycznego egzaminu kończącego studia zawodowe.

2. Terminy i miejsce egzaminów oraz komisję egzaminacyjną wyznacza kierownik jednostki, o którym mowa w § 3. ust. 5.

3. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi przewodniczący komisji egzaminacyjnej i członkowie komisji egzaminacyjnej.

4. O terminach i miejscu egzaminów kierownik jednostki, o którym mowa w § 3. ust. 5, zawiadamia studenta oraz komisję egzaminacyjną, w terminie nie krótszym niż 14 dni przed dniem egzaminu.

5. Egzamin teoretyczny i praktyczny nie może być przeprowadzany w tym samym dniu.

6. Komisja egzaminacyjna ocenia łącznie wyniki egzaminu teoretycznego i praktycznego, podejmując uchwałę zwykłą większością głosów. W razie równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego komisji egzaminacyjnej.

7. Ocenę łączną egzaminu kończącego studia zawodowe określa się łącznym stopniem: celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny.

8. Z przebiegu egzaminu kończącego studia zawodowe wyznaczony przez przewodniczącego komisji egzaminacyjnej członek komisji egzaminacyjnej sporządza protokół, który podpisują przewodniczący i członkowie komisji egzaminacyjnej; protokół zawiera w szczególności wynik egzaminu kończącego studia zawodowe.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie

szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarzek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 110, poz. 1170 oraz z 2010 r. Nr 65, poz. 420), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 102 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707).

## Ministerstwo Zdrowia

### Komunikat Ministerstwa Zdrowia, Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) i Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

**Znaczący wkład Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) w interoperacyjności danych w ochronie zdrowia**

**Komunikat Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), Ministerstwa Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dotyczący Konferencji zorganizowanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w dniach 2-3 lipca 2012 r., pod hasłem "Elektroniczna dokumentacja medyczna – interoperacyjność i wdrażanie"**

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) wyraża uznanie z powodu coraz powszechniejszego zrozumienia potrzeby użycia terminologii stosowanej w pielęgniarstwie i ochronie zdrowia w Polsce, co potwierdza dzisiejsza konferencja zorganizowana przez Ministerstwo Zdrowia/Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Konferencja ta jest ważnym krokiem polskiego pielęgniarstwa i systemu ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę pracę nad tłumaczeniem ICNP, edukację oraz możliwe zastosowania kliniczne.

ICNP ustanawia międzynarodowy standard terminologii funkcjonującej w pielęgniarstwie, stosowany w elektronicznej dokumentacji medycznej. Dokumentacja pielęgniarska wspomaga analizę interwencji pielęgniarskich dotyczących pacjenta, wyniki i inne dane związane z podejmowaniem

decyzji i rozwojem polityki zdrowotnej. ICNP jest częścią programu e-zdrowie, którego zadaniem jest przekształcenie pielęgniarstwa poprzez zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych. „Pielęgniarki w Polsce pełnią rolę liderów w rozwijaniu swego zawodu, a także gwarantują współpracę interdyscyplinarną w rozwoju opieki zdrowotnej. Standaryzacja dokumentacji, wobec wyzwania w ochronie zdrowia – niepewności w obliczu kryzysu gospodarczego i starzenia się społeczeństwa, będzie narzędziem wsparcia dla systematycznego gromadzenia informacji - danych dla badań naukowych w obszarze ochrony zdrowia w całym kraju, co pomoże w rozwoju polityki i alokacji zasobów”, stwierdził David Benton, dyrektor wykonawczy ds. ICN.

**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie** wspólnie z Radą ds. ICNP ® przy CSIOZ od 2010 r. wspiera interdyscyplinarną współpracę w tłumaczeniu i edukacji Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®). Unifikacja ICNP z terminologią medyczną taką jak ICD-10 i ICF, ma za zadanie poprawę interoperacyjności medycznej dokumentacji elektronicznej.

**Ministerstwo Zdrowia** wspiera działania prowadzące do ustalenia międzynarodowego kodu praktyki pielęgniarskiej i dążenie do wprowadzenia go w praktyce, popierając działania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, przy dużym wsparciu i pomocy Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN).

## Praca do 67 roku życia....

### MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ DEPARTAMENT UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Warszawa, 21 maja 2012 r.

**W** odpowiedzi na Państwa wystąpienie, dotyczące podwyższenia i zrównania wieku emerytalnego, Departament Ubezpieczeń Społecznych uprzejmie przedstawia, co następuje.

Podwyższenie wieku emerytalnego mężczyzn i kobiet do 67 lat jest uzasadnione zarówno ze względów demograficznych,

jak i ekonomicznych. Od kilku lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. Wskutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa. Zmiany te wynikają z zachodzących równolegle dwóch procesów: załamania przyrostu naturalnego społeczeństwa, któremu towarzyszy przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym.

Obecnie systematycznie maleje liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym. Od roku 1990 liczba ta zmalała o ok. 4,1 mln. Do 2035r. prognozuje się jej dalszy spadek o ponad 1,6 mln. Równocześnie stale rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym. W chwili obecnej jest to blisko 6,3 mln osób, jednakże w następnych latach nastąpi jej znaczny przyrost, jak się przewiduje, o ponad 3,3 mln osób do 2035 r.

Liczba osób w wieku produkcyjnym, a więc tych, które mogą sfinansować świadczenia emerytalne, na przestrzeni ostatnich kilku lat ustabilizowała się na poziomie ok. 24,5 mln osób. Ta sytuacja ulegnie jednak pogorszeniu. Dla przykładu, w roku 2020 osób w wieku produkcyjnym będzie ok. 22,5 mln, a w 2035 r. nastąpi dalszy spadek ich liczby do ok. 20,7 mln osób.

W konsekwencji wzrośnie relacja liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (czyli tzw. wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym). O ile w chwili obecnej na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 26 osób w wieku poprodukcyjnym, to w 2020 r. będzie to już 37 osób, natomiast w 2035 - 46.

Jest to zjawisko bardzo niepokojące, które - jeśli nie zostaną podjęte działania w kierunku przeciwdziałania jemu - w przyszłości mogłoby doprowadzić do realnego zagrożenia utraty płynności finansów ubezpieczeń społecznych.

Zmiana proporcji liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym wiąże się także z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia wskutek znacznej poprawy zdrowia i jakości życia społeczeństwa. Jest to oczywiście zjawisko korzystne społecznie, jednakże w kontekście ubezpieczeń społecznych - zjawisko prowadzące do wydłużenia okresu pobierania świadczenia emerytalnego i w konsekwencji dalszego obciążania systemu finansowego ubezpieczeń.

Z tych też względów proponuje się, aby od roku 2013 stopniowo zrównywać i podwyższać wiek emerytalny, wynoszący obecnie 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn. Zgodnie z przedłożeniem rządowym, wiek emerytalny co cztery miesiące podwyższany będzie o miesiąc. Oznacza to, iż docelowy wiek emerytalny 67 lat

w przypadku mężczyzn osiągnięty zostanie w roku 2020, a w przypadku kobiet w roku 2040.

Równocześnie należy podkreślić, że w nowym systemie obowiązuje zasada zdefiniowanej składki na ubezpieczenie emerytalne, co oznacza, że wysokość emerytury zależy od wieku przejścia na emeryturę oraz kwoty składek wpłaconych w całym okresie aktywności zawodowej. Emerytura obliczona zgodnie z nową formułą jest równa kwocie uzyskanej w wyniku podzielenia podstawy obliczenia (zwaloryzowanej kwoty wpłaconych składek emerytalnych) przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę. Dłuższa obecność na rynku pracy wpłynie korzystnie na oba parametry decydujące o wysokości świadczenia, przede wszystkim poprzez zwiększenie kwoty składek zewidencjonowanych na indywidualnym koncie osoby ubezpieczonej. Stąd tak ważne jest zrównanie i podniesienie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn. Oznacza ono bowiem wyższe świadczenia w przyszłości.

Podwyższenie wieku emerytalnego ma dotyczyć wszystkich ubezpieczonych objętych przepisami ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a więc również pielęgniarzy i położne.

Równocześnie Departament pragnie podkreślić, że ujednoczenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat nie naruszy uprawnień do emerytury pomostowej, z których korzystają pielęgniarzy i położne wymienione w pkt 18,22,23 i 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, póź. 1656, z późn. zm).

Główny Specjalista *Wojciech Kumszyk*

## Notatka z posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 12 kwietnia 2012 roku

Posiedzenie Komisji dotyczyło:

1. Informacji na temat epidemiologii cukrzycy przewlekła, leczenie i rehabilitacja.
2. Rozpatrzenia projektu dezyderatu w sprawie ustanowienia wieloletniego Narodowego Programu Walki z Cukrzycą.

W posiedzeniu Komisji uczestniczyła Joanna Walewander Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Jolanta Kubajka-Piotrowska – biuro Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Informację na temat epidemiologii cukrzycy przedstawił Aleksander Sopiński - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, którą posłowie przyjęli po prezentacji.

Minister stwierdził, iż cukrzyca zaliczana jest do grupy chorób cywilizacyjnych, ściśle związanych z rozwojem cywilizacyjnym, trybem życia i dietą. W Polsce na cukrzycę zapada ponad 2 mln osób, z czego około 25% stanowią chorzy nieświadomi swej choroby. Prognozuje się również, iż w najbliższych 20 latach nastąpi wzrost ogólnej liczny osób chorych na cukrzycę nawet o 50%.

Minister poinformował, iż w latach 2010-11 realizowano program zdrowotny pt. „Program Prewencji Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010-11”, który jest częścią programu – „Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym”. Celem wskazanego programu jest poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy i zdrowego stylu życia, stworzenie systemu szkoleń dla pacjentów, ich

rodzin oraz wybranych grup zawodowych, poprawa jakości opieki nad chorymi z cukrzycą poprzez działania edukacyjne na rzecz tej grupy chorych. Większość działań podjętych w ramach realizacji programu skierowanych była głównie do dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1, a w kolejnej edycji programu przewiduje się rozszerzenie zakresu zadań dotyczących wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy typu 2.

W ramach zadania nt. „Akcje społeczne pomocyno-edukacyjne obejmujące profilaktykę diabetologiczną o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym, powiązane z możliwością wykonania pomiaru glikemii, hemoglobiny glikowanej HbA1c, masy ciała, poziomu tkanki tłuszczowej, dotarcie do jak największej populacji”, w latach 2010-11 przeprowadzono m.in. szkolenia edukacyjne dla ponad 5000 pacjentów, wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów i dietetyków, szkolenia edukacyjne dla 103 pielęgniarek, przeszkolono ponad 520 uczniów w szkołach, w ramach bezpłatnych profilaktycznych badań podstawowych przebadano 7200 osób oraz z pełnym zakresem badań – 1046 pacjentów. Ponadto przeszkolonych zostało 70 pielęgniarek, położnych w zakresie przygotowania do pracy na stanowisku edukatora cukrzycy.

W 2012 roku planowane jest wdrożenie programu zdrowotnego nt. „Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej”, którego celem jest zwiększenie świadomości na temat cukrzycy wśród społeczeństwa, zmniejszenie występowania czynników ryzyka, stworzenie skutecznych strategii zapobiegania powikłaniom związanym z leczeniem cukrzycy oraz poprawa jakości życia osób chorych na cukrzycę poprzez edukację zdrowotną i badania.

Minister podkreślił, że jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, w ramach zadań zleconych, oraz w zależności od występujących potrzeb i wielkości posiadanego budżetu realizują programy z zakresu ochrony i profilaktyki zdrowia zapisane z Narodowym Programie Zdrowia – 14 cel operacyjny: „Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki”.

Minister poinformował, iż obecnie w Polsce zarejestrowanych jest 31 oddziałów szpitalnych o profilu diabetologia, w tym 490 łóżek oraz 1658 poradni diabetologicznych. Ponadto, w kraju jest 892. lekarzy ze specjalizacją w diabetologii oraz 247. lekarzy w trakcie specjalizacji. W odniesieniu do pielęgniarek – w kraju jest 75 pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz 174 pielęgniarki w trakcie specjalizacji.

Punkt drugi posiedzenia nt. projekt dezyderatu w sprawie ustanowienia wieloletniego Narodowego Programu Walki z Cukrzycą nie był rozpatrywany z przyczyn formalno-prawnych i będzie przedmiotem kolejnego posiedzenia Komisji Zdrowia.

Notatkę sporządziła: Jolanta Kubajka-Piotrowska

Zatwierdziła: Joanna Walewander

## Opinie Konsultantów

### Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego

Pani  
Halina Kąkolewska  
Przewodnicząca  
XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek  
i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim

W odpowiedzi na Apel nr 10 Okręgowego Zjazdu uprzejmie informuję co następuje.

Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej nigdy nie zapewniały i nie zapewniają kompleksowej i całodobowej opieki mieszkańcom domów pomocy społecznej. Zasady udzielania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej są przedstawione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku zmieniającym Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w załączniku nr 2. Są jasne i czytelne i nie można pielęgniarki POZ przypisać całodobowo dla mieszkańców domów 'pomocy społecznej, bo pielęgniarka POZ umiejscowiona w systemie ochrony zdrowia zajmuje się populacją zdrową i chorą zadeklarowaną na liście aktywnej.

Pracują od poniedziałku do piątku pomiędzy godzinami 8.00 - 18.00. Nie pracują w dni wolne od pracy. Podopieczny DPS, który wymaga całodobowej opieki to taki sam pacjent, który mieszka w swoim domu, tyle, że opiekę w domu sprawuje rodzina a w DPS instytucja. Miejscem zameldowania takiego pacjenta jest DPS i jest to jego dom. Zgodnie z zadaniami jakie realizują pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, taki pacjent ma prawo do opieki tej pielęgniarki na zasadach określonych ustawowo. Pielęgniarki nie mają w zadaniach dla mieszkańców DPS świadczeń kompleksowych, całodobowych, tylko te wynikające z ustawodawstwa. Po stronie kierownictwa DPS leży zabezpieczenie świadczeń dla mieszkańców DPS , szczególnie świadczeń opiekuńczych, a jeżeli podopieczny złożył deklarację wyboru do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, to również wynikające z procesu pielęgnacji świadczenia należne realizowane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. Takie świadczenia są udzielane zgodnie z obowiązującymi przepisami i na zasadach opartych w Zarządzeniach Prezesa NFZ , w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Krajowy Konsultant  
W dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego  
Beata Ostrzycka

## Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

Anestezjologia jest jedyną dziedziną medycyny, która doczekała się standardów w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 27 lutego 1998r. Pełna nazwa brzmi: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U.Nr37, poz. 215 z póź. zm stanowi, że podczas znieczulenia lekarzowi anestezjologowi towarzyszy przeszkolona pielęgniarka. Pielęgniarka przeszkolona to taka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny lub odbyła szkolenie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki medycznej. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia jest wydawane przez ośrodki uprawnione ( wykaz ośrodków znajduje się na stronie Ministerstwa Zdrowia), do prowadzenia szkolenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych. Ordynator lub lekarz nie może wydać certyfikatu wewnątrzdziałalowego uprawniającego pielęgniarkę do wykonywania ekstubacji, kaniulacji tętnicy promieniowej, prowadzenia terapii nerkozastępczej. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 27 lutego 1998 r :

lekarz anestezjolog powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia, czyli

do momentu wybudzenia i ekstubacji. Lekarz anestezjolog dokonujący znieczulenia może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia reanimacji innego pacjenta, jeśli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia. Transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu lub sedacji powinien odbywać się pod nadzorem lekarza anestezjologa, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, pulsoksymetru, innego niezbędnego sprzętu. Biorąc pod uwagę umiejętności wynikowe kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki; pielęgniarka powinna zaintubować pacjenta w sytuacjach nagłych, przygotować pacjenta do ekstubacji. Ekstubację u pacjenta wykonuje lekarz. Pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym, pielęgniarka specjalistka współuczestniczy w prowadzeniu hemodializy, hemofiltracji, dializy otrzewnowej. Nie prowadzi samodzielnie terapii nerkozastępczej. Pielęgniarka nie wykonuje samodzielnie kaniulacji tętnicy, asystuje lekarzowi przy zakładaniu cewnika do tętnicy.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie  
Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej  
Opieki mgr Marzena Komidziarska

## Sprawy Różne

**Pismo Prezesa NFZ w sprawie zmiany wskaźnika korygującego wartość osobodnia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla osób przebywających pod tym samym adresem zamieszkania**

Sz. P.  
Grażyna Rogala Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych w Warszawie

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do przekazanego Apelu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie zmiany wskaźnika korygującego wartość osobodnia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla osób przebywających pod tym samym adresem zamieszkania z 04 na 05 uprzejmie informuje, że Fundusz nie przewiduje zmiany w finansowaniu tych świadczeń, ponieważ wszystkie środki określone w planie finansowym na 2012r. są zaangażowane w zawarcie umowy na realizację świadczeń zdrowotnych i w chwili obecnej Fundusz nie dysponuje wolnymi środkami, które mógłby przeznaczyć na wzrost finansowania przedmiotowych świadczeń. Jednocześnie informuję, iż realizowane w miesiącach od stycznia do kwietnia br. przychody brutto

z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne obejmujące przychody ze składek bieżących i z lat ubiegłych, były niższe od ich wartości wyznaczonej w planie finansowym Funduszu.

Nieuprawnione jest stwierdzenie o zmieniającym się z roku na rok finansowaniu przedmiotowych świadczeń, ponieważ nakłady finansowe oraz liczba zakupionych świadczeń sukcesywnie zwiększają się co obrazuje poniższe zestawienie:

Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa		
rok	kwota zakresu	Liczba zakupionych świadczeń
2010	274 267 848	9 893 430
2011	303 118 981	11 585 242
2012	305 370 429	11 918 383

Z tabeli jasno wynika, że na przestrzeni lat 2010-2012 obserwuje się wzrost zarówno liczby zakupionych świadczeń jak i kwoty zakresu pielęgniarstwa w opiece długoterminowej.

Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Jacek Paszkiewicz



## Specjalizacja ze środków publicznych

Zgodnie z art. 70 ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, póź. 1039) pielęgniarka i położna, które odbyły specjalizację dofinansowywaną ze środków publicznych, mogą ubiegać się o dopuszczenie do kolejnej specjalizacji dofinansowywanej ze środków publicznych po upływie 5 lat od dnia zakończenia poprzedniej specjalizacji. **Pielęgniarka i położna składają organizatorowi kształcenia oświadczenie o odbytych przez siebie specjalizacjach dofinansowywanych ze środków publicznych.** Należy wskazać, iż ustawodawca nie określił wzoru oświadczenia o odbytych specjalizacjach dofinansowywanych ze środków publicznych, które pielęgniarka, położna składa organizatorowi kształcenia. Wobec powyższego

przedmiotowe oświadczenie składane przez pielęgniarkę, położną musi jedynie spełniać ogólny wymóg wynikający z art. 70. ust. 6 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Tym samym przykładowe oświadczenie, które pielęgniarka, położna składa organizatorowi kształcenia, może mieć brzmienie określone w załączniku do niniejszego pisma. W odniesieniu do drugiej kwestii podniesionej w piśmie, należy wskazać, iż w myśl art. 70 ust. 6 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej okres 5. lat liczymy **od dnia zakończenia poprzedniej specjalizacji dofinansowywanej ze środków publicznych**, a więc od daty pozytywnego złożenia egzaminu państwowego.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejsce i data złożenia oświadczenia)

### Oświadczenie

Oświadczam, że odbywałam/odbywałem specjalizację dofinansowywaną ze środków publicznych w okresie ..... (lata, w których odbywana była specjalizacja dofinansowywana ze środków publicznych)

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

## „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”

Uprzejmie informujemy, iż od II poł. 2012 r. do 2015 r. realizowany będzie przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego projekt systemowy pn. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Celem projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej.

Wsparciem w ramach projektu objęci zostaną lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni oraz terapeuci środowiskowi. Szkolenia poszczególnych grup zawodowych realizowane będą na podstawie programów kształcenia opracowanych w ramach projektu przez zespoły

ekspertów powołane w ramach Zespołu ds. gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Termin rozpoczęcia szkoleń to II połowa bieżącego roku. Wykonawcy szkoleń zostaną wyłonieni w drodze zamówienia publicznego. Przewidywana długość

szkolenia to 40 godzin zajęć teoretyczno-praktycznych realizowana w trakcie 2. zjazdów, trwających po 3 dni każdy (pielęgniarki POZ, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni i terapeuci środowiskowi) lub 21 godzin zajęć teoretyczno-praktycznych realizowanych w trakcie 1. zjazdu (lekarze POZ).

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

Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, będące efektem realizacji projektu, powinno przyczynić się do wypracowania modelu opieki nad osobami starszymi w środowisku ich zamieszkania, opartego na współpracy poszczególnych grup zawodowych objętych projektem. W ramach projektu zostanie przeprowadzona ewaluacja obecnego systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce. Na jej podstawie zostaną wypracowane założenia kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunków jej realizacji, w tym poprawy systemu kształcenia ustawicznego personelu

medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, co w efekcie powinno przyczynić się do poprawy sytuacji w tym zakresie. Założeniem projektu jest, aby jego realizacja przyczyniła się do wzrostu świadomości społeczeństwa, w tym kadr medycznych oraz osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych na temat potrzeby sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Projekt jest przedsięwzięciem ogólnopolskim. Jego wartość wynosi ponad 22 mln złotych. Jednocześnie informujemy, iż dla potrzeb projektu zostanie uruchomiona

kampania medialno-promocyjna. Jako jej pierwszy element powstanie niebawem specjalna strona internetowa, na której będą umieszczone wszelkie informacje. Jej adres prześlemy Państwu natychmiast po jej uruchomieniu. Pracownikiem odpowiedzialnym za informację i promocję projektu ze strony Departamentu jest Pan Bartosz Baran, dostępny pod nr tel. (22) 53 00 232

Nasz partner: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
ul. Marymoncka 99/103 tel. (22) 56 93 700 [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl)

## Pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Pani/Pan  
Przewodnicząca/Przewodniczący  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

Upamiętniam informuję, iż aktualnie obowiązuje zmiana art. 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Zmiana ta nastąpiła w związku z wprowadzeniem ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

Aktualnie art. 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych ma następujące

brzmienie: „Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zaopatrzenia w wybrane wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na zlecenie pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.”

Z poważaniem

(-) Grażyna Rogala – Pawelczyk  
Prezes NRPIP

## Tylko mój brat mówi do mnie siostrzo! Więc Każdy!

W ostatnim czasie, w środowisku pielęgniarskim rozgorzała dyskusja dotycząca formy zwracania się do pielęgniarki: „siostrzo”, „pani”. Często tej dyskusji towarzyszą emocje.

Zainicjowana kampania społeczna „Tylko mój brat mówi do mnie siostrzo!” skłoniła mnie do refleksji na temat tego, w jakim kierunku zmierza współczesne pielęgniarstwo, jakie są nasze ideały. Co tak naprawdę jest kryterium bycia dobrą pielęgniarką?

Przywołuje się obraz pielęgniarstwa z przeszłości, z wygórowanym, przesadnym naciskiem na moralność, a rzekomo bez kwalifikacji. Czy słusznie? Czyż pielęgniarki od początku istnienia zawodu nie pogłębiały swojej wiedzy i nie poszukiwały coraz to nowszych rozwiązań i metod doskonalenia, a co za tym idzie, podnoszenia kwalifikacji? Kwalifikacji możliwych do osiągnięcia na danym etapie rozwoju cywilizacyjnego... Czy możemy stawiać na przeciwnych szalach dawną moralność i współczesne wysokie wykwalifikowanie? Kwalifikacje są ważne, owszem, nawet niezbędne w pielęgniarstwie, ale same w sobie nie są

gwarantem pełnego profesjonalizmu. Czyż każda pielęgniarka nie powinna cechować się wysoką moralnością i etyką? Czy twórczym i budującym jest stwarzanie w naszym własnym środowisku podziałów? Zdobywając kwalifikacje, szanujemy także i doświadczenie naszych własnych koleżanek. Jestem przekonana, iż szansę przetrwania ma tylko to, co jest dobrze ugruntowane, co ma swoje korzenie i tradycję. Tradycja zawodu pielęgniarskiego jest piękna i chlubna. Jeśli my same w pełni nie będziemy jej szanować, to dlaczegoż mają to czynić inni?

W nawiązaniu do opinii, iż do pani w urzędzie czy banku nikt nie zwraca się „siostrzo”, pragnę zauważyć, że przykładową panią i nas, pielęgniarki, wiele różni. Przykładowa pani działa przede wszystkim w interesie własnym i swojego pracodawcy. Petentom pozostaje wiara w ludzką uczciwość i czujność. My działamy w interesie naszych podopiecznych. To ich życie, zdrowie i dobre samopoczucie jest naszym nadrzędnym celem. Brzmi patetycznie - tak - bo wielki jest etos naszego zawodu.

Czy zatem mogę zakazać pacjentowi zwracać się do mnie „siostrzo” w sytuacji, gdy to ja towarzyszę mu

w najtrudniejszych momentach jego życia? Czyż to nie my, pielęgniarki, jesteśmy przy chorym, gdy otrzymuje diagnozę? To my jesteśmy ostatnimi osobami wprowadzającymi pacjenta na blok operacyjny i my z niego go odbieramy. Biorąc udział w procesie terapeutycznym danej osoby, niejako wpisujemy się w historię jej życia, mając ogromną moc sprawczą. To nam dane jest odprowadzać naszych pacjentów na spotkanie ze śmiercią... To zaszczyt być ich siostrą!

Użycie określenia „siostra”, w moim osobistym odczuciu, wskazuje na szczególną relację między komunikującymi się osobami. Siostra to osoba bliska, wyrozumiała, kochająca, ciepła, troskliwa, prawa... To przede wszystkim osoba zaufana. Nasi pacjenci wierzą w nas i nasze kwalifikacje. Wierzą w to, iż najprościej mówiąc, nie zrobimy im krzywdy. Wierzą, iż uszanujemy ich intymność i godność.

Jeśli w relacjach z personelem lekarskim mamy poczucie lekceważenia, to właśnie na mocy naszych kwalifikacji i sztuki asertywności rozwiązujemy nasze konflikty, chroniąc przed sporami pacjentów. Etyka pielęgniarstwa ma swe korzenie i nieustannie czerpie z etyki chrześcijańskiej. To w niej jest droga do pełni człowieczeństwa. Na zakończenie pozwolę sobie przywołać słowa Błogosławionego Jana

Pawła II pochodzące z Orędzia na Światowy Dzień Chorych 1994 r.

„Zwracam się teraz do was, pracownicy służby zdrowia, lekarze i pielęgniarki, kapelani i siostry zakonne, pracownicy techniczni i administracyjni, opiekunowie społeczni i wolontariusze. Na wzór dobrego Samarytanina pomagajcie i służcie chorym i cierpiącym, szanując w nich zawsze przede wszystkim godność osoby, a oczami wiary dostrzegając w nich obecność Jezusa cierpiącego. Strzeżcie się obojętności, która może wynikać z przyzwyczajenia. Odnawiajcie codziennie postanowienia bycia braćmi i siostrami wszystkich bez żadnej różnicy; w swoją niezastąpioną pracę zawodową, wykonywaną w ramach dobrze zorganizowanych struktur, wkładajcie «serce», które jedynie jest zdolne nadać im ludzkie oblicze”.

Teresa Tomera wraz koleżankami pielęgniarkami z Oddziału Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej, Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej

## Serwis edukacjapacjenta.pl

Szanowne Panie/Panowie,

**N**aczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wspólnie z Zespołem Serwisu edukacyjnego uruchamiamy 01.10.2012 internetowy serwis edukacyjny pod adresem [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl), którego adresatem są Pielęgniarki i Położne na co dzień edukujące pacjentów z zakresu Pediatrii (m.in. szczepień, dermatologii, higieny i opieki nad noworodkiem, prawidłowego odżywiania dziecka itp.) na terenie całego kraju.

Podstawową funkcjonalnością serwisu [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl) jest:

1. Bezpieczne logowanie za pomocą unikatowego loginu i hasła (indywidualnie przyznawane dla każdego Edukatora/Pielęgniarki/Położnej).
2. Szeroki dostęp dla zalogowanych Edukatorów (Pielęgniarki i Położnej) do oferowanych na rynku przez Firmy Farmaceutyczne i Towarzystwa Naukowe materiałów edukacyjnych, pomocy szkoleniowych, wyrobów medycznych (np.: glukometr) czy próbek produktów (np.: dermokosmetyków, odżywek dla dzieci itp.) – całkowicie bezpłatnie.
3. Dzięki temu Edukator, niezależnie od miejsca zamieszkania (miasto, wieś) czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach ma stały dostęp do wiedzy, podstawowych materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych itp.
3. Możliwość komentarzy, ocen i porównania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, co bezpośrednio wpłynie na aktywizację środowiska Pielęgniarek i Położnych w celu wymiany opinii i doświadczeń – kluczowa zaleta dla rozwoju osób z różnym doświadczeniem, miejscem zamieszkania (wieś, małe,

średnie czy duże miasto), a dodatkowo wnioski i sugestie będą przekazywane autorom materiałów w celu poprawy ich jakości – wzmocnienie roli Pielęgniarki i Położnej

4. BOOT/Wirtualny Konsultant wyposażony w wiedzę medyczną z zakresu Pediatrii (24/h wsparcie merytoryczne Pielęgniarki i Położnej np.: BOOT będzie posiadał wiedzę na temat „faktów i mitów” dotyczących szczepień oraz udzielał informacji gdzie i jak zgłaszać NOP – istotna korzyść z punktu widzenia negatywnego obrazu tworzonego przez działalność ruchów antyszczepiennych w Polsce i wiele innych...) Start planowany na 12.2012

5. Finalnie to poprawa jakości serwisu edukacyjnego skierowanego do pacjenta (Pielęgniarka i Położna wyposażona w odpowiednią wiedzę i materiały przygotowane zgodnie z sugestiami środowiska profesjonalistów - w tym własne – jest równym partnerem lekarza w leczeniu i profilaktyce).

6. Rośnie świadomość pacjentów na temat profilaktyki szczepień i wielu innych... Pacjent świadomy jest skuteczniej leczony, a odpowiednia profilaktyka zabezpiecza go w przyszłości przed poważnymi chorobami czy ich powikłaniami – bardzo drogimi w przypadku ich leczenia

Instrukcja Rejestracji i Logowania

1. Wejść na adres strony [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl)
2. Następnie wypełnij formularz rejestracyjny
3. Otrzymasz mail zwrotny z przydzielonym Loginem i hasłem (jeżeli nie posiadasz adresu e-mail login i hasło otrzymasz SMS-em)
4. Wejść ponownie na stronę [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl) zaloguj się i korzystaj z serwisu!

## Kondolencje

Z głębokim żalem zawiadamiamy iż w dniu 25.09.2012r zginęła tragicznie nasza koleżanka, pielęgniarka

### **Anna Naumowicz**

z domu **Michalska** przeżyła 41 lat.

Ukończyła Liceum Medyczne w Drezdenku i po uzyskaniu dyplomu rozpoczęła pracę w szpitalu w Kostrzynie, w którym przepracowała 20 lat. Była pielęgniarką wielkiego serca- oddana pacjentom. Zawsze pogodna, uśmiechnięta potrafiła zarazić innych swoim optymizmem. Nie umiała przejść obojętnie wobec krzywdy i cierpienia z którym stykała się na co dzień.

Pozostawiła nie utulone w żalu dzieci i męża.

Na zawsze pozostanie w naszych sercach.

Składamy najbliższej rodzinie i znajomym wyrazy głębokiego współczucia  
Zarząd i pracownicy NZOZ Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą

*„Czasem odchodzą nasze Anioły*

*I nagle w miejscu staje czas*

*A z nimi częśćka nas odchodzi*

*I wielki smutek marszczy twarz.”*

Koleżance

### **Annie Doleckiej**

Szczerze wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**MĘŻA**

Składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

Koleżance

### **Helenie Pensiek**

Szczerze wyrazy współczucia  
Z powodu śmierci

**MĘŻA**

składają koleżanki

z Bloku Operacyjnego OAiT  
Szpitala Powiatowego w Drezdenku



18 czerwca 2012r., zmarła Danuta Lipnicka z domu Sroka urodziła się 1 maja 1952 roku w Drezdenku, gdzie mieszkała i się wychowała. Tu też, po ukończeniu szkoły podstawowej podjęła naukę w Liceum Medycznym.

W 1971 roku uzyskała prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki. Początki pracy zawodowej związała z pielęgniarstwem środowiskowym. Była pierwszą w Drezdenku pielęgniarką, która opiekowała się chorymi w domu.

Od 1974, roku do rozpoczęcia studiów na wydziale pielęgniarstwie Akademii Medycznej w Poznaniu, mieszkała w Świnoujściu gdzie pracowała jako pielęgniarka zabiegowa w tamtejszym uzdrowisku.

24 czerwca 1980 roku otrzymała dyplom z wyróżnieniem i uzyskała tytuł magistra pielęgniarstwa.

Po ukończeniu studiów wyjechała do Złotowa i przez cztery lata pracowała na stanowisku pielęgniarki oddziałowej.

Później pracowała w Wojewódzkim Zespole Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Gorzowie jako asystent, a później kierownik działu.

W latach 1988-1993 pracowała jako Naczelną Pielęgniarką barlineckiego szpitala.

W tym czasie podnosiła swoje kwalifikacje, ukończyła Pierwszy Stopień Specjalizacji i uzyskała prawo do tytułu magistra medycyny społecznej.

W 1999 roku, gdy tworzyły się Kasy Chorych, podjęła pracę w gorzowskim oddziale i stąd odeszła na emeryturę. Będąc już na emeryturze, cały czas aktywnie niosła pomoc w cierpieniu dzieciom niepełnosprawnym.

Danusia Lipnicka w każdej pracy wyróżniała się pracowitością, sumiennością i uczciwością. Pracowała na rzecz chorych i potrzebujących, a także środowiska zawodowego.

Pielęgniarki i położne zawsze będą pamiętały Jej zaangażowanie w tworzeniu naszego samorządu zawodowego, pracę w Tymczasowym Komitecie Organizacyjnym Izby Pielęgniarek i Położnych i późniejszą pracę na rzecz rozwoju pielęgniarstwa.

Przede wszystkim zapamiętamy Danutę Lipnicką jako wykładowcę na kursach dla pielęgniarek, szczególnie dużo zawdzięczają Jej pielęgniarki środowiskowo – rodzinne, które uczyła nie tylko, jak opiekować się chorym, ale i tego, jak troszczyć się o osoby zdrowe w miejscu ich zamieszkania.

W naszej pamięci zawsze pozostanie jej obraz osoby ciepłej, otwartej, a Jej takt i kultura osobista będą wzorem dla nas wszystkich. *Cześć Jej Pamięci.*

*„Czasem odchodzą dobrzy ludzie*

*Co nam pomogli w życiu wiele*

*I próżno wtedy pytać Boga*

*Czemu odchodzą przyjaciele”*

**Zapraszamy do odwiedzania naszej strony internetowej [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl)**

Znajdziecie w niej Państwo szereg przydatnych informacji:

- aktualności,
- dział PWZ,
- konferencje, szkolenia,
- ośrodek informacyjno edukacyjny,
- wnioski do pobrania,
- ośrodek kształcenia

# KONFERENCJA NAUKOWA

23-24 listopada 2012 r., Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

[www.poznictwo2012.pzwl.pl](http://www.poznictwo2012.pzwl.pl)



Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej

## TEMATY WIODĄCE KONFERENCJI

- » Komunikacja z pacjentem z problemami urologicznymi
- » Społeczne aspekty komunikacji
- » Komunikacja pomiędzy pacjentem, a lekarzem
- » Seksualność porodu
- » Noworodki z niską masą urodzeniową, relacje rodzice – dziecko
- » Komunikowanie się z pacjentem onkologicznym

### PATRONAT NAUKOWY

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



### KOMITET HONOROWY

Departament Pielęgniarek i Położnych w MZ



### ORGANIZATORZY



Wydawnictwo  
Lekarskie  
PZWL



### KONTAKT

tel.: (22) 695 44 94  
e-mail: [poznictwo2012.pzwl.pl](mailto:poznictwo2012.pzwl.pl)  
[www.poznictwo2012.pzwl.pl](http://www.poznictwo2012.pzwl.pl)