

# BIULETYN

## KOMITET REDAKCYJNY

Przewodnicząca:  
Maria Pałeczka

Sekretarz:  
Małgorzata Hrycak

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych  
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

**tel. 74 842-33-25**

ADRES REDAKCJI:  
58-300 Wałbrzych, ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)

e-mail: [oiipwch@webmedia.pl](mailto:oiipwch@webmedia.pl)

---

---

DRUKARNIA "BT"  
58-300 Wałbrzych, ul. Przebieg 5a  
tel. 74 842-20-55  
e-mail: [btdrukarnia@gmail.com](mailto:btdrukarnia@gmail.com)



## **SPIS TREŚCI**

|   |       |
|---|-------|
| WAŻNE .....   | 4-12  |
| MINISTERSTWO ODPOWIADA .....                          | 13-17 |
| SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI .....                      | 18-42 |
| POD PARAGRAFEM .....                                  | 43-53 |
| PIEŁĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA<br>PRAWNIK ODPOWIADA ..... | 54-56 |



### Szanowne Koleżanki i Koledzy.

Zachęcam do przeczytania kolejnych stron Biuletynu Informacyjnego.

Zgodnie z informacją w poprzednim numerze biuletynu w siedzibie izby w dniach 05.06. i 06.06 br. odbyło się szkolenie zorganizowane przez firmę Pofam-Poznań na temat:

**„Opieka nad pacjentem z wylonioną przetoką jelitową i moczową, zaopatrzenie pacjenta stomijnego oraz zasady refundacji”**

**„Opieka nad pacjentem urologicznym , zaopatrzenie pacjenta urologicznego oraz zasady refundacji”**

**„Kompleksowa rehabilitacja pacjentki po mastektomii - protezy piersi, profilaktyka przeciwozbrękowa”**

W związku z bardzo dobrym odbiorem i wyrażeniem opinii o potrzebie a nawet konieczności takich szkoleń, wstępnie mogę poinformować, że jest możliwość powtórzenia we wrześniu wspomnianego szkolenia o poszerzenie treści dotyczącej - ortopedii i pulmonologii.

Zapewniam zatem, że po wakacjach powrócę do spraw szkoleń, dołożę wszelkich starań, aby kolejna grupa pielęgniarek i położnych mogła skorzystać ze szkolenia. Zwyczajowo już zaproszenia wysłane zostaną do placówek.

Oczekuję również od Was – Koleżanki i Koledzy informacji dotyczącej tematyki szkoleń, które mogą być przeprowadzone w siedzibie izby. Aby zapewnić wszystkim uczestnikom komfort uczestniczenia w szkoleniu, sala jednorazowo może pomieścić maksymalnie 34 osoby. Bardzo gorąco zachęcam do współpracy.

W tym numerze – również zgodnie z wcześniejszymi informacjami kontynuujemy w dziale **POD PARAGRAFEM** umieszczać opracowane przez prawników artykuły, które będą odpowiedzią na liczne pytania i wątpliwości w nich zawarte, dotyczące wykonywania działalności leczniczej pielęgniarki i położnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Zupełnie nową formą wyjaśniania wątpliwości będą umieszczane Wasze pytania w dziale **PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA- PRAWNIK ODPOWIADA**

Gorąco zachęcam do przysyłania pytań drogą e-mail (adres na pierwszej stronie biuletynu) lub korespondencyjne, zapewniam, że odpowiedzi zostaną udzielone z zachowaniem anonimowości.

Mam nadzieję, że pomysł mój znajdzie Państwa akceptację, że pytania będą odpowiedzią na wątpliwości nie tylko dla autorów pytań.

Przypominam, że Biuletyn Informacyjny znajduje się również na naszej stronie internetowej **www.oipip.walbrzych.pl**

Zbliża się czas urlopów - Życzę pięknej pogody, cudownej - zdrowej opalenizny, wspaniałego odpoczynku oraz szczęśliwych powrotów do domu.

Przewodnicząca ORPiP  
Maria Pałeczka





# WAŻNE

---

**Maria Pałeczka  
Przewodnicząca  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Wałbrzychu  
ul. Chrobrego 1/10, skr. poczt. 50  
58-300 Wałbrzych**

Szanowna Pani

Działając w imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych zawiadamiam, iż samorząd zawodowy diagnostów laboratoryjnych uzyskał informację o zmuszaniu pielęgniarek przez pracodawców do wykonywania badań laboratoryjnych u hospitalizowanych pacjentów na aparatach diagnostycznych, poza medycznym laboratorium diagnostycznym (nie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego - Dz. U. Nr 210, poz. 1540)

W związku z powyższym procederem Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych informuje, iż badania laboratoryjne może wykonywać tylko diagnosta laboratoryjny w medycznym laboratorium diagnostycznym (w załączeniu opinia). Zwracamy się z prośbą o poinformowanie środowiska pielęgniarskiego, iż zmuszanie osób wykonujących zawód pielęgniarki do wykonywania badań laboratoryjnych, stanowiących czynności diagnostyki laboratoryjnej stanowi naruszenie prawa.

Liczymy, że wspólne działanie umożliwi prawidłowe, zgodne z prawem wykonywanie czynności laboratoryjnej przez uprawniony personel.

Z poważaniem

Prezes Krajowej Rady  
Diagnostów Laboratoryjnych  
Elżbieta Puacz

**Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Pielęgniarek i Położnych  
Zakładowa Organizacja Związkowa  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. M. Pirogowa  
ul. Wileńska 37, 94-029 Łódź**

Szanowni Państwo.

W odpowiedzi na pismo z dnia 9 stycznia 2012 roku, przesłane drogą e-mail w sprawie wydania opinii prawnej w przedmiocie wykonywania przez pielęgniarki i położne badań diagnostycznych na aparatach typu COBAS B 221 oraz ABX MIKROSOS CRP 200 mikrometodą (morfologia, CRP, bilirubina) w oddziale noworodków oraz patologii noworodka i intensywnej opieki neonatologicznej oraz udzielenie odpowiedzi na postawione pytania o treści:

1. Kto może wykonywać badania diagnostyki laboratoryjnej na aparatach typu COBAS B 221 oraz ABX MIKROSOS CTP 200 mikrometodą?"
2. Czy -pielęgniarka i położna może wykonywać samodzielnie "badania laboratoryjne na aparatach typu COBAS B 221 oraz ABX MIKROSOS CRP 200 bez odpowiedniego przeszkolenia, kursu kwalifikacyjnego bądź specjalistycznego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej?
3. Jakie ewentualnie kwalifikacje powinna mieć pielęgniarka wykonująca w/w badania?

Informuję:

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.) w art. 6b stanowi, iż osoby uprawnione, o których mowa w art. 6 i 6a, w zależności od posiadanych kwalifikacji zawodowych, mogą wykonywać zabiegi i czynności polegające na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych. Jednocześnie w ust. 2 zostało zawarte upoważnienie dla Ministra właściwego do spraw zdrowia, aby po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określił, w drodze rozporządzenia, wykaz zabiegów i czynności, o których mowa w ust. 1, uwzględniając w szczególności bezpieczeństwo pacjenta oraz kwalifikacje zawodowe osób uprawnionych do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Zgodnie z § 1 pkt. 2 lit. c-h i § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka/ położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego czynności wskazanych w cytowanym wyżej rozporządzeniu.



Jest to m. inn. :

- > kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiału do badań diagnostycznych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- > kierowanie na badania lub pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał płwociny, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- > wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
- > oznaczenie glikemii za pomocą glukometru,
- > wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnometrii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Załącznik nr 1 do rozporządzenia wskazuje, że pielęgniarka /położna posiadająca wskazane wyżej kwalifikacje, może pobierać krew do badań. Z uwagi na fakt, iż w załączniku nie wskazano, czy pobranie dotyczy krwi obwodowej czy włośniczkowej oznacza to, iż może pobierać każdy rodzaj krwi.

W żadnym wypadku pielęgniarka/ położna uprawniona nawet do poboru krwi pacjenta i innych materiałów biologicznych nie może samodzielnie wykonać badania tej krwi i materiałów, ani autoryzować wyniku badania, ponieważ zgodnie z art. 2 pkt. 4 i art. 6 i art. 6a ustawy

0 diagnostyce laboratoryjnej do wykonania powyższych czynności uprawniony jest wyłącznie diagnosta laboratoryjny lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie przydatnej w diagnostyce, licencjat analityki medycznej oraz osoby posiadające studia wymienione w art. 7 ust. 1 pkt. 2 ustawy i mające prawo do podjęcia kształcenia podyplomowego. Autoryzację wyniku badania może przeprowadzić tylko i wyłącznie diagnosta lub lekarz z odpowiednią specjalizacją. Pobrany przez pielęgniarkę i położną materiał do badań powinien być przekazywany do badań diagnostycznych.

Badania wykonywane na aparatach typu COBAS B 221 to ustalanie parametrów równowagi kwasowo - zasadowej: pH, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub> oraz elektrolitów: Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Hemoglobina całkowita tHb, Saturacja S<sub>O</sub>2 i hematokryt Hct (mierzony i wyliczony), Metebility, Poходne hemoglobiny, bilirubina. Badania wykonywana na aparatach typu ABX MIKROSOS CRP 200 mikrometodą (morfologia, CRP, bilirubina) to CRP oraz badania z zakresu hematologii. Badania wskazane powyżej a wykonywane na wymienionych aparatach należą do czynności diagnostyki laboratoryjnej wskazanych w art. 2 ustawy. Mogą być one wykonywane tylko i wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie uprawnienia wskazane w art. 6 oraz 6a ustawy. Osobami tymi nie są pielęgniarki czy położne.

Nadto ustawa wymaga aby czynności diagnostyki laboratoryjnej wykonywane były w laboratorium, a nie na jakimkolwiek innym oddziale szpitala. Wynika to wyraźnie również ze **sformułowania zawartego w treści art. 6 „samodzielne wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium” oraz art 1a ustawy mówiącego, iż badania laboratoryjne muszą być wykonywane w laboratorium.**

**Z powyższego wynika, iż nie jest możliwe wykonywanie badań diagnostycznych na aparatach typu COBAS B 221 oraz ABX MIKROSOS CRP 200 mikrometodą (morfologia, CRP, bilirubina) w oddziale noworodków oraz patologii noworodka i intensywnej opieki neonatologicznej przez pielęgniarką lub położną. Nie jest również możliwe wykonywanie badań poza laboratorium, czyli m.in. na oddziale noworodków oraz patologii noworodka i intensywnej opieki neonatologicznej.**

Z poważaniem

Prezes Krajowej Rady  
Diagnostów Laboratoryjnych  
Elżbieta Puacz



## **Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie: Bezpieczny sprzęt medyczny ograniczy zakłucia personelu**

Wprowadzenie bezpieczniejszego sprzętu medycznego ograniczy liczbę zakłuć personelu, a tym samym ryzyko zakażenia m.in. wirusowym zakażeniem wątroby typu B i C oraz HIV - przekonywała w czwartek (19 kwietnia) Dorota Kilańska, prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTR).

W trakcie zorganizowanego przez PTP Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej pod hasłem "Dbając o zdrowie - narażając zdrowie" eksperci przekonywali, że w Polsce problem narażenia pracowników medycznych na zakłucia jest bagatelizowany. Kilańska ostrzegła, że zakłucia igłami to zagrożenie kontaktem z ponad 30 potencjalnie niebezpiecznymi patogenami, w tym wirusami zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV.

- Polska wciąż ponosi wysokie koszty związane z wykonaniem badań diagnostycznych, zwolnieniami chorobowymi, kosztami leczenia pracowników, wypłacaniem odszkodowań, rent czy kosztami sądowymi.

Ujednolicone normy prawne, profilaktyka, czyli wdrażanie działań zapobiegawczych, system pomocy wobec już zakażonych oraz wprowadzenie bezpieczniejszego sprzętu medycznego na pewno zmniejszyłyby skalę problemu - tłumaczyła Dorota Kilańska.

Dr Maria Gańczak z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego informowała, że w Polsce szacunkowo dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli do ok. 100 zakłuć dziennie. Według niej skala zjawiska jest bardzo duża. Jak dodała, badania pokazały, że ok. 50 proc. aktywnych zawodowo lekarzy i 25 proc. pielęgniarek nigdy nie brało udziału w szkoleniach dotyczących profilaktyki ekspozycji zawodowej.

Były konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych prof. Andrzej Gładysz zwrócił uwagę, że brakuje jednolitego modelu zapobiegania zranieniom oraz postępowania po kontakcie pracownika z materiałem zakaźnym. Jak podkreślił, zakłucia "wiążą się z wysokimi kosztami materialnymi, ale też wywołują skutki społeczne i emocjonalne, ponieważ pracownicy i ich rodziny cierpią przez wiele miesięcy w niepewności i oczekiwaniu, że być może doszło do zakażenia".

Prof. Gładysz zaznaczył, że niezbędne jest implementowanie przez Polskę unijnej dyrektywy ws. zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. Przypomniał, że nasz kraj powinien implementować tę dyrektywę do maja 2013 r. Jej celem jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję zawodową, poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych.



Według prof. Andrzeja Gładysza, implementacja dyrektywy pomoże wyznaczyć minimalny standard dla wyrobów zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem oraz szczegółowo określić procedury. Rada ekspertów Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej podpisała 19 kwietnia "Deklarację poparcia Dyrektywy" i zobowiązała się dołożyć wszelkich starań, aby w miarę możliwości przyspieszyć i usprawnić proces implementacji nowych przepisów.



**Ministerstwo Zdrowia**  
Departament  
Pielęgniarek i Położnych  
MZ-PP-079-7388-2/BB/12

Warszawa, 2012,04,16

Pani  
**Grażyna Rogala-Pawelczyk**  
Prezes  
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
ul. Pory 78  
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes.

Uprzejmie informujemy, iż w latach 2012 - 2015 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. 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.

Wsparciem w ramach projektu objęci zostaną lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, **pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej**, fizjoterapeuci, **opiekunowie medyczni oraz terapeuci środowiskowi**.

Termin rozpoczęcia szkoleń to II połowa bieżącego roku. Wykonawcy szkoleń zostaną wyłonieni w drodze zamówienia publicznego.

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. Przewidywana długość szkolenia to 40 godzin zajęć teoretyczno-praktycznych realizowana w trakcie 2 zjazdów, trwających po 3 dni każdy.

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

Projekt jest przedsięwzięciem ogólnopolskim. Jego wartość wynosi ponad 22 mln złotych.

W związku z powyższym zwracamy się z prośbą o rozpowszechnienie tej informacji wśród członków Izb. 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.

Z poważaniem

Z-ca Dyrektora  
Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
Jolanta Skolimowska



Publikacja zawiera opis postępowania pielęgniarskiego w poszczególnych jednostkach chorobowych z uwzględnieniem najważniejszych problemów



pielęgniacyjnych. W każdym rozdziale uwzględniono przygotowanie do badań diagnostycznych oraz wskazówki edukacyjne dla pacjentów. Przedstawiono również zagadnienia dotyczące usprawniania chorych, reakcji pacjentów na hospitalizację oraz higieny pracy pielęgniarki. Książka jest adresowana przede wszystkim do studentów kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarek pracujących na oddziałach o profilu internistycznym. Może być również pomocna dla osób sprawujących profesjonalną opiekę, np. dla pracowników socjalnych lub asystentek osób przewlekle chorych

**Cena katalogowa 72,45 zł**



# MINISTERSTWO ODPOWIADA

## MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ DEPARTAMENT POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, tel. + 48 22 6611 277, fax. +48 22 66 11 276  
www.mpips.sov.pl. E-Mail: sekretariat DPS(a), mpips. sov.pl

DPS-VII-074-ZG-18/12

Warszawa, 4 maja 2012 r.

**Pani Maria Pałeczka  
Przewodnicząca Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Przewodnicząca.

W odpowiedzi na przesłany Apel Delegatów XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu dotyczący dostępu do opieki pielęgniarskiej osobom chorym i niepełnosprawnym mieszkającym w domach pomocy społecznej, uprzejmie informuję, że:

Zapewnienie usług zdrowotnych osobom ubezpieczonym leży w kompetencjach ochrony zdrowia i problemy, o których pisze Pani Przewodnicząca wynikają z procedur i rozwiązań prawnych opracowywanych w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia.

Osobom zamieszkałym w domach pomocy społecznej zabezpiecza się świadczenia medyczne na takich samych zasadach jak pacjentom w opiece domowej. Mieszkańcy domów pomocy społecznej jako osoby wymagające opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, w szczególności mogą korzystać z kontraktowanych przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa. Przysługuje im również, na ogólnych zasadach, prawo do opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pragnę zaznaczyć, że NFZ, mając na uwadze fakt, iż osoby przebywające w domach pomocy społecznej wymagają częstszych porad i świadczeń diagnostycznych, w odniesieniu do tej grupy świadczeniobiorców wprowadził zwiększony współczynnik korygujący stawkę kapitacyjną lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (2,5) i pielęgniarki



środowiskowej (3,5) w sytuacji, gdy przedmiotowy współczynnik korygujący dla świadczeń udzielanych ubezpieczonym, którzy nie są podopiecznymi domów pomocy społecznej, w poszczególnych grupach wiekowych przedstawia się następująco: do 6 r.ż. - 1,7; od 7 do 19 r.ż. - 1,0; od 20 do 65 r.ż. - 1,0; powyżej 65 r.ż. - 1,7.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, (Dz. U. Nr 217, póź. 1688), świadczeniobiorcom (mieszkańcom domów pomocy społecznej) udzielane są świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie umów zawartych ze świadczeniodawcami po wcześniejszym przeprowadzeniu postępowań konkursowych. Przepisy rozporządzenia wskazują, że pielęgniarka jedno czasowo może opiekować się nie więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami i nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania np. w domu pomocy społecznej.

W świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), osoby przebywające w domach pomocy społecznej mogą korzystać z kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, dotyczących wszystkich świadczeniobiorców. Natomiast obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom DPS pomocy w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących im w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pozostaje w gestii dyrektorów i pracowników tych domów, do czego zobowiązują przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, póź. 728, ze zm.). Wynika to z faktu, iż w domach pomocy społecznej przebywają osoby o ograniczonej sprawności psychoruchowej i wspieranie ich w rozwiązywaniu wszelkich problemów leży po stronie domu pomocy społecznej.

Zgodnie z art. 58 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej dom może zatrudniać pielęgniarki, jednak pielęgniarki zatrudnione w domu pomocy społecznej nie są uprawnione do udzielania świadczeń pielęgnarki podstawowej opieki zdrowotnej, jak również świadczeń pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej.

Kończąc chciałabym dodać, iż kwestia dostępu do świadczeń zdrowotnych należnych mieszkańcom domów pomocy społecznej w ocenie tutejszego Ministerstwa nie jest rozwiązana w sposób satysfakcjonujący i resort czyni dalsze starania, aby doprowadzić do zmiany przepisów prawnych w tym zakresie w taki sposób aby dla mieszkańców domów pomocy społecznej został wypracowany oddzielny produkt finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie opieki pielęgnarskiej.

Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, domy pomocy społecznej są tożsame z domami rodzinnymi i przebywające w nich osoby przewlekle chore wymagające wzmoczonej opieki i pielęgnacji mają możliwość korzystania ze

świadczeń zdrowotnych na tych samych zasadach, co osoby o identycznym stanie zdrowia i identycznych potrzebach zdrowotnych przebywające w domu rodzinnym a pracownicy domów pomocy społecznej współuczestnicząc w procesie działań opiekuńczych realizują te same zadania, co w domu rodzinnym bliscy chorego. Pragnę zwrócić ponadto Pani Przewodniczącej uwagę, iż domy pomocy społecznej zmieniły zakres świadczonych usług w 1999 roku w momencie wejścia w życie reformy ochrony zdrowia i domy pomocy społecznej nie świadczą całodobowych usług zdrowotnych a usługi bytowe i opiekuńcze i wspomagające.

Z poważaniem

Dyrektor  
Departamentu Pomocy  
i Integracji Społecznej  
Krystyna Wyrwicka



**Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Wałbrzychu  
ul. Chopina 1/10  
58-300 Wałbrzych**

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 2035 r. 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 0 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 pielęgniarce i położne.

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

Główny Specjalista  
Wojciech Kuraszyk





# SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

---

## **Sprawozdanie- VI Karpacza Konferencja Diabetologiczna Symposium Pielęgniarek, Położnych i Dietetyków Karpacz 17- 19 maj 2012.**

Karpacz to malownicza miejscowość położona w Sudetach Zachodnich. Właśnie tutaj w dniach 17- 19 maj 2012 roku w Hotelu Gołębiwski odbyła się VI Konferencja Diabetologiczna, Symposium dla Pielęgniarek, Położnych i Dietetyków, gdzie przedstawiono najnowszą wiedzę w dziedzinie Diabetologii. Patronatem Konferencji było Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, organizatorzy to :Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katedra Kliniki Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium w Krakowie, Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, Instytut „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” Warszawa.

Konferencja rozpoczęła się wykładem wprowadzającym mgr Alicji Szewczyk przewodniczącej Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii. Tytuł wykładu:

Czy profesjonalnie prowadzona edukacja terapeutyczna w cukrzycy to przyszłość czy już teraźniejszość?

Została tutaj podkreślona rola edukacji w pracy pielęgniarki/ położnej. Edukacja jest stałym integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego w cukrzycy, jest to sformalizowany, zaplanowany proces, to praca zespołowa odnosząca się do danej sytuacji chorego na cukrzycę. Ważne jest aby indywidualnie podchodzić do chorego. Skuteczna edukacja mobilizuje do działania. Poprzez edukację pacjent, rodzina bierze czynny udział w leczeniu. Należy podkreślić że, pielęgniarka/ położna XXI wieku to - edukator, klinicysta, badacz, menadżer, źródło opinii, innowator, adwokat, doradca.

Program konferencji składał się z VI sesji:

**Sesja I** - obejmowała tematy związane z komunikacją interpersonalną - czyli jak porozumiewać się skutecznie?, relacja pacjent, rodzina- pielęgniarka, rodzaje komunikacji, jak rozmawiać z pacjentem diabetologicznym?, zasady komunikacji interpersonalnej. Jak ważna jest umiejętność aktywnego słuchania, empatia.

Tylko właściwa komunikacja interpersonalna wpływa na dobre relacje, zbudowane na wsparciu i zaufaniu. Komunikacja ma wpływ na efekty leczenia, poprawę jakości opieki, radzenia sobie z chorobą jaką jest cukrzyca.

**Sesja II** - przedstawiała nowe technologie w terapii cukrzycy, które poprawiają komfort życia pacjenta. Zalicza się do nich osobistą pompę do podawania insuliny, czy też nowe urządzenia do insulinoterapii - alternatywa dla codziennych iniekcji insuliny np. bezigłowe urządzenie do wielokrotnego podawania insuliny INSUJECT. Poruszono też temat ciągłego monitorowania glikemii, mającego wpływ na diagnostykę dobrego wyrównania matabolicznego cukrzycy.

**Sesja III** - przybliżyła wszystkie zagadnienia związane z samokontrolą cukrzycy. Samokontrola poprawia komfort życia, sprawia, że pacjent jest partnerem w leczeniu, pozwala na wczesne rozpoznanie powikłań. Właściwe prowadzenie samokontroli glikemii wymaga systematycznej edukacji pacjenta w tym zakresie, oraz kontroli umiejętności posługiwania się glukometrem i wnikliwą analizą wyników. Nie bez znaczenia mają tutaj różnorodne programy komputerowe jako narzędzie zarządzania cukrzycą.

**Sesja nr IV** - poruszyła tematy związane z wdrażaniem insulinoterapii w cukrzycy typu 2, jakie są obawy pacjentów przed rozpoczęciem insulinoterapii? - udział pielęgniarki/ położnej w realizacji działań terapeutycznych.

**Sesja V** - omawiała problemy związane z prawidłowym odżywianiem w cukrzycy, metody zmiany nawyków żywieniowych i stylu życia, dlaczego warto schudnąć?, korzyści jakie są z utrzymania właściwej wagi ciała, strategię leczenia otyłości. Podkreślała znaczenie roli dietetyka w zespole terapeutycznym w edukacji chorego na cukrzycę.

**Sesja VI** - ostatnim tematem sympozjum były problemy związane z aktywnością fizyczną, brakiem aktywności, aktywnością pomimo powikłań, aktywnością zawodową, hobby.

Wysiłek fizyczny, aktywność zawodowa odgrywa istotną rolę w życiu chorego na cukrzycę. Każdy chory może pracować, nawet z powikłaniami. Może mieć swoje hobby.

Sesje były prowadzone przez nasze koleżanki, pielęgniarki z Polskiej Federacji Edukacji w Cukrzycy, oraz specjalistów z dziedziny diabetologii: prof. dr hab. n.med. Krzysztof Strojek, dr hab. n. med. prof. nadzw. Leszek Czupryniak, prof.dr hab.n. med. Maciej Małecki, prof. dr hab.n.med. Władysław Grzeszczak, prof.dr hab. n.med. Edward Franek. Każda z sesji kończyła się dyskusją, gdzie swoją bogatą wiedzą i doświadczeniami dzielili się z słuchaczami ww prelegenci. Po zakończonym Sympozjum każdy z uczestników otrzymał certyfikat uczestnictwa.

W ciągu całego Sympozjum trwała wystawa firm farmaceutycznych, które przedstawiały bogatą ofertę produktów dla osób z cukrzycą. Swoje święto 90 lat Insuliny obchodziła Firma Lilly wnosząca ogromny wkład w rozwój insulinoterapii- 30 maja 1922r. firma Eli Lilly jako pierwszy na świecie producent podpisała umowę z Uniwersytetem w Toronto dającą jej patent na produkcję insuliny. Poprzez lata swojej pracy, działania zmierzające do udoskonalenia i upowszechniania terapii insulinowej odegrała ważną rolę wpływającą na rozwój leczenia cukrzycy. Jubileusz uświetnił soją obecnością prof. dr hab. Jan Tatoń,



który wydał książkę „Wieki Uczą. Historia Badań i Leczenia Cukrzycy”, każdy z uczestników Sympozjum mógł otrzymać taką książkę z autografem autora. Książka ta została przekazana do OIPiP, aby mogła służyć naszym koleżankom w poszerzeniu swojej wiedzy.

W czasie trwania konferencji organizatorzy zapewnili uczestnikom wiele atrakcji: recital Ewy Bem, piknik na murawie- kolacja w plenerze, występ zespołu Varius Manx.

Uważamy, że problematyka sympozjum była ciekawa, potrzebna w naszej pracy zawodowej, bowiem zanim pacjent znajdzie się pod opiekę szpitala lub specjalisty Diabetologa trafia właśnie do POZ. Gdzie to właśnie my pielęgniarki/ położne mamy z takim pacjentem pierwszy kontakt, my edukujemy i wprowadzamy w tajniki choroby jaką jest cukrzyca. Zachęcamy nasze koleżanki do podwyższania swoich kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w podobnych konferencjach i sympoziach.

Dziękujemy OIPiP w Wałbrzychu za umożliwienie nam uczestnictwa w tej konferencji.

mgr Monika Stanicka  
i Beata Lachman  
Ośrodek Diagnostyczno-  
Lecznicy  
przy GFOZ w Wałbrzychu.

## **W dniach 20-21.04.2012 w Hotelu Malta Poznań odbyła się Konferencja „Laktacyjna metamorfoza” zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych**

W pierwszym dniu szkolenia po powitaniu uczestników przez panią Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, odbył się bardzo ciekawy warsztat prowadzony przez Michała Koszlę, fizjoterapeutę uroginekologicznego na temat wpływu karmienia piersią na zaburzenie dna miednicy

Mięśnie krocza spełniają wiele funkcji, zwłaszcza trzymanie moczu, stolca, utrzymanie ciężarnej macicy, napięcie podczas współżycia. Tak, więc objawy takie jak na przykład nietrzymanie moczu (NTM), stolca (NTS), gazów (NTG), czy też zaburzenia współżycia, statyki narządów, należą do najczęściej występujących zaburzeń dna miednicy. Przyczyną tych dolegliwości może być struktura dna miednicy oraz jej czynność. Bezpośredni wpływ na zaburzenie statyki dna miednicy mają także czynniki behawioralne oraz psychiczne. Mogą one występować niezależnie od siebie, albo też współwystępować.

Do najczęściej występujących i najlepiej opisanych dolegliwości po porodzie należy nietrzymanie moczu. Statystyki występowania NTM wahają się między 13% a 49%.

Na uwagę zasługuje fakt, iż istnieje duża korelacja między występowaniem nietrzymania moczu w ciąży, po porodzie a jego występowaniem 12 lat później - nawet, jeśli objawy te w międzyczasie ustąpią samoczynnie. Dużym zaskoczeniem dla wszystkich słuchaczy było to, że jeżeli NTM występowało tylko w ciąży, prawdopodobieństwo nawrotu wynosi 56,1%, natomiast, jeśli występowało również po porodzie, wzrasta aż do 77,8%.

Próbą poprawy rokowania miała być episiotomia, jednakże wprowadzenie tego zabiegu nie poprawiło statystyk. Na dodatek zabieg ten może wpłynąć na zaburzenie czynności dna miednicy. Stąd wycofano się z zaleceń rutynowego nacinania krocza. Jednak u wielu rodzących zwłaszcza pierworódek zabieg ten się wykonuje. Należy dołożyć wszelkich starań aby ograniczyć ból związany z nacięciem lub pęknięciem krocza.

Działania profilaktyczne obejmujące edukację związaną z dnem miednicy są najważniejszym działaniem w pierwszych tygodniach po porodzie. Specjaliści sprawujący opiekę nad położnicą powinni ją wspierać w staraniach mających na celu usprawnienie dna miednicy.

Kolejnym ciekawym wykładem była „Opieka laktacyjna nad matką po śmierci dziecka”.

O swoich doświadczeniach opowiadała Agnieszka Pietkiewicz psycholog pracujący w Szpitalu Specjalistycznym Świętego Wojciecha w Gdańsku. W ramach swoich obowiązków zawodowych sprawuje opiekę psychologiczną nad pacjentkami, które doświadczają urazów psychicznych w okresie okołoporodowym,



Towarzyszenie kobiecie w sytuacji straty dziecka wymaga z jednej strony znajomości fizjologii laktacji, a z drugiej wiedzy na temat sytuacji emocjonalnej osoby, która doświadcza urazu psychicznego. Gdy tuż po porodzie dziecko umiera, to emocjonalnie kobieta przeżywa niewyobrażalny ból, odczuwa rozpacz i gniew, poczucie winy i krzywdy. Mierzy się z pustką po śmierci dziecka - wchodzi w proces żałoby. Jednocześnie jej organizm chce karmić dziecko piersią. Doświadczenie jednocześnie sprzecznych zjawisk jest dodatkowym źródłem cierpienia dla kobiety. Na poziomie psychicznym odczuwa stratę po śmierci dziecka, a na poziomie fizycznym - sygnały od ciała o gotowości do wykarmienia nowonarodzonego potomstwa.

Pomoc laktacyjna udzielana matce, która straciła dziecko w okresie okołoporodowym wymaga dużej delikatności i elastyczności ze strony doradcy czy konsultanta. Kontakt z osobą w sytuacji kryzysowej wymaga od personelu medycznego gotowości do udzielenia szczególnego rodzaju wsparcia emocjonalnego. Należy także pamiętać, że sytuacja śmierci dziecka może być również dla doradcy czy konsultanta wyjątkowo obciążającym doświadczeniem. Na podstawie przypadków klinicznych omówione zostały możliwe reakcje rodziców na stratę dziecka w wyniku martwego porodu oraz po porodzie przedwczesnym oraz działania wspierające ze strony konsultanta laktacyjnego.

Piątkowe zajęcia zakończył quiz laktacyjny w którym każdy uczestnik mógł sprawdzić swoją wiedzę na temat laktacji.

W sobotę podczas wykładu o żółtaczce noworodków dowiedziałyśmy się o mechanizmie powstawania żółtaczki noworodkowej. Pani doktor Justyna Tołłoczko w bardzo ciekawy sposób opowiadała o mechanizmie powstawania żółtaczki. Dowiedziałyśmy się w jaki sposób karmienie piersią wpływa na przebieg żółtaczki.

Bardzo ciekawym wykładem był prowadzonym przez neurologopedie był „Dziecko z rozszczepem podniebienia. Karmienie piersią czy butelką”.

Karmienie dziecka z rozszczepem podniebienia może dostarczać wielu problemów technicznych zarówno dla samego dziecka, jak i matki.

Jeśli chodzi o udaną wczesną naukę karmienia decydująca jest ogólna kondycja dziecka, matki oraz wsparcie personelu medycznego.

W zależności od rodzaju i wielkości rozszczepu można podejmować próby karmienia piersią, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, jeżeli chodzi o oddychanie, połykanie i prawidłowy przyrost wagi.

Jeżeli którykolwiek z powyższych parametrów zostanie zakłócony, wskazane jest dokarmianie lub przejście na karmienie butelkowe.

Zaraz po urodzeniu, dziecko z rozszczepem podniebienia prezentuje prawidłowe reakcje odruchowe na obszarze twarzy. Logopeda może to ocenić w taki sam sposób, jak u zdrowego noworodka. Mechanizm ssania może być jednak zakłócony ze względu na rodzaj rozszczepu i brak możliwości wytworzenia podciśnienia na obszarze usta-brodawka/smoczek, podniebienie - język - brodawka/smoczek. Jest to niezbędny warunek do prawidłowego wysysania mleka

z piersi/smoczka.

Zaleca się układanie dziecka przy piersi tak, by dotykało stroną rozszczepową do piersi, czasem uszczelnienia rozszczepu wargi palcem podczas karmienia.

W tych przypadkach, kiedy nie udaje się dziecku nauczyć prawidłowego i wydajnego karmienia z piersi, zalecane jest przestawienie na karmienie butelkowe.

W zależności od wielkości i rodzaju rozszczepu możemy używać różnego rodzaju smoczków i butelek.

Konieczne jest także zawsze odbicie dziecka, zarówno po karmieniu piersią jak i butelką i układanie po karmieniu w nieco wyższej pozycji.

Udane karmienie przed zabiegiem wydaje się być dobrze rokującym wskaźnikiem w późniejszej nauce jedzenia łyżką, żucia, gryzienia i picia z kubka. To z kolei jest warunkiem prawidłowego rozwoju artykulacji.

Opieka wielospecjalistycznego zespołu, w tym neurologopedy, jest w tym wypadku konieczna.

Kolejną prezentacją sobotniego popołudnia była ”Dzikie serce – psychologiczne aspekty wczesnego okresu macierzyństwa” przedstawiona przez dr Magdalenę Stawicką - psycholog.

Miała ona na celu przybliżenie współczesnych poglądów na psychologiczne aspekty funkcjonowania kobiet po porodzie oraz zwrócenie uwagi na to, jaką rolę w tym obszarze odgrywać mogą specjaliści.

Okres po narodzinach dziecka jest dla kobiety czasem intensywnie przeżywanymi emocjami związanymi z największą zmianą w życiu, jakiej doświadcza. Wzruszenie, zachwyty, zauroczenie miesza się z lękiem, wstrętem, poczuciem opuszczenia za sprawą przemian, które zachodzą w sferze ciała, psychiki, relacji społecznych. Dla części kobiet proces przejścia w okres macierzyństwa przebiega łagodnie, dla innych jest bardzo trudny, wręcz traumatyczny – nierzadko ku ich wielkiemu zaskoczeniu. Jest to również czas bardzo istotny w rozwoju dziecka, nakładający na matki szczególny rodzaj odpowiedzialności.

Kluczową rolę w tym okresie odgrywa właściwa pomoc i wsparcie osób, które towarzyszą kobietom po porodzie. Szczególnego profesjonalizmu oczekujemy od specjalistów – lekarzy, położnych doradców laktacyjnych, którzy, z racji swojego zawodu, wkraczają w intymną sferę fizyczności i psychiki kobiety oraz jej budującą się relację z dzieckiem.

Borelioza i toksoplazmoza w kontekście karmienia piersią to kolejny wykład zaprezentowany przez dr nauk med. Aleksandra Waśniowskiego.

Wraz z postępującą współcześnie zmianą stylu życia, wzrostem aktywności na łonie natury, migracją mieszkańców miast na przedmieścia, rośnie ryzyko występowania chorób odzwierzęcych i pasożytniczych, zarówno wśród osób dorosłych jak i dzieci.



Ze względu na brak wystarczającej wiedzy i praktyki w diagnostyce chorób takich jak toksoplazmoza, czy borelioza, wśród lekarzy pierwszego kontaktu, wiele kobiet planujących ciążę, karmiących piersią i wychowujących swoje pociechy blisko natury, z niepokojem śledzi na własną rękę strony internetowe dotyczące tych chorób, często nabierając błędnych przekonań i pogrążając się w szumie informacyjnym.

W ramach wykładu przedstawione zostały wybrane choroby pasożytnicze i odzwierzęce, w kontekście transmisji wertykalnej, aspektów farmakoterapii w ciąży i podczas karmienia piersią oraz kwestii rokowniczych, co do życia i zdrowia potomstwa chorych, bądź narażonych matek. Jednocześnie wskazane zostały właściwe kierunki poszukiwań źródeł samokształcenia i poszerzania swojej świadomości na temat chorób transmisyjnych.

Konferencję zakończyła się wręczeniem certyfikatów uczestnictwa.

Udział w konferencji uważamy za bardzo owocny. Wróciłyśmy bogatsze o wiedzę, która nam pomoże w codziennej pracy z kobietami karmiącymi piersią. Bardzo dziękujemy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za umożliwienie nam udziału w konferencji.

B.Kęsik  
I.Sienkiewicz-Jabłońska



## **Sprawozdanie z VIII Konferencji Naukowej „Wyzwania pediatrii XXI wieku. Immunoprofilaktyka u dzieci i młodzieży, czyli jak wzmacniać odporność”.**

Dnia 01 czerwca 2012 - Dzień Dziecka - odbyła się zorganizowana przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu, VIII konferencja pediatryczna pod w/w tytułem.

Tematem wiodącym spotkania była kwestia szczepień ochronnych stosowanych u dzieci i młodzieży.

Wykładowcami byli specjaliści z zakresu pediatrii, chorób zakaźnych i wakcynologii.

Celem konferencji było przedstawienie obiektywnych faktów i wskazań do szczepień w wybranych sytuacjach klinicznych dzieci i młodzieży jako odpowiedź na krytyczne głosy przeciwników szczepień, które coraz częściej można usłyszeć w mediach. Poruszono również rolę probiotyków i prebiotyków w kształtowaniu układu odpornościowego u dzieci.

Konferencja przebiegała w przyjaznej i miłej atmosferze. Wykładowcy chętnie i wyczerpująco odpowiadali na pytania słuchaczy, padające z sali. Pomiędzy wykładami, przedstawiciele firm farmaceutycznych prezentowali szczepionki oraz mieszanki mleczne. W przerwie był obiad i słodki poczęstunek. Na zakończenie wszyscy uczestnicy otrzymali materiały pokonferencyjne i zaproszenie do udziału w następnej IX konferencji, która odbędzie się 01 czerwca 2013 roku.

Całość spotkania była potwierdzeniem słów, wypowiedzianych przez Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego dr n. med. Lucynę Sochacką, wypowiedzianych na przywitaniu zebranych, ..., „aby potraktować tę konferencję, jako spotkanie w gronie przyjaciół, gdzie każdy ma czuć się swobodnie i zadawać pytania, jeśli coś budzi wątpliwość i jest niejasne...”

Szczegółowo omówiono następujące tematy:

- Co nowego w wakcynologii?
- Immunoprofilaktyka u dzieci z wadami uwarunkowanymi genetycznie
- Immunoprofilaktyka u podróżujących dzieci
- Rola pre - i probiotyków w kształtowaniu układu immunologicznego u dzieci
- Szczepienia dzieci przedwcześnie urodzonych oraz z małą urodzeniową masą ciała - aktualne zalecenia
- Szczepienia przeciw grypie - z czego wynika non - compliance wytycznych?
- Udział pielęgniarki w profilaktyce raka szyjki macicy
- Edukacja zdrowotna a efektywność działań profilaktycznych wśród pracowników medycznych.



Poniżej prezentujemy streszczenie poszczególnych wystąpień.

### **Co nowego w wakcynologii? - prof. Leszek Szenborn**

W swoim wystąpieniu pan profesor poruszył problem „nie wyszczepiania” migrantów i występowania chorób zakaźnych w tych środowiskach. Bazując na danych z miasta Wrocławia podał przykład odry, na którą zapadają dzieci Romskie, kwitując ten fakt - „mamy odrę na Odrę”.

Z niepokojem mówił również o niskiej świadomości i przeciwnikach w naszym społeczeństwie w zakresie szczepień ochronnych, jako profilaktyki chorób zakaźnych.

Wskazał na konieczność szerszej edukacji pracowników medycznych, ich większego przekonania o konieczności szczepień, osobistego poddawania się szczepieniom profilaktycznym np. p/ grypie. wśród medyków. Podsumowując stwierdził, iż tylko przekonany i zaszczepiony pracownik służby zdrowia może przekonać pacjenta.

W swoim wykładzie prof. Szenborn nawiązał do faktu dotacji do szczepień nieobowiązkowych ( np. szczepionka p/HPV dla dziewczynek ) przez jednostki terytorialne w niektórych miastach w Polsce, z których korzysta wciąż niewielki odsetek zainteresowanych.

Nie zawsze względy ekonomiczne są przeszkodą w zaszczepieniu, ale mała świadomość społeczeństwa.

Odpowiadając na pytanie „czy szczepienia ochronne mogą być przyczyną autyzmu?” odpowiedział, że nie ma obecnie żadnych danych naukowych, potwierdzających to przypuszczenie.

### **Immunoprofilaktyka u dzieci z wadami uwarunkowanymi genetycznie - dr n. med. Robert Śmigiel**

W wykładzie pan dr Śmigiel podkreślił konieczność szczególnego traktowania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi w zakresie prewencji chorób zakaźnych. Wskazał na fakt, iż dzieci z wadami genetycznymi, ze względu na przewlekły charakter dolegliwości, są częściej hospitalizowane i ryzyko wystąpienia niektórych chorób zakaźnych jest większe niż u pozostałych ( np. biegunki rotawirusowe, grypa, ospa wietrzna, wirusowe zapalenie wątroby typu B ).

Dodatkowym obciążeniem u dzieci z niektórymi zaburzeniami genetycznymi są współistniejące ciężkie zaburzenia immunologiczne, stanowiące przeciwwskazanie do stosowania żywych szczepionek. Ryzyko występowania u pacjentów infekcji układu oddechowego, moczowego, infekcji ucha środkowego sprawia, że większe znaczenia nabiera wykonywanie nie tylko szczepień obowiązkowych ale i dodatkowych, zalecanych w grupach zwiększonego ryzyka zachorowania na choroby infekcyjne. Dzieci z zespołami genetycznymi powinny być opieką i kontrolą regionalnych poradni szczepień, celem ustalenia dodatkowych szczepień.

Omawiając niektóre choroby metaboliczne wykładowca zwrócił uwagę, iż każda z nich ma swoje własne zalecenia dotyczące kalendarza szczepień i odpowiedniej techniki szczepień. Istnieje czasami konieczność wykonywania tych zabiegów w warunkach szpitalnych z uwagi na ryzyko wystąpienia silnych odczynów poszczepiennych.

Np. dziecko z fenyloketonurią wymaga specjalnego traktowania po szczepieniu. W celu zapobiegania gorączki poszczepiennej ( w przebiegu gorączki zwiększa się poziom fenyloalaniny w krwi ) zaleca się w okresie szczepienia leki p/ gorączkowe co 4 godziny na dobę.

### **Immunoprofilaktyka u podróżujących dzieci- dr Aneta Nitsch- Osuch**

Na wstępie wykładu pani doktor omówiła ogólne zasady przygotowania dzieci do podróży i podróżowania z dzieckiem. Podkreśliła odpowiedzialność rodziców za zapewnienie bezpiecznego odpoczynku. W swoim wystąpieniu, wskazała na czynniki zwiększające ryzyko zachorowania: długotrwała podróż, przemęczenie, nieprzestrzeganie higieny osobistej, przebywanie w złych warunkach sanitarnych. Ponieważ dzieci są bardziej podatne na choroby zakaźne i gorzej znoszą trudy podróży, stąd potrzeba zapobiegania chorobom poprzez szczepienia ochronne. Pani doktor wskazała, iż obowiązujący w Polsce Program Szczepień Ochronnych w dużym stopniu zabezpiecza małe dzieci w zakresie szczepień podróży, pod warunkiem, że został wykonany prawidłowo i w terminie.

Podkreśliła, iż planując wyjazd z dzieckiem, szczepienia powinny być wykonane na 6-8 tygodni przed podróżą, co zapewni uzyskanie pełnego cyklu szczepień, ochronnego miana przeciwciał a także da możliwość zaobserwowania ewentualnego niepożądanego odczynu poszczepiennego.

Zwróciła uwagę, by medycy promowali szczepienia wymienione jako wskazane w ruchu turystycznym.

W Polsce, informacje na temat szczepień podróży są dostępne na stronach internetowych: [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl) oraz [www.szczepieniadlapodrozujacych.pl](http://www.szczepieniadlapodrozujacych.pl)

### **Rola pre i probiotyków w kształtowaniu układu immunologicznego u dzieci dr Ryszard Makosiej**

Swoje wystąpienie dr Ryszard Makosiej rozpoczął od przypomnienia postaci Ilii Miecznikowa, laureata Nagrody Nobla, który jest uważany za ojca badań nad probiotykami. W roku 1906 dowiódł on korzystnego wpływu stosowania sfermentowanego mleka na zdrowie człowieka. W 2002 r. WHO podała nową definicję probiotyków, wg której probiotykami określa się żywe drobnoustroje, wywodzące się z bakterii przewodu pokarmowego, które podane w odpowiedniej dawce wpływają korzystnie na zdrowie gospodarza. Natomiast prebiotyki to nierozpuszczalne substancje zawarte w pożywieniu wywierające korzystny wpływ na organizm. W dalszej części wykładu dr Makosiej zwrócił uwagę na ważność karmienia piersią, ponieważ pierwszymi antygenami zewnętrznymi z którymi ma styczność układ odpornościowy noworodka są bakterie, zasiedlające przewód



pokarmowy, pochodzące z mleka matki. Prebiotyczne oligosacharydy mleka kobiecego to fizjologiczne składniki mające dobroczynny wpływ na układ immunologiczny dziecka. Dr Makosiej odniósł się do ogólnoswiatowych badań na temat korzystnego wpływu pro i prebiotyków w kształtowaniu układu immunologicznego dzieci. Na zakończenie wystąpienia prelegent podkreślił, iż decyzja o zastosowaniu pro - i/ lub prebiotyków wymaga wnikliwej analizy historii choroby pacjenta.

### **Szczepienia przeciw grypie- z czego wynika non- compliance wytycznych? - dr n. med. Donata Kurpas.**

W swoim wystąpieniu pani doktor podała dane WHO dotyczące umieralności osób z powodu zachorowania i umieralności na grypę. Rocznie choruje od 330 mln. do 1575 mln ludzi na świecie, z czego 500 tys. do 1 mln umiera. W Polsce w sezonie epidemiologicznym umarło 189 osób - żadna nie była zaszczepiona przeciw grypie.

Ze względu na poważne powikłania pogrypowe- zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie nerek, zapalenie płuc, powikłania neurologiczne i inne zaleca się stosowanie szczepień ochronnych u dzieci od 6 miesiąca życia.

Badania w populacjach polskich pacjentów wskazują, że najczęstszymi powodami, dla których pacjenci szczepią się są: strach przed infekcjami, przed powikłaniami, utratą pracy, oraz wysokimi kosztami leczenia. Pacjenci rezygnują ze szczepień ponieważ: cieszą się dobrym zdrowiem, boją się powikłań po szczepieniu, nie są przekonani o skuteczności szczepionki, koszty szczepionki są zbyt wysokie i należy powtarzać szczepienie co rok.

Głównym argumentem, który wpłynąłby na decyzje o szczepieniu to gwarancja, że szczepiący się nie będą chorować, szczepienia będą bezpłatne, więcej informacji na temat szczepienia i jego konsekwencji będzie można uzyskać od lekarza POZ.

Przeciwwskazaniem do szczepień są: nadwrażliwość na składniki szczepionki, ostre choroby gorączkowe, ostre choroby o umiarkowanym lub ostrym przebiegu, zespół Guillaina-Barrego.

Celowe więc wydają się dalsze działania edukacyjne skierowane do rodziców i lekarzy POZ, oraz zwiększenie wiedzy na temat korzyści z wykonywania szczepień przeciw grypie i w konsekwencji zmniejszenie liczby zachorowań na grypę i jej powikłań.

### **Szczepienia dzieci urodzonych przedwcześnie oraz z małą urodzeniową masą ciała- dr n. med. Alina Kowalcykiewicz- Kuta**

Pani doktor zwróciła uwagę na fakt, iż przedwczesny poród sprawia, że fizjologiczny tor dojrzewania wielu układów, a w tym też odpornościowego ulga w organizmie noworodka zakłóceniu. W tej grupie noworodków występuje wysoki odsetek zakażeń wrodzonych, jak i nabytych. Podwyższona podatność na zakażenia wywołana jest niedostatecznie sprawnymi mechanizmami układu

immunologicznego.

Z powyższych względów w zapobieganiu zakażeniom u wcześniaków i noworodków urodzonych z małą urodzeniową masą ciała realizacja szczepień wg obowiązującego programu ma zasadnicze znaczenie w stymulacji immunologicznej i jest istotnym czynnikiem przyspieszającym kształtowanie odporności.

Zasady ogólne szczepień u dzieci przedwcześnie urodzonych i małą urodzeniową masą ciała:

Dawek szczepionek nie należy obniżać ani dzielić.

Pierwsze szczepienia u dzieci urodzonych przed 28 tyg. ciąży i u wcześniaków z występującymi napadami bezdechu oraz z ciężką dysplazją oskrzelowo-płucną zaleca się wykonać w czasie pobytu dziecka w szpitalu, monitorując czynność oddechową, akcję serca, saturację krwi przez 48 godzin.

Odroczenie szczepień u wcześniaków jest uzasadnione TYLKO w przypadku ciężkiego stanu klinicznego.

U wcześniaków stosuje się wszystkie przewidziane przez POS szczepionki stosowane w trybie szczepień obowiązkowych i zalecanych. Liczbę szczepień można zminimalizować stosując szczepionki wysokoskojarzone pięcio i sześciowalentne.

Ze względu na obserwacje niepożądanych objawów poszczepiennych po poszczególnych szczepieniach uzasadnione może być podanie szczepionek w odstępie 2-tygodniowym, a minimalny odstęp między kolejnymi dawkami tej samej szczepionki powinien być nie krótszy niż 4-tygodnie.

W przypadku wątpliwości dotyczących kwalifikacji do szczepień oraz ich realizacji u wcześniaków i dzieci z małą urodzeniową masą ciała, zwłaszcza długotrwale hospitalizowanych decyzja o ich realizacji powinna być podjęta w Wojewódzkich Poradniach Konsultacyjnych ds. Szczepień Ochronnych.

Lekarze powinni zachęcać rodziców oraz osoby z otoczenia dziecka do zaszczepienia się przeciw grypie i krztuścowi. Ponadto powinni rozważyć zaszczepienia przeciw krztuścowi pracowników ochrony zdrowia, którzy mają zawodowy kontakt z nieuodpornionymi noworodkami.

Steroidy kory nadnerczy, preparaty krwiopochodne i ludzkie immunoglobuliny stosowane w okresie po urodzeniowym nie mają istotnego wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo szczepień szczepionkami inaktywowanymi i gruźlicą ( wyjątek 4- tygodniowy odstęp między szczepieniami p/rotawirusom i p/gruźlicy).

### **Udział pielęgniarki w profilaktyce raka szyjki macicy - dr Elżbieta Danisz, dr n. med. Lucyna Sochocka, dr hab. Krzysztof Siuda- Krajewski**

Działania profilaktyczne w zapobieganiu rakowi szyjki macicy stanowią złożony proces za który odpowiedzialność ponosi nie tylko Ministerstwo Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia opracowując i realizując Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, ale również dom rodzinny, szkoła, środowisko społeczne, szkolne, rówieśnicze i medyczne.



Istotą profilaktyki jest przeciwdziałanie zagrożeniom, i chorobom których wystąpienie w przyszłości jest prawdopodobne.

W życiu często okazuje się, że najprostsze metody i formy przekazywania istotnej wiedzy są najskuteczniejsze.

W Polsce zawód pielęgniarki cieszy się dużym uznaniem społecznym, dlatego rola pielęgniarki w profilaktyce raka szyjki macicy jest ogromna. Wzrastająca liczba zachorowań na nowotwory oraz słaba ich wykrywalność bije na alarm.

Rolą pielęgniarki jest budowanie świadomości społecznej, promowanie zdrowego stylu życia, udział w programach pro- zdrowotnych (szczepienia przeciw wirusom HPV) oraz szeroko pojęta edukacja zdrowotna.

Działania te, aby przyniosły oczekiwane wyniki muszą być podejmowane już od najmłodszych lat. Stosując prawidłowe zachowania społeczne i zdrowotne, unikając czynników ryzyka i szczepiąc się przeciw HPV, kobiety są w stanie uniknąć zachorowania na raka szyjki macicy.

### **Edukacja zdrowotna a efektywność działań profilaktycznych wśród pracowników medycznych- dr Aleksander Wojtyłko, dr n. med. Lucyna Sochocka**

Profilaktyka (zapobieganie, prewencja) obejmuje wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania chorobie, i niepożądanym skutkom. Są to zawsze działania uprzedzające.

W naukach medycznych profilaktyka to zawsze przedsięwzięcie, w których celem jest niedopuszczenie do rozwoju chorób, zaburzeń lub zmniejszenie ich skutków.

Edukacja zdrowotna jest ustawicznym procesem uczenia się ludzi jak żyć, aby zachować zdrowie.

Samo zdrowie jednak zależy od wielu nakładających się na siebie czynników. Aż 50% wśród nich stanowi styl życia, następnie 20% to czynniki genetyczne i kolejne 20% to środowisko fizyczne, społeczne, środowisko pracy i nauki. Efektywność działań edukacyjnych odnoszących się do profilaktyki zdrowia jedynie tylko w 10% zależy od działania służby zdrowia i pracowników medycznych. Rodzi się pytanie : Na kim spoczywa odpowiedzialność za edukację zdrowotną w Polsce?

Z danych procentowych wynika iż z pewnością nie są to pracownicy medyczni, choć to im przypisywane są zwyczajowo zachowania pro zdrowotne.

Materiały pokonferencyjne u autorek

Dziękujemy bardzo za umożliwienie nam wzięcia udziału w konferencji.

Elżbieta Bielecka  
Marzena Paurowicz  
Jadwiga Stawarz  
Anna Sorota  
Pielęgniarki Oddziału Dziecięcego  
SP ZOZ w Świdnicy

**W dniach 11-12 maja 2012 roku odbyła się w Toruniu:**

- XII Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej „Hospicjum 2012”,
- X Ogólnopolskie Forum Onkologii i Psychologii.

**Miejsce:**

Aula Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, ul. Gagarina 11.

**Organizatorzy:**

- Dom Sue Ryder w Bydgoszczy,
- Hospicjum im. ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy,
- Fundacja Hospicyjna „Hospicjum to też życie” w Gdańsku,
- Hospicjum dla Dzieci „Nadzieja”,
- Centrum Konferencji i Wystaw EXPO-ANDRE w Toruniu.

**Patronat Honorowy:**

- Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego,
- Prezydent Miasta Toruń.

11 maja 2012 r. – dzień podzielony był na sesje o następującej tematyce:

- Sesja I – Inauguracyjna
- Sesja II - „Dzieci z chorobą nowotworową”
- Sesja III - „Opieka Paliatywna”.

12 maja 2012 r. – odbyły się:

- Sesja IV - „Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową”,
- Sesja V - „Opieka Paliatywna w Polsce w 2012 roku”,
- Sesja VI - „Leczenie bólu”,
- Sesja VII - „Pacjent onkologiczny”.

Uczestnikami konferencji byli: duszpasterze, lekarze onkolodzy, lekarze rodzinni, psychologowie, pielęgniarki, rehabilitanci oraz osoby działające w ruchu hospicyjnym i w opiece paliatywnej, a także przedstawiciele DPS i ZOL.

Wiele wykładów dotyczyło walki z bólem, a także cierpienie chorych i ich bliskich w „szybkowym” (nie terminalnym) okresie życia.

Prof. Jacek Łuczak wspominał o różnych przyczynach cierpienia:

- nieuśmierzony ból,
- duszność,
- zniedołężnienie,
- niepowodzenie terapii,
- nawrót choroby,
- utrata funkcji, ról, niezdolności do samoobsługi,
- utrata atrakcyjności,
- poczucie bycia ciężarem



oraz lęk przed zbliżającym się umieraniem i śmiercią.

Zapobiec cierpieniu można poprzez wczesne rozpoznawanie objawów i ich skuteczne leczenie. Istotne znaczenie odgrywa komunikacja: chory-rodzina-osoby zespołu opiekującego się.

Krystyna de Walden-Gałaszko powtarzała, że pragnienie pomocy osobom chorym wynika z wielu motywów. Warunkiem dobrej pomocy jest realne spojrzenie na siebie, na innych i ogólne sytuacje pacjenta. Dobre przygotowanie do pracy oznacza umiejętną pomoc. Wyraża się to m. in. przez umiejętność udzielania współczucia (np. wsparcie emocjonalne, informacyjne, duchowe).

Niezwykle ciekawe były wykłady prof. dr. hab. med. Danuty Perek o wczesnym rozpoznawaniu guzów litych u dzieci. Wielokrotnie powtarzała, że istotne znaczenie ma znajomość wczesnych alarmujących objawów klinicznych wśród lekarzy pediatrów czy wśród rodziców. Wtedy większość małych pacjentów udaje się wyleczyć niemal całkowicie.

Do wykładów zasługujących na uznanie były:

- „Musisz polubić siebie” – dr. hab. med. Zbigniew Bohdan. Polubić siebie oznacza, że aby wyjść do innych musisz zmienić postawę wobec siebie. Pozwolić sobie na marzenia, wybierać miejsca i ludzi, którzy Cię doładowują i wzbogacają a to z kolei pozwoli poszerzyć krąg ludzi zadowolonych i radosnych.

- „Fitoterapia w medycynie paliatywnej”- dr. n. farm. Jerzy Jambor, czyli stosowanie środków pochodzenia roślinnego, jak wyciągi z żeń-szenia, owoce aronii, preparaty otrzymane z jemioly pospolitej czy kadzidla indyjskiego.

- „Miejsce inftanylu w leczeniu bólu przebijającego – p. Małgorzata Roitt. Tolerancja leku jest dobra, działanie trwa około godziny. Unikalna droga podania przez nos. Zapewnia łatwość aplikacji i szybki czas działania. Lek zapewnia właściwą kontrolę dolegliwości bólowych.

Konferencji towarzyszyły liczne wystawy sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego.

Firma INFUSIO zaprezentowała bogatą gamę pomp infuzyjnych przydatnych w leczeniu bólu, zaś firma KIKGEL oferowała opatrunki, hydrożele stosowane w leczeniu ran.

Wśród osób prowadzących wykłady można było dostrzec ich ogromne zaangażowanie i radość z wykonywanej pracy z ludźmi przewlekle i nieuleczalnie chorymi.

Pablo Neruda pisał:  
Zacznij żyć  
Zaryzykuj siebie,  
Od dzisiaj zacznij działać  
Od zaraz.

Niech to pozostanie myślą przewodnią tej konferencji.

---



Z całego serca dziękujemy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za umożliwienie nam uczestnictwa w konferencji. Zdobyta wiedza i nowe doświadczenia będziemy starały się wykorzystać w codziennej pracy.

Z poważaniem,  
Iwona Niemczycki  
Marzena Kujda



**Symposium „Blok Operacyjny –Organizacja i Funkcjonowanie”  
24-25.05.2012r.**

**Przygotowanie i koordynacja programu:  
Prof. dr hab.n.med. Krzysztof Bielecki,  
Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Szreter.**

Omówienie niektórych zagadnień:

Tadeusz Szreter

Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawa

Zakażenia okołoperacyjne – anestezjologiczne.

Streszczenie

Anestezjolog wykonuje wiele zabiegów inwazyjnych niosących za sobą możliwość zakażeń. Personel anestezjologiczny obecny jest we wszystkich pomieszczeniach bloku operacyjnego, stąd jego zachowania i nawyki przyczyniają się znakomicie do utrzymania właściwej higieny a tym samym ograniczaniu powstawania i szerzenia się zakażeń.

Z powyższych powodów konieczne jest opracowanie i ścisłe przestrzeganie zasad postępowania i organizacji zespołu anestezjologicznego. Niestety w większości przypadków takie zalecenia, o ile w ogóle istnieją, albo nie są wyczerpujące albo nie obejmują wszystkich elementów postępowania. Ogólne wytyczne higieniczne, sprawdzane przez służby sanitarno – epidemiologiczne nie dotyczą najczęściej pracy zespołów anestezjologicznych.

W wielu krajach istnieją opracowania higieniczne dotyczące pracy zespołu anestezjologicznego w bloku operacyjnym i oddziale intensywnej terapii. Opierają się one na zasadach wypracowanych przez odpowiednie zespoły robocze towarzystw anestezjologii (USA, Niemcy, Anglia, Francja)

1. Należy szczególnie polecić bardzo szczegółowe zalecenia francuskie. Poniżej przedstawiam zasady takich wytycznych możliwe do zastosowania w Polsce.

**Anestezjologia.**

Personel.

1. Wymagane są odpowiedniego koloru ubrania zmieniane po każdym wyjściu z bloku operacyjnego. Bluza wpuszczana w spodnie.
2. Obuwie podlegające automatycznej dezynfekcji
3. Obowiązkowe jest noszenie w całym bloku operacyjnym nakrycia głowy, w salach operacyjnych masek i urządzeń ochraniających i zabezpieczających przed infekcją (bronchoskopia).
4. Dezynfekcja rąk obowiązkowa przy każdym wejściu do sali operacyjnej, i po każdym zetknięciu się z pacjentem.
5. W strefach zwiększonego ryzyka zakażenia niedopuszczalne jest noszenie biżuterii, zegarków lub innych ozdób na rękach i przedramionach.

Zmiana miejsca pobytu (sala operacyjna - sala wybudzeń).

1. Wyjście z sali operacyjnej do sali wybudzeń wymaga założenia osobnego fartucha, który musi być zdjęty przy powrocie na blok operacyjny.
2. Przed rozpoczęciem następnego znieczulenia konieczne jest zmiana maski i umycie rąk.
3. Wejście do innej sali operacyjnej musi być poprzedzone dezynfekcją rąk.
4. Zabronione jest wejście ze strefy zakażonej do strefy czystej.
5. Opuszczenie strefy zakażonej (sali operacyjnej) wymaga obowiązkowo zdjęcia odzieży ochronnej i obuwia i pozostawienia ich w strefie zakażonej.

Aparat do znieczulenia i sprzęt anestezyjologiczny.

1. Rurki dotchawicze i maski twarzowe muszą być sterylizowane zgodnie z instrukcją producenta.
2. Przy używaniu filtrów oddechowych, układ oddechowy aparatu do znieczulenia może być używany wielokrotnie. Filtry takie należy zmieniać codziennie, ze względu na zanieczyszczenia powierzchni zewnętrznych.
3. Dezynfekcja lub sterylizacja układów oddechowych winna odbywać się zgodnie z instrukcją producenta.

### **Leki.**

1. Leki niezbędne do znieczulenia winny być przygotowywane bezpośrednio przed rozpoczęciem znieczulenia.
2. Rozpuszczone leki winny być użyte dla określonego jednego pacjenta. Pozostałość leków należy zniszczyć.
3. Leki znajdujące się w fiolkach winny być oznaczone datą i godziną otwarcia opakowania. Przed każdym nakłuciem fiołki korek musi być odkażony. Dla każdego pobrania leku należy używać nowej igły i strzykawki. Przy opakowaniach zbiorczych należy używać igły zaopatrzonej w filtr. Przy podejrzeniu zakażenia fiołki natychmiast ją zniszczyć.

### **Ekstubacja.**

1. Ekstubacja może być wykonywana bezpośrednio w sali operacyjnej, Brak jest dowodów, aby kaszel lub odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych naruszały higienę sali operacyjnej.

### **Sala wybudzeniowa.**

1. Zalecane jest oddzielanie pacjentów zakażonych i czystych w osobnych salach wybudzeniowych. Taka zasada bardzo rzadko jest stosowana ze względu na konieczność osobnych pomieszczeń i personelu. Jeżeli pacjenci zakażeni i czysti przebywają w jednej sali wybudzeniowej, należy bezwzględnie przestrzegać zasady mycia rąk i noszenia ochronnych fartuchów.
2. Pacjenci z zakażeniami opornymi nie powinni przechodzić przez salę wybudzeniową, a bezpośrednio po zabiegu umieszczani być w strefie



izolowanej oddziału pooperacyjnego lub intensywnej terapii. Szczególniej uwagi wymaga wdrożenie nawyku dezynfekcji rąk. Niestety lekarze, w tym anestezjolodzy, są w tym zakresie bardzo oporni. Zjawisko to ma charakter ogólny i dotyczy większości krajów. Liczba publikacji na powyższy temat jest imponująca, jednak szersze opracowania nie wykazują większego postępu.

### **Znieczulenie regionalne.**

Znieczulenie regionalne lub blokady splotów wykonywane są albo w sali operacyjnej albo w sali przedoperacyjnej (dla oszczędności czasu). Niestety w każdej z tych metod możliwe jest zakażenie, stąd należy przestrzegać bardzo restrykcyjnych zaleceń. Większość stosowanych zaleceń jest zgodna, stąd przytaczam zalecenia amerykańskie.

1. Dezynfekcja rąk (polecane roztwory alkoholowe) zmniejsza częstość zakażeń przy wykonywaniu znieczuleń regionalnych.
2. Czy mycie chirurgiczne rąk ma przewagę nad dezynfekcją – brak danych.
3. Większą liczbę kolonii wykrywano, jeżeli wykonujący nie zdejmował biżuterii przed dezynfekcją rąk.
4. Zalecane jest używanie rękawiczek jałowych po dezynfekcji rąk, co zmniejsza częstość zakażeń i zabezpiecza wykonującego przed zakażeniem.
5. Stosowanie jałowych fartuchów nie zmniejsza kolonizacji. Dane nie są wystarczające.
6. Zalecane jest stosowanie masek chirurgicznych przy wykonywaniu blokad.
7. Obecne dane nie potwierdzają korzyści stosowania filtrów do przedłużonego znieczulenia podpajęczynówkowego lub ciągłej blokady nerwów.
8. Stosowanie roztworów alkoholowych chlorheksydyny zmniejsza kolonizację i wykazuje najlepsze zabezpieczenie miejsca wkłucia.

Istotnym problemem staje się możliwość przeniesienia zakażenia z jamy ustnej do dolnych części układu oddechowego np. podczas intubacji. Źródłem zakażenia stają się płytki nazębne, zaś efektem jest pooperacyjne zapalenie płuc. Istnieją liczne dowody na występowanie takiego mechanizmu zakażenia. Częstość występowania takich zakażeń zmniejsza właściwa higiena jamy ustnej przed planowanym zabiegiem (szczotkowanie zębów i dziąseł, płukanie roztworem 0,125% chlorheksydyny). Czynności higieniczne dotyczące jamy ustnej powinny być wykonywane przed przyjazdem chorego do bloku operacyjnego.

### **Monitorowanie zakażeń w Bloku Operacyjnym.**

Celem utrzymania odpowiedniego stanu bakteriologicznego BO, należy rutynowo prowadzić monitorowanie:

- a. częstości występowania zakażeń ran pooperacyjnych i ogólnych objawów zakażenia,
- b. posiewy bakteriologiczne z powierzchni urządzeń w salach operacyjnych oraz powietrza.

Przekroczenie normy zawartości bakterii w posiewach wymaga natychmiastowego działania. Powyższe zalecenia winny być wdrożone i okresowo sprawdzane. Konieczne jest okresowe szkolenie personelu i sprawdzanie (audit). Stanowi to obowiązek kierowników poszczególnych zespołów i kierownika bloku operacyjnego.

### **Anna Bojanowska-Juste Wielkopolskie Centrum Onkologii**

**Sterylizacja radiacyjna** - najczęściej stosowaną metodą sterylizacji dla produktów jednorazowych wprowadzanych do zakładów opieki zdrowotnej.

**Sterylizacja radiacyjna** - fizyczna metoda sterylizacji

- za pomocą promieniowania gamma / źródłem promieniowania izotopy naturalne Co -60 , Cs- 137
- sterylizacja wiązką szybkich elektronów / akceleratory elektronów o mocy 10- 50 kW w wiązce energii przyspieszonych elektronów 8-10 Me V /
- sterylizacja za pomocą promieniowania X / źródła promieniowania X /  
Działanie sterylizacji radiacyjnej polega na nieodwracalnym uszkodzeniu cząsteczek DNA w komórkach drobnoustrojów wywołane działaniem jonów, cząsteczek wzbudzonych i rodników - prowadzące do śmierci komórki.

Sterylizacja radiacyjna wiązką szybkich elektronów to :

- proces szybki i efektywny
- prowadzony w temperaturze otoczenia
- nie wymagający kwarantanny
- bez zastosowań toksycznych związków chemicznych
- nie wprowadzający radioaktywności

### **Tadeusz Szreter**

Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Ośrodek Szkolenia i Symulacji  
Warszawa



## **Bezpieczeństwo w bloku operacyjnym**

### **Organizacja pracy.**

#### **Streszczenie**

*Bezpieczeństwo w bloku operacyjnym zależy od działania wielu zespołów ludzi tam pracujących, sprawności sprzętu i właściwej organizacji pracy. Działania organizacyjne mają doprowadzić do wcześniejszego wykrycia zagrożenia przed wystąpieniem powikłania. Z tego powodu lepiej posługiwać się określeniem „ryzyko”, następstwem zaistniałego ryzyka będzie wystąpienie powikłania lub zagrożenia czyli zmniejszenie bezpieczeństwa dla pacjenta lub/i personelu.*

*Ryzyko jest szansą lub możliwością wystąpienia niebezpiecznego zdarzenia, uszkodzenia lub innych zdarzeń niepożądanych. Zdarzenia takie częściej występują w anestezjologii i intensywnej terapii.*

*Doprowadzają one do powikłań, których następstwem jest trwale lub przemijające uszkodzenie. W wyniku takich zdarzeń (szkodowości) powstaje możliwość wypłaty odszkodowania i dożywotniej renty. Przeciwno takim zdarzeniom istnieje obowiązek ubezpieczania się (OC), wobec zwiększonej szkodowości zwiększa się składka ubezpieczenia.*

*Właściwą drogą postępowania jest obniżenie ryzyka. Wymaga to rozpoznania zagrożeń, monitorowania, oraz zarządzania ryzykiem. Działania takie powinny być obowiązkiem kierowników zespołów.*

*Większość błędów popełnia człowiek, co najczęściej jest wynikiem braku wiedzy lub niemożności podejmowania decyzji. Zasadniczą rolę w obniżaniu ryzyka odgrywa proces szkolenia w tym podyplomowego.*

*Najwłaściwszą formą szkolenia jest symulacja.*

*Opracowanie przedstawia aktualny stan wiedzy na temat ryzyka w anestezjologii i intensywnej terapii, wnioski praktyczne i przykłady standardów. Proces zarządzania ryzykiem jest działaniem ciągłym, który powinien być prowadzony na każdym poziomie organizacyjnym.*

#### **DEFINICJE**

**Ryzyko** – to szansa lub możliwość wystąpienia niebezpiecznego zdarzenia, uszkodzenia lub innych zdarzeń niepożądanych.

**Ocena ryzyka** – określa co może wywołać powyższe zdarzenia i jakie działania należy podjąć, aby zdarzenia takie nie wystąpiły, tak aby poziom ryzyka zmniejszył do poziomu akceptowalnego.

**Analiza ryzyka** – ocenia możliwość wystąpienia ryzyka, ciężkość wywołanych następstw oraz wielkość tych następstw (finansowych, organizacyjnych, zdrowotnych).

**Zarządzanie ryzykiem** – stanowi proces służący identyfikacji, analizie i kontroli stanu aktualnego ryzyka oraz źródeł ich występowania. Polityka zarządzania ryzykiem powinna dotyczyć zwiększenia bezpieczeństwa i ograniczenia powikłań.

Należy zaznaczyć, że pomimo braku organizacji zarządzania ryzykiem w anestezjologii i intensywnej terapii stosowane są jego elementy w postaci najczęściej opracowywanych algorytmów lub zasad postępowania, które najczęściej mają charakter lokalny i dotyczą określonego zespołu.

### **Analgezja zewnątrzoponowa porodu – wytyczne**

#### **Grupa Robocza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

**\*Ewa Mayzner-Zawadzka<sup>1</sup>, Zdzisław Kruszyński<sup>2</sup>, Michał Gaca<sup>3</sup>, Dariusz Maciejewski<sup>4</sup>, \*\*Elżbieta Nowacka<sup>1</sup>**

1. I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski UM
2. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centralny Szpital MSWiA w Warszawie
3. Klinika Anestezjologii w Położnictwie i Ginekologii UM w Poznaniu
4. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Analgezja regionalna porodu obejmuje działania polegające na przerwaniu impulsacji bólowej i jej transmisji do centralnego układu nerwowego w nerwach, pniach, zwojach i korzeniach nerwowych poprzez podanie leków miejscowo znieczulających (LMZ) z/lub bez adjuwantów w okolice struktur nerwowych a także do przestrzeni zewnątrzoponowej i podpajęczynówkowej.

#### **1. Niniejsze wytyczne dotyczą tylko analgezji uzyskiwanej za pomocą blokad centralnych:**

- znieczulenia zewnątrzoponowego (ZO),
- znieczulenia podpajęczynówkowego (PP),
- połączonego znieczulenia zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego (CSE – Combined Spinal- Epidural).

#### **2. Kwalifikacja do przeprowadzenia znieczulenia regionalnego**

Dokonuje specjalista anestezjolog w porozumieniu z prowadzącym poród specjalistą położnikiem.

Kwalifikacja uwzględnia zaawansowanie porodu, stan ogólny rodzącej i choroby współistniejące oraz ocenę ryzyka powikłań anestezjologicznych w oparciu o kryteria stanu fizycznego wg skali ASA.

#### **3. Wybór sposobu znieczulenia**

Decyzję podejmuje specjalista anestezjologii i intensywnej terapii w porozumieniu ze specjalistą położnikiem i rodzącą pacjentką.

#### **4. Niezbędny zakres informacji dla pacjentki**

Każda pacjentka powinna uzyskać informację o przebiegu znieczulenia, jego wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Informacji udziela specjalista anestezjolog.

Przed wykonaniem znieczulenia pacjentka musi wyrazić świadomą zgodę na proponowany rodzaj analgezji i potwierdzić uzyskanie informacji o możliwych powikłaniach na piśmie.



Sposób udzielania informacji powinien być zrozumiały i dostosowany do osobowości i możliwości intelektualnych każdej pacjentki.

**5. Wskazania do znieczulenia regionalnego porodu:**

- nietolerancja bólu – subiektywna,
- życzenie rodzącej, o ile nie ma przeciwwskazań lekarskich,
- lekarskie.

**6. Przeciwwskazania do znieczulenia regionalnego porodu:**

- brak zgody pacjentki lub akceptacji przez położnika wykonania analgezji zewnątrzoponowej,
- brak współpracy z pacjentką (pobudzenie, zaburzenia świadomości),
- zaburzenia krzepnięcia krwi,
- leczenie antykoagulantami z uwzględnieniem wytycznych Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- trombocytopenia (stężenie płytek krwi < 100 G/L),
- wstrząs bez względu na etiologię,
- zakażenie skóry w miejscu wkłucia,
- niektóre choroby ośrodkowego układu nerwowego (rozrostowe, infekcyjne, SM, SLA),
- niektóre choroby i wady serca .

**7. Warunki kadrowe:**

Znieczulenia regionalne w położnictwie wykonuje specjalista anestezjolog przeszkolony w technice znieczulenia porodu lub anestezjolog szkolący się w anestezjologii pod bezpośrednim nadzorem specjalisty,

Specjalista anestezjolog powinien być w szpitalu dostępny całą dobę,

Wszyscy członkowie zespołu anestezjologicznego i położniczego powinni posiadać wiedzę i umiejętności pozwalające niezwłocznie wdrożyć odpowiednie postępowanie w przypadku wystąpienia powikłań anestezjologicznych lub położniczych,

Skład zespołu anestezjologicznego dostępnego całą dobę:

- lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub wytypowany przez niego i pozostający pod nadzorem lekarz specjalizujący się w anestezjologii,
- pielęgniarka anestezjologiczna.

**8. Warunki lokalowe**

Sala porodowa dopuszczona do działalności przez przepisy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, spełniająca wymogi Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej, z bezpośrednim dostępem do sali operacyjnej i możliwością natychmiastowego wykonania znieczulenia ogólnego, posiadająca wyposażenie umożliwiające prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej matki i noworodka zgodnie z rozporządzeniem MZiOS z 22 czerwca 2005 r.

Zapewniona możliwość hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii lub patologii noworodka.

**9. Wymagania sprzętowe w sali porodowej:**

- zestawy do wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego, podpaje-



- czynówkowego i połączonego zewnątrzoponowo- podpajęczynówkowego,
- źródło tlenu przy każdym łóżku porodowym,
- aparat do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego krwi przy każdym łóżku porodowym,
- pulsoksymetr przy każdym łóżku porodowym,
- dostępny monitor EKG,
- pompa infuzyjna przy każdym łóżku porodowym,
- zestaw do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, defibrylator,
- leki (w tym 500 ml 20% roztworu intralipidu ),
- dostępny aparat do anestezji ogólnej ,
- elektryczne urządzenie do odsysania.

#### **10. Warunki wstępne do rozpoczęcia znieczulenia regionalnego porodu.**

- badanie fizykalne i ocena pacjentki wg skali ASA oraz spełnienie kryteriów kwalifikacji do znieczulenia,
- badanie położnicze, uwzględniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu przez specjalistę położnika, który będzie nadzorował przebieg porodu i w razie powikłań położniczych będzie w stanie wdrożyć odpowiednie postępowanie,
- aktualne stężenie płytek krwi w surowicy (badanie ważne do 24 h).

#### **11. Rozpoczęcie znieczulenia regionalnego porodu**

- dokumentacja – karta znieczulenia porodu
- cewnikowanie obwodowego naczynia żylnego i rozpoczęcie wlewu krystaloidów 10-15 mL kg-1 lub zbilansowanych koloidów 5-7 ml kg-1, który będzie utrzymywany w czasie całej analgezji regionalnej,
- metodą z wyboru jest znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe z dostępu lędźwiowego. Zalecane jest takie prowadzenie analgezji, aby jej jakość była akceptowana przez rodzica przy jak najmniejszej blokadzie motorycznej,
- znieczulenie regionalne porodu powinno być rozpoczęte w aktywnej fazie I okresu porodu (3-5 cm rozwarcia ujścia zewnętrznego szyjki macicy); w uzasadnionych przypadkach możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie analgezji (np. niektóre choroby serca, ASA I/II, NYHA 1/2).

Od informacji o potrzebie znieczulenia regionalnego porodu do jego rozpoczęcia przez zespół anestezjologiczny nie powinno upłynąć więcej niż 30 min.

Po podaniu LMZ do przestrzeni zewnątrzoponowej rodzica musi znajdować się pod bezpośrednim nadzorem anestezjologa przez nie mniej niż 30 min.

#### **12. Monitorowanie funkcji życiowych w czasie wykonywania znieczulenia regionalnego.**

Przed rozpoczęciem analgezji zewnątrzoponowej konieczna jest kontrola:

- ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
- częstości tętna (HR),
- saturacji krwi obwodowej (SpO<sub>2</sub>),
- częstości tętna płodu (FHR).



Pomiary te powinny być powtarzane co 5 min od podania dawki leku miejscowo znieczulającego inicjującej znieczulenie, przez co najmniej 30 min, w razie potrzeby dłużej, do momentu stabilizacji parametrów matki i płodu. W tym czasie anestezjolog powinien znajdować się w zasięgu obserwacji wzrokowej rodzącej. Zalecana jest ocena stanu pacjentki nie rzadziej niż co 1 h przez anestezjologa lub osobę przez niego upoważnioną (lekarz, pielęgniarka). Wyniki pomiarów, ocena poziomu bloku, jego jakości oraz zdolności pacjentki do przemieszczania się powinna być odnotowywana w karcie znieczulenia.

Wykorzystano materiały udostępnione przez organizatorów sympozjum :  
Barbara Żabińska i Iwona Ostrowska





## POD PARAGRAFEM

Szanowni Państwo.

W związku z licznymi pytaniami dotyczącymi podejmowania i wykonywania zawodu pielęgniarki/rza (położnej) w formie indywidualnej praktyki, niniejszy artykuł będzie poświęcony tej właśnie tematyce.

W kolejnym numerze Biuletynu zostaną omówione regulacje dotyczące różnic w sytuacji prawnej pielęgniarki/rza (położnej) wykonującej zawód w ramach stosunku pracy i w ramach umowy cywilnoprawnej.

Zasady wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, oraz sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.).

Podmiotami leczniczymi są m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 106, poz. 622) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej.

W pierwszej mierze należy wskazać, że pielęgniarki i położne mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

Działalność leczniczą pielęgniarki może być wykonywana w formie:

- a) **jednoosobowej** działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- b) **spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej** jako grupowa praktyka pielęgniarek - zwanych dalej "praktykami zawodowymi", przy czym dla potrzeb niniejszego artykułu omówienie warunków wykonywania działalności leczniczej w tej formie zostanie pominięte.



Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
  - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
  - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 5) dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadać opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych;
- 6) uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- 7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana:

- 1) spełniać warunki wskazane w zdaniu poprzednim;
- 2) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
  - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
  - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

- 5) uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- 6) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,
- 7) posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta;
- 8) wskazać adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
- 3) nie może być:
  - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
  - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
- 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 5) uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- 6) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,

Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
  - 2) posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu;
  - 3) nie może być:
    - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
    - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
  - 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy
- 



- niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 5) uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
  - 6) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.
  - 7) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Miejszem wezwania, o którym mowa powyżej, nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.

Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, co oznacza, że jest to działalność gospodarcza, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków, określonych przepisami prawa.

Podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22 ustawy;
- 2) stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 102, poz.586);
- 3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;
- 4) zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia:
  - a) odpowiedzialności cywilnej,
  - b) na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadać muszą wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Wymagania te dotyczą w szczególności warunków:

- 1) ogólnoprzestrzennych;
- 2) sanitarnych;
- 3) instalacyjnych.

Jeśli chodzi o umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej to obejmuje ona szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych; Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Kierownik niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 100, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- 2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w powyższym zakresie, bez możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i to nawet, gdyby ubezpieczyciel zastrzegł w umowie takie postanowienia.

**Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC**, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych:

- 1) 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- 2) 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki lub położnej wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych. Jeżeli dany podmiot wykonujący działalność leczniczą wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności leczniczej albo wykonuje działalność leczniczą w więcej niż jednej formie, wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu stanowi równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej. W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego



z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie pielęgniarka i podmiot leczniczy.

Pielęgniarka/-arz, położna, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr tj. okręgowej radzie pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko pielęgniarki;
- 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
- 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje;
- 8) numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

Oznacza to, na co należy zwrócić uwagę, że w pierwszej kolejności pielęgniarka/-arz, położna uzyskać musi we właściwym Urzędzie Skarbowym decyzję o nadaniu numeru NIP, z wyjątkiem podatników, którzy uzyskali numer identyfikacyjny na podstawie ustawy o VAT, a następnie wpis do ewidencji działalności gospodarczej, obecnie na stronie Ministerstwa Gospodarki (adres [ms.gov.pl](http://ms.gov.pl)) można samodzielnie w formie elektronicznej dokonać takiej rejestracji. Wraz z wnioskiem o wpis do rejestru wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści:

"Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654)".

Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, zawiera ponadto:

- 1) imię i nazwisko albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;
- 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
- 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Do wniosku dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, z zastrzeżeniem przypadku, gdy dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wystawionego przez ubezpieczyciela przekazuje organowi prowadzącemu rejestr kierownik.

Dokumentem potwierdzającym spełnienie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń, jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej, opinia właściwego organu



Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Działalność leczniczą pielęgniarka/-arz, położna może rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru. Organ prowadzący rejestr jest obowiązany dokonać wpisu do rejestru oraz wydać zaświadczenie o tym wpisie w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem. W przypadku podmiotu leczniczego zaświadczenie o wpisie obejmuje również nadane przez organ prowadzący rejestr podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom i komórkom organizacyjnym jego przedsiębiorstwa resortowe kody identyfikacyjne zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w terminie w.w, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.

Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:

- 1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego - w przypadku praktyki zawodowej;
- 2) 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 - w przypadku podmiotu leczniczego.

Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w poprzednim zdaniu.

Opłaty powyższe stanowią:

- 1) przychód właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych - w przypadku opłat pobieranych od praktyk zawodowych pielęgniarek.

Rejestr prowadzi się w systemie teleinformatycznym.

Podmiotem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego rejestru jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Sposób prowadzenia rejestru i funkcjonowania systemu teleinformatycznego określają przepisy o systemie informacji w ochronie zdrowia. W przypadku podmiotu leczniczego do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

- 1) oznaczenia podmiotu leczniczego:
    - a) firmę albo imię i nazwisko,
    - b) adres podmiotu,
    - c) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej,
    - d) numer REGON,
    - e) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 



- 2) dane podmiotu tworzącego - w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) formę organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) dane dotyczące struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 7) datę wpisu do rejestru;
- 8) datę wystawienia zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz jego numer;
- 9) datę zmiany wpisu do rejestru;
- 10) datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
- 11) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
- 12) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111;
- 13) informacje, o których mowa w art. 25 ust. 3.

W przypadku praktyki zawodowej do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

- 1) oznaczenie pielęgniarki:
  - a) imię i nazwisko,
  - b) imiona i nazwiska współników spółki - w przypadku spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej lekarzy albo pielęgniarek lub położnych,
  - c) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP),
  - d) adres do korespondencji,
  - e) posiadane specjalizacje,
  - f) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu
- g) numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej;
- 2) oznaczenie rodzaju praktyki;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) datę wpisu do rejestru;
- 6) datę wystawienia zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz jego numer;
- 7) datę zmiany wpisu do rejestru;
- 8) datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
- 9) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
- 10) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111;
- 11) informacje, o których mowa w art. 25 ust. 3.

**Organ prowadzący rejestr udostępnia systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w przepisach o systemie informacji w ochronie zdrowia, dane objęte wpisem do rejestru.**

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w powyższym terminie organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

Do uchwały tej stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. Organem wyższego stopnia w sprawach nałożenia kary pieniężnej jest minister właściwy w sprawach zdrowia. Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji administracyjnej. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej organ prowadzący rejestr jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Do kary pieniężnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek od tych zobowiązań. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Organ prowadzący rejestr odmawia wnioskodawcy wpisu do rejestru, w przypadku gdy:

- 1) wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem;
- 2) podmiot wykonujący działalność leczniczą wykreślono z rejestru z powodu złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym, rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru, lub niezastosowanie się do zaleceń pokontrolnych w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku;
- 3) wnioskodawca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 17 ust. 1 albo art. 19.

Wpis do rejestru podlega wykreśleniu w przypadku:

- 1) złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 100 ust. 2, niezgodnego ze stanem faktycznym;
- 2) wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru;



- 3) rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem;
- 4) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, o których mowa w art. 112 ust. 7 pkt 2;
- 5) złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru;
- 6) bezskutecznego upływu terminu podjęcia działalności wyznaczonego przez organ prowadzący rejestr, nie dłuższego niż 3 miesiące, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą w terminie 3 miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności;
- 7) wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z przyczyn określonych w art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) - w przypadku praktyk zawodowych. W przypadkach wskazanych w pkt 1, 3 i 4, wykreślenie z rejestru następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, który wykreślono z rejestru na podstawie wskazanej w pkt 1, 3 lub 4, może uzyskać ponowny wpis do tego rejestru nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wykreślenia z rejestru. Organ prowadzący rejestr dokonuje zmiany wpisu do rejestru polegającej na wykreśleniu przedsiębiorstwa w przypadkach wskazanych w pkt 3 i 4, dotyczących wyłącznie tego przedsiębiorstwa.

Przepis ten stosuje się wyłącznie w odniesieniu do podmiotu leczniczego prowadzącego więcej niż jedno przedsiębiorstwo. Zmiana taka następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Również i w takim przypadku podmiot wykonujący działalność leczniczą może uzyskać ponowny wpis do tego rejestru nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wykreślenia z rejestru.

Do decyzji w sprawie odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w powyższych sprawach podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

Organem wyższego stopnia w sprawach odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2016 r.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr program dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r., zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej.

Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej dostosują swoją działalność do przepisów ustawy w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zachowują dotychczasowe uprawnienia bez konieczności odbycia specjalizacji.

Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy rozpoczęły specjalizację zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1, kontynuują ją na podstawie dotychczasowych przepisów.

W okresie 4 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy mogą być rozpoczynane nowe specjalizacje mające na celu uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1.

radca prawny  
mgr Ewa Suproń-Walenta  
mgr Dorota Pakuła.





## **PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA PRAWNIK ODPOWIADA**

---

- 1. Pacjent, który nie jest ubezwłasnowolniony – uzyskiwanie „świadomej zgody”, np. na czynności pielęgniarskie, jeśli stan pacjenta nie pozwala na podjęcie świadomej decyzji. Jakie kroki należy podjąć? Jak ma postępować pielęgniarka?**
- 2. Zabezpieczanie pasami pacjentów w wózkach siedzących – jeśli (?) jest to przymus bezpośredni obowiązuje okresowe rozpoznanie sytuacji przez lekarza i przedłużenie czasu zastosowania środków przymusu; w ZOL nie ma całodobowej obsady lekarskiej i nie można stosować się do przepisów dot. przymusu bezpośredniego. Czy w takiej sytuacji użycie pasów zabezpieczających pacjenta przed gwałtownym wstaniem z wózka i upadkiem jest łamaniem prawa?**

### **1. Bez zgody pacjenta**

Zgodnie z art. 12. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oznacza to, że bez świadomej zgody pacjenta pielęgniarka i położna mogą podejmować tylko takie czynności. Szersze uprawnienia posiadają jedynie lekarze. Zgodnie z art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. 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. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, 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. 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.

## 2. Pytanie drugie

jest nieprecyzyjne, autorka nie wskazuje bowiem czy chodzi o pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, czy też nie. Z pisma jednak można się domyślać, że nie chodzi o takiego pacjenta, tylko o pacjenta z zaburzeniami innego rodzaju. Jeśli tak, to odpowiedź zawarta jest w pkt. 1. Oznacza to, że w przypadku, gdy przewidywać należy z dużym prawdopodobieństwem, że np. wiekowy pacjent na skutek braku pasów upadnie, co może np. spowodować złamanie i stan nagłego zagrożenie życia i zdrowia, należy podjąć wszelkie czynności, które mają temu zapobiec. Kto w celu odwrócenia niebezpieczeństwa grożącego drugiemu ratuje jego dobro jest odpowiedzialny tylko za winę umyślną lub rażące niedbalstwo. Ponadto nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylecia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego. W sposób oczywisty trzeba stwierdzić, że zdrowie i życie ludzkie jest dobrem wyższego rzędu od naruszenia wolności lub też nietykalności cielesnej.

radca prawny

Ewa Suproń - Walenta

**Szpital przechodzi restrukturyzację i będzie utworzona spółka, mówi się, że zostaną zmienione nam (pielęgniarkom) pensje i nie chodzi tu o przechodzenie na kontrakty.**

**W związku z tym moje pytanie jest następujące:" Jakie warunki musi spełnić pracodawca (prezes spółki) aby dokonać takich zmian? Do tej pory obowiązywał pracodawcę trzymiesięczny okres wypowiedzenia warunków płacy.**

Autorka pytania nie wyjaśniła czy chodzi tutaj o umowę o pracę zawartą na czas nieokreślony, czy też inną, czy Panie są w okresie ochrony przedemerytalnej oraz w jaki sposób ma nastąpić przejęcie, czy przez likwidację dotychczasowego pracodawcy, czy też przez przejęcie w trybie art. 23(1) kp?

Jeśli jednak Panie mają zawartą umowę na czas nieokreślony, a przeeksztalcenie nastąpi w trybie art. 23(1)kp ( tak się należy domyślać z treści zapytania) to może tutaj mieć zastosowanie art. 42 kp, zgodnie z którym

**§ 1.** Przepisy o wypowiedzeniu umowy o pracę stosuje się odpowiednio do wypowiedzenia wynikających z umowy warunków pracy i płacy.

**§ 2.** Wypowiedzenie warunków pracy lub płacy uważa się za dokonane, jeżeli pracownikowi zaproponowano na piśmie nowe warunki.

**§ 3.** W razie odmowy przyjęcia przez pracownika zaproponowanych warunków pracy lub płacy, umowa o pracę rozwiązuje się z upływem okresu dokonanego wypowiedzenia. Jeżeli pracownik przed upływem połowy okresu wypowiedzenia nie złoży oświadczenia o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków, uważa się, że wyraził zgodę na te warunki; pismo pracodawcy wypowiedziające



warunki pracy lub płacy powinno zawierać pouczenie w tej sprawie. W razie braku takiego pouczenia, pracownik może do końca okresu wypowiedzenia złożyć oświadczenie o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków.

**§ 4.** Wypowiedzenie dotychczasowych warunków pracy lub płacy nie jest wymagane w razie powierzenia pracownikowi, w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nie przekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

Art. 43. [Wypowiedzenie zmieniające w okresie przedemerytalnym] Pracodawca może wypowiedzieć warunki pracy lub płacy pracownikowi, o którym mowa w art. 39, jeżeli wypowiedzenie stało się konieczne ze względu na:

- 1) wprowadzenie nowych zasad wynagradzania dotyczących ogółu pracowników zatrudnionych u danego pracodawcy lub tej ich grupy, do której pracownik należy,
- 2) stwierdzoną orzeczeniem lekarskim utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy albo niezawinioną przez pracownika utratę uprawnień koniecznych do jej wykonywania. Przede wszystkim wskazać należy, że przyczyna wypowiedzenia w takim wypadku musi być rzeczywista, konkretna i uzasadniona. Samo wypowiedzenie poza powyższymi warunkami musi również być dokonane zgodnie z procedurą jaką przepisy przewidują przy wypowiedzeniu umowy o pracę. Przejście zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy.

prawnik  
mgr Dorota Pakuła