



**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu**

ETYKA

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ
profesjonalizm

GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK
uśmiechnij się

PRAWDA
ODWAGA
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź

**Komisja Etyki działająca przy OIPiP w Wałbrzychu
przygotowała plakat nt. Etyki Pielęgniarki i Położnej.**

**Plakat, jest do odebrania w siedzibie OIPiP ul. B. Chrobrego
w Wałbrzychu, oraz z Biuletynem Informacyjnym i Magazynem
Pielęgniarki i Położnej.**

**Zależy nam na tym aby trafił do wszystkich placówek, szpitali,
poradni, zakładów, oddziałów i komórek organizacyjnych, tam
gdzie pracują pielęgniarki, pielęgniarze, położne.**

Prosimy aby został umieszczony w godnym miejscu.

**Przewodnicząca
i Członkowie Komisji Etyki**

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.com.pl

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

SPIS TREŚCI

INFORMACJE.....	4-5
Z PRAC NACZELNEJ RADY	8-11
SZKOLENIA	12-13
SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI	14-38
POD PARAGRAFEM	42-49
PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA.....	50

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Jak co roku - z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej 10 maja w Hotelu Piast- Roman" w Świdnicy odbyła się Konferencja szkoleniowa zorganizowana przez Komisję Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego. Temat ważny, wszechobecny ostatnio- choroby nowotworowe u kobiet.

„Kierunki rozwoju metod diagnostyczno-terapeutycznych”

Pani Ewa Kilar- dr n. med. lek. specjalista onkologii klinicznej

„ Profilaktyka chorób nowotworowych u kobiet”

Pani Katarzyna Leksowska-Osińska- mgr pielęgniarstwa

„ Walka ze stresem”

Pani Beata Pietrzak – psycholog

Stuprocentowa obecność, całkowita cisza na sali potwierdziły zainteresowanie, wysoki poziom.

Po konferencji - wyłącznie bardzo dobre oceny, opinie o konieczności organizowania konferencji w kilku cyklach, aby mogła skorzystać jeszcze większa ilość pielęgniarek i położnych. Aby zmienić nastrój, kończąc spotkanie wystąpił Zespół muzyczny The Black. Fantastycznie brzmiące głosy z podkładem harfy, trąbki i instrumentu klawiszowego.

W numerze kilka zdjęć ze wspomnianej konferencji.

Nieuchronnie zbliżamy się do końca pierwszego półrocza. Na najbliższym posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych dokonamy analizy i podsumowania pracy wszystkich komisji, zespołów, przygotujemy zestawienia wypłaconych refundacji za wszystkie formy doskonalenia zawodowego. Analizy i Wasze głosy pozwolą nam na kolejne zmiany.

Miesiąc czerwiec na dobre wprowadza nas w atmosferę urlopów, realizacji wcześniej dokonanych planów .

Życzę wspaniałego wypoczynku, niezapomnianych wrażeń i wspomnień , a przede wszystkim tak upragnionego słońca. Wypoczywając, nie zapominajmy o bezpiecznym wypoczynku i szczęśliwych powrotach.

Przewodnicząca ORPIP

(-) Maria Pałeczka



INFORMACJE

WAŻNE

POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH I INTENSYWNEJ OPIEKI

www.ptpaio.pl
ul Jeleniogórska 16,
60-179 Poznań
e-mail: ptpa@ump.edu.pl, biuro@ptpaio.pl

Proces pielęgnowania u tych pacjentów, jak sama nazwa wskazuje, nie jest czynnością doraźną, którą można podejmować i przerywać w dowolnym momencie. Zwiększa to zdecydowanie niebezpieczeństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz burzy poczucie bezpieczeństwa pacjenta i powoduje sytuację stresową u pielęgniarki.

Niedopuszczalne jest, aby pielęgniarka anestezjologiczna udzielała świadczeń medycznych w innym oddziale, przerywała je w trakcie realizacji, oraz wracała do swoich obowiązków wynikających z zatrudnienia w oddziale anestezjologii, po czym ponownie wracała do pracy na innym oddziale.

Taka organizacja pracy nie ma nic wspólnego z przepisami Kodeksu Pracy dotyczącymi oddelegowania pracownika na równoległe stanowisko — art. 42 § 2 Kodeksu Pracy. Żadne akty prawne nie uprawniają pracodawcy do nakładania podwójnej odpowiedzialności na pielęgniarki anestezjologiczne. Tym bardziej, że nie są znane przypadki, aby taką odpowiedzialność nakładać na pielęgniarki innych specjalności, kierując je do pracy w oddziale anestezjologii. Podobnie jak nie ma żadnych aktów prawnych pozwalających, poprzez złą organizację pracy, na dopuszczanie do sytuacji, w której zdrowie bądź życie pacjenta zostaje zagrożone. W zapewnieniu wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, istotną rolę odgrywa prawidłowa obsada stanowisk pielęgniarskich — odpowiednia ilość personelu + odpowiednie kwalifikacje.

Ponadto nakaz podwójnej odpowiedzialności nakładany na jedną tylko grupę pielęgniarek jest przejawem nierównego traktowania. Wyraz

temu dał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 kwietnia 2008 roku, gdzie w uzasadnieniu czytamy: „Za przejaw nierównego traktowania uznać należy wprowadzony (...) obowiązek świadczenia (...) pracy na rzecz innych oddziałów w czasie, gdy nie były wykonywane zabiegi operacyjne. Żadna inna grupa pielęgniarek takiego obowiązku nie miała, a przynajmniej nie został on wyrażony w formie zarządzenia. W ocenie sądu pierwszej instancji takie zachowanie pracodawcy nosi znamiona tzw. Dyskryminacji pośredniej w zatrudnieniu (...)”

Do wiadomości:

1. Departament Pielęgniarek i Położnych
2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
4. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
5. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki
6. Państwowa Inspekcja Pracy
7. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych

PREZES
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki
mgr Paweł Witt

**KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
PEDIATRYCZNEGO WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL
DZIECIĘCY 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089.
5393455, fax 533-77-01
e-mail:piskorz@wssd. olsztyn.pl**

Opinia
w sprawie cewnikowania pęcherza moczowego u dzieci przez
pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania
z dnia 12.04.2013 r.

Zakres świadczeń, który powinien być realizowany przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, określa Załącznik nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.X.2010 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowe zadania mieszczą się w obszarze profilaktyki pierwszo - i drugorzędowej. Jednakże pkt 4 ust 2 Części I załącznika nr 4 do w/w rozporządzenia określa świadczenia w odniesieniu do dzieci z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w sposób następujący:

„... sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na której liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych, koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole...”.

Co to oznacza?

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie tylko może, ale powinna wykonać zabieg/procedurę związaną z cewnikowaniem pęcherza moczowego u ucznia, jeśli uczeń ma stwierdzoną chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność, a wykonanie tego zabiegu np. odbarczenie moczu, jest konieczne do wykonania w trakcie pobytu ucznia w szkole. Taki zabieg może być wykonany tylko na zlecenie lekarza POZ, na liście którego znajduje się uczeń i w porozumieniu z tym lekarzem, a nie na zlecenie poradni specjalistycznej. Oczywiście niezależnie od zlecenia lekarskiego, powinna być zgłoszona prośba rodziców i ich zgoda oraz zgoda ucznia, jeśli skończył 16 lat.

Nie istnieje akt prawny, który ograniczałby kompetencje pielęgniarek do cewnikowania tylko dziewczynek i wyłączałby z tych kompetencji cewnikowanie chłopców. Pielęgniarki wykonujące zabiegi/procedury cewnikowania pęcherza u uczniów, powinny posiadać wiedzę i umiejętności w stosowaniu zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego dzieci obojga płci.

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, które nie wykonywały tych procedur, bądź ich umiejętności się zdezaktualizowały (co jest rzeczą oczywistą, jeśli zabiegów nie wykonuje się na co dzień), wówczas powinny nabyć wiedzę i umiejętności w toku kształcenia podyplomowego. Może to być krótki kurs doskonalący, który zostanie zorganizowany na bazie najbliższego ośrodka pediatrycznego przez podmiot prowadzący kształcenie.

Krajowy Konsultant
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

**Z PRAC NACZELNEJ RADY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, iż podczas VIII posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 7 maja 2013 r. zostały podjęte dwa stanowiska:

- stanowisko nr 13 w sprawie usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2013 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.), oraz
- stanowisko nr 14 w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545).

W związku z powyższym przesyłam w załączeniu wspomniane stanowiska.

Z wyrazami szacunku
Sekretarz NRPiP
(-) Joanna Walewander
Załączniki:

1. Stanowisko nr 13 w sprawie usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2013 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).
2. Stanowisko nr 14 w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545).

Stanowisko nr 13
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 maja 2013 r.

w sprawie usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn zm.)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec propozycji usunięcia delegacji zawartej w art.

6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). Cytowana ustawa określa zawód pielęgniarki i położnej jako samodzielne zawody medyczne. Jest to zapis ogólny nie wskazujący w sposób jednoznaczny zakresu uprawnień do wykonywania poszczególnych świadczeń zawodowych. Stąd konieczne jest, z punktu widzenia praktyki sporządzenie katalogu przedmiotowych świadczeń wprowadzonych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Absolwenci poszczególnych form kształcenia podyplomowego (specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego) uzyskują kwalifikacje określone programami tych szkoleń. Same kwalifikacje nie skutkują uprawnieniami do ich realizacji. Dopiero poszerzenie o uprawnienia tj. kwalifikacje i uprawnienia, dają sumaryczne kompetencje do realizacji świadczeń.

Próba usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w naszej ocenie, zmierza do ograniczenia samodzielności zawodowej pielęgniarki, położnej. Należy tutaj uwzględnić oczekiwania środowiska pielęgniarek i położnych, które oczekują wskazania dokładnych regulacji co do podejmowanych czynności.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

**Stanowisko nr 14
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 maja 2013 r.**

w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest wobec wyrażonego w piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 25.04.2013 r., znak: MZ-PP-077-3567-199/KW/13, stanowiska w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, uznając je za niezgodne z dotychczasowymi deklaracjami Ministra Zdrowia, składanymi na licznych spotkaniach z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych.

Wobec powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych niniejszym wzywa Ministra Zdrowia do zajęcia jednoznacznego stanowiska, czy zamierza On wywiązać się z przyjętych w wyniku publicznego przyrzeczenia zobowiązań i podjąć prace nad nowym aktem prawnym, regulującym sprawę norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

**Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych**

OŚWIADCZENIE

W dniu 11 marca 2013 r. w Warszawie, odbyło się wspólne posiedzenie Prezydium Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z Przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Spotkanie poświęcone było ocenie aktualnej sytuacji, dotyczącej spełnienia przez Ministra Zdrowia zobowiązań w zakresie wprowadzenia wypracowanego przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych projektu rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W trakcie lat pracy, opierając się na wynikach badań naukowych, wypracowano optymalny w treści projekt rozporządzenia. Projekt ten jako założenie przyjął bezpieczeństwo pacjenta i jego prawo do świadczeń medycznych, jednak nie został on wzięty pod uwagę w trakcie procesu mającego na celu wydanie nowych przepisów wykonawczych.

W tej sytuacji, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po raz kolejny oświadczają, że wyrażają swój sprzeciw wobec kontynuowania przez Ministra Zdrowia prac, nad wdrażaniem zapisów rozporządzenia w jego treści z dnia 28 grudnia 2012 roku.

Wspólnie oświadczamy, iż oczekujemy dotrzymania zobowiązania Ministra Zdrowia w sprawie zmian w treści rozporządzenia do uzgodnionego przez stronę społeczną OZZPiP oraz NRPIP w wersji z dnia 18 października 2012 roku.

Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
Iwona Borchulska



SZKOLENIA

Zespół ds. Lecznictwa Stacjonarnego zorganizował cykl szkoleń połączonych z warsztatami w zakresie „Komunikacji w kontaktach koleżeńskich” Szkolenia odbywają się w grupach 20- 22 osobowych od lutego do czerwca br.

Te szkolenia zaplanowane zostały pilotażowo. W związku z dużym zainteresowaniem, wypełnione ankiety przez osoby uczestniczące potwierdzają potrzebę. Od września planowany jest kolejny cykl. Szkolenia odbywają się w siedzibie OIPIP w Wałbrzychu przy ul. Chrobrego 1/10.

W każdym miesiącu do poszczególnych placówek wysyłane są zaproszenia. W imieniu własnym i Zespołu zapraszam do udziału.

**WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY
59-220 Legnica ul. Powstańców Śląskich 3
ogłasza nabór na rok akademicki 2013/2014
na kierunek**

PIELĘGNIARSTWO

Studia II stopnia magisterskie:

Studia trwają cztery semestry. Opłata za semestr wynosi 2650,00 zł. Istnieje możliwość płatności w pięciu ratach.

Do 31.07.2013 r. wpisowe wynosi 150,00 zł, od 01.08.2013 r. 300,00 zł.

Studia I stopnia licencjackie pomostowe:

- studia pomostowe bezpłatne - tok AB

Studia trwają dwa semestry. O przyjęciu na studia bezpłatne decyduje termin złożenia kompletu dokumentów i opłacenia wpisowego w kwocie 85 zł.

Ilość miejsc na studiach bezpłatnych zostanie podana w późniejszym

terminie, po rozstrzygnięciu oferty przetargowej przez Ministerstwo Zdrowia.

- studia pomostowe płatne tok - AB

Studia trwają dwa semestry. Opłata za semestr wynosi 2000,00 zł. Istnieje możliwość płatności w pięciu ratach.

Do 31.07.2013 r. wpisowe wynosi 150,00 zł, od 01.08.2013 r. 300,00 zł.

Tel. 76 724 51 58
Fax. 76 724 51 60
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl
www.wsmlegnica.pl



SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

Sprawozdanie z XII Ogólnopolskiego Zjazdu Szkół Rodzenia

W dniach od 18.do 22.10.2012roku w Kołobrzegu odbył się XII Ogólnopolski Zjazd Szkół Rodzenia, organizowany przez Polskie Centrum Edukacji, objęty patronatem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie. Patronat honorowy sprawowali Pani mgr Lucyna Jędrzejewska Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczego i Pediatricznego oraz Dr n. med.Wojciech Puzyna Dyrektor Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii w Warszawie. Patronami medialnymi Zjazdu były „Magazyn Pielęgniarka i Położna” oraz „Położna”.

Rada Naukowo – Programowa:

Prof. ZBIGNIEW CELEWICZ Klinika Medycyny Matczyno – Płodowej i Ginekologii PUM w Szczecinie,
dr n. med. STANISŁAW KULAWIAK seksuolog,
dr n. med. HALINA KONEFAŁ pediatra, specjalista neonatolog, Klinika Neonatologii PUM Szczecin,
dr n. med. DOROTA ĆWIEK PAM Szczecin,
dr n. prawnych ANNA AUGUSTYNOWICZ,
mgr BOŻENA KIERYŁ terapeuta rozwoju psychomotorycznego, PCE,
mgr ANNA OSIŃSKA pedagog, Polskie Centrum Edukacji,
mgr MAGDALENA WITKIEWICZ położna, Szpital Specjalistyczny św. Zofii,
mgr ANNA ROMAŃSKA specjalistka w dziedzinie piel. Pediatricznego, SPSK2 w Szczecinie,
GABRIELA MAJAK fizjoterapeuta.

Wykład inauguracyjny „Rola położnej w edukacji zdrowotnej” Justyny Laski Przewodniczącej OIPIP podkreślił w jakim kierunku będą toczyły się kolejne sesje.

Profesor Zbigniew Celewicz przedstawił temat „Poród drogami natury czy cięcie cesarskie”.

dr n. prawnych Anna Augustynowicz i mgr Paweł Strzelec wyjaśniali „Aktualne akty prawne w zawodzie położnej i lekarza”

„Prowadzenie porodu bez lekarza – aspekty prawne”.

dr n. med. Halina Konefał mówiła na temat „Stany przejściowe w okresie noworodkowym – problemy i postępowanie w warunkach domowych”

dr n. med. Dorota Ćwiek przedstawiała „Fakty i mity na temat diety w czasie ciąży i laktacji”, niektóre ważne czynniki warunkujące zdrowie dziecka czyli prawidłowe odżywianie się kobiet w okresie prekonceptyjnym, w czasie ciąży i karmienia piersią a także stosowanie używek.

dr n. med. Stanisław Kulawiak zajął się szczególnie interesującym tematem

„Problemy seksualne po porodzie”.

mgr Bożena Kierył omówiła „Kilka przykładów przyczyn płaczu i niepokoju noworodka i sposoby zapobiegania”.

mgr Anna Osińska przekazała sporo wiedzy ułatwiającej pracę położnym w szkołach rodzenia w temacie „Metody prowadzenia zajęć w szkole rodzenia.” Pani Anna uważa, że trzeba umieć wyselekcjonować informacje z dość obszernego zasobu wiedzy medycznej a wybór metody musi zależeć przede wszystkim od tego co słuchacze chcą usłyszeć od nas a nie od tego co my chcemy im powiedzieć .

W tym dniu odbyły się również warsztaty w grupach, w następujących tematach:

„Jak uczyć rodziców udzielania pierwszej pomocy noworodkowi”-
prowadzenie: mgr Anna Romańska,

„Ćwiczenia poprawiające kondycję rodzącej i wpływające na jakość porodu” - prowadzenie: mgr Gabriela Majak.

„Prowadzenie porodu w pozycjach wertykalnych” - prowadzenie: mgr Magdalena Witkiewicz.

Pozycje wertykalne w porodzie.

Sama nazwa sugeruje, że to porody, w których rodząca znajduje się w pozycji pionowej. W praktyce położniczej często używa się tego terminu na określenie wszystkich porodów, które odbyły się w innej pozycji niż klasyczna na łóżku porodowym w pozycji leżącej lub półleżącej.

Profity wynikające z porodu w pozycji wertykalnej

Uzyskanie optymalnej pojemności miednicy

Największą zaletą pozycji wertykalnych jest możliwość zachowania ruchomości w miednicy kostnej, głównie w stawach krzyżowo-

biodrowych, dzięki czemu uzyskuje się w porodzie optymalną pojemność miednicy. Najczęściej jest to o dwa centymetry więcej w każdym wymiarze miednicy kostnej, zarówno we wchodzie, w próżni jak i na wychodzie. Nie uzyskuje się takiego efektu, jeśli kobieta jest w pozycji półleżącej czy półsiedzącej, ponieważ kość krzyżowa i ogonowa są uciśnięte i nie mają możliwości odgięcia się do tyłu. Oczywiście w większości przypadków poród może mimo to odbyć się bez problemów, ale wymaga to np. większej adaptacji główki dziecka.

Normalne wymiary miednicy [cm]			
	poprzeczny	skośny	przednio-tylny
wchód	13	12	11
próżnia	12	12	12
wychód	11	12	13

Optymalne wymiary miednicy [cm]			
	poprzeczny	skośny	przednio-tylny
wchód	15	14	13
próżnia	14	14	14
wychód	13	14	15

Rozluźnienie mięśni dna miednicy

Pozostawanie w ruchu i w pozycji pionowej do samego końca porodu zapewnia rozluźnienie mięśni dna miednicy. Dobrze jest, jeśli na finał rodząca nie jest unieruchomiona w jakiejś konkretnej pozycji, chociaż najczęściej tak bywa. Czynnikiem, który szczególnie sprzyja tworzeniu się dużych napięć w mięśniach miednicy, zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych, jest pozycja z bardzo szeroko rozstawionymi nogami.

Działanie siły grawitacji

Działanie siły grawitacji ma oczywiście swoje plusy i minusy. Jest oczywiste, że w pozycjach pionowych szyjka macicy otwiera się szybciej, dziecko wchodzi w kanał rodny dzięki teźże sile, a nie tylko pod wpływem siły skurczu.

Wspomaganie porodu siłą grawitacji nie zawsze jest wskazane. U wieloródek tempo porodu jest niejednokrotnie dość duże, odruch wypchnięcia płodu bardzo silny. W takim przypadku niewskazane jest dodawanie siły grawitacji. Co nie znaczy, że poród musi odbyć się w pozycji leżącej, np. w pozycji na czworaka tempo porodu nie jest stymulowane siłą grawitacji.

Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Rodząca odczuwa często mniejszy ból, jeśli ma zapewnioną swobodę ruchu i może rozładować napięcie bólowe przez aktywność.

Poczucie pewności siebie

Kontakt nóg z ziemią daje rodzącej dodatkową energię, poczucie większej pewności i stabilności swojego ciała, a proces parcia jest łatwiejszy.

Stymulacja czynności skurczowej

Lepsza czynność skurczowa. Silniejszy nacisk na tkanki szyjki i krocza zgodnie z zasadą odruchu Fergusona stymuluje czynność skurczową.

Wpływ pozycji wertykalnych na urazy krocza

Urazowość krocza w pozycjach wertykalnych jest porównywalna z urazowością w pozycjach horyzontalnych.

Urazy krocza faktycznie mogą być mniejsze lub rzadziej występuje konieczność wykonania nacięcia krocza, jeśli kobieta jest w pozycji pionowej, ale pochylona do przodu, w pozycjach klęcznych z podparciem z przodu, w pozycji na czworaka, w pozycji półprzysiadu. W każdej pozycji, w której wyjście z pochwy jest skierowane do podłoża. Nacisk główki dziecka jest wówczas równomiernie rozłożony na środek wyjścia z pochwy. Pozycją znacznie odciążająca tkanki krocza jest pozycja na czworaka. Siła grawitacji nie działa na krocze, główka odgina się zgodnie z siłą grawitacji, nogi są rozstawione na szerokość bioder, więc nie tworzą się dodatkowe napięcia w mięśniach dna miednicy. Natomiast kiedy kobieta jest w pełnym kucnięciu, wyjście z pochwy jest skierowane np. w stronę ściany, a siła grawitacji działa głównie na odbyt i krocze i jeśli nie jest ono bardzo elastyczne, może dojść do poważnych urazów krocza. Dodatkowo w pełnym przysiadzie nogi są dość szeroko, co tworzy dodatkowe napięcia w zewnętrznych mięśniach krocza.

Pozycja kuczna

Zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ najczęściej jest kojarzona z pozycjami wertykalnymi. Dość powszechnie stosowana.

Jest bardzo dobrą pozycją wspomagającą obniżanie się główki w kanale rodnym, jeśli jest ona dobrze ustalona we wchodzie albo niżej. Często nazywa się tę pozycję „kleszczami położnych”. Kiedy jest jakieś zagrożenie dla dziecka i trzeba szybko ukończyć poród, przyjęcie tej pozycji powoduje, że główka szybko pojawia się w kroczu dzięki sile grawitacji, ale również przez fakt, że w pozycji kucznej stymulacja nerwów defekacji jest duża i rodząca ma dużo silniejszą potrzebę parcia.

Nie zaleca się tej pozycji przy porodach dużych płodów, kiedy istnieje ryzyko wystąpienia dystocji barkowej, ponieważ pozycje, w których kolana są wyżej niż biodra, zamykają przestrzeń wchodu, co sprzyja temu powikłaniu.



Zbyt długie parcie w pozycji pełnego przysiadu może spowodować duży obrzęk krocza, co raczej nie zwiększa elastyczności, a powoduje większe urazy.

Stymuluje bardzo dobrze nerwy defekacji, uczucie parcia pojawia się wcześniej i jest silne.

Różnica między pozycją kuczną a pozycją leżącą na plecach z przygiętymi nogami do tułowia polega tylko na tym, że w pozycji leżącej uciskana jest kość krzyżowa. Jeśli chodzi o napór na tkanki krocza, to i w jednej i w drugiej pozycji jest on bardzo duży, a w pozycji kucznej nawet większy. Do porodu wystarczy, jeśli rodząca ma rozstawione nogi na szerokość bioder. W pełnym przysiadzie nogi są dość szeroko, co tworzy duże napięcia w zewnętrznych mięśniach krocza. Obciążenie tkanek krocza w pozycji kucznej jest większe.

Pełen profit z pozycji wertykalnych mamy wówczas, gdy:

- nogi rodzącej nie są rozstawione bardzo szeroko
- kość krzyżowa i guziczna nie są uciskane
- wektor siły grawitacji działa w kierunku ujścia pochwy, a nie na krocze i odbyt

- rodząca czuje się w pozycji pewnie, bezpiecznie i komfortowo

Czym się różni poród w takiej pozycji od pozycji klasycznej? Kilka wskazówek praktycznych

Nie jest to praktyką wszystkich położnych, ale ciągle jest dość powszechne chwytnie dziecka za główkę w czasie porodu. W pozycji wertykalnej położna powinna **przyjąć dziecko chwytając je za tułów**.

Niektóre położne może zdziwić fakt, że **tylny bark może rodzić się jako pierwszy**. Jest to związane ze zwiększoną przestrzenią w miednicy.

Trzeba również być gotowym na to, że **w jednym skurczu urodzi się całe dziecko**, choć nie musi tak być.

W pozycji wertykalnej bezpośrednio po porodzie **krwawienie jest większe** niż po porodzie w pozycji leżącej. Pozycja pionowa sprzyja szybkiemu opróżnianiu się macicy z krwi. W pozycji leżącej znaczna część krwi ewakuuje się w dalszym okresie po porodzie.

Konieczna jest osoba asystująca, która pomoże rodzącej zmieniać pozycje i zadba o higienę i estetykę po urodzeniu dziecka. **Nogi rodzącej brudzą się bardziej** niż po porodzie w pozycji leżącej.

Dlaczego tak mało porodów odbywa się w polskich szpitalach w pozycjach innych niż leżące czy półsiedzące.

Najczęstsze obawy położnych i zespołu medycznego i kilka pomysłów.

Boję się braku akceptacji ze strony zespołu lekarskiego

- można podejmować pierwsze próby, kiedy zespół lekarski jest zajęty drugim porodem, albo śpi wyczerpany

Nie będę miała dobrego dostępu, aby wszystko kontrolować

- można użyć lusterka
- jeśli nie zachęcamy rodzącej do bardzo intensywnego parcia i wszystko dzieje się wolno, możemy kontrolować nie tylko oczami. Tempo wychodzenia główki można czuć i regulować ręką nie oglądając efektów. Ochrona krocza polega głównie na powolnym wyłanianiu się główki, a nie na manualnych działaniach położnej. Sterować tempem porodu możemy też używając głosu, a nie rąk, ale to metoda nie zawsze skuteczna.
- dobrze jest też posiadać umiejętność przyjęcia porodu będąc z tyłu pacjentki, trzeba tylko w swojej głowie odwrócić mechanizm porodu. Posiadanie tej umiejętności daje dużą swobodę. W wielu pozycjach wertykalnych wygodniej jest podejść od tyłu np. w pozycji stojącej z pochyleniem do przodu, klęcznej, na czworaka. Daje to duży komfort pracy, ponieważ gdy „nie mam możliwości przyjąć dziecka z przodu pacjentki, idę od tyłu”.

Boję się, że rodząca upadnie

- nie ma co się obawiać, że rodząca zasłabnie, albo nie będzie w stanie zmienić pozycji (chyba że jest w znieczuleniu). Adrenalina produkowana pod koniec porodu wyposaża rodzącą w dużą energię. Większość kobiet, jeśli urodziły poza łóżkiem, ma potrzebę położenia się zaraz po, szczególnie, gdy trzymają dziecko w ramionach. Poród łożyska może odbyć się w pozycji leżącej. Oczywiście trzeba asekurować przemieszczającą się matkę i dziecko zawsze, a zwłaszcza wtedy, gdy na podłodze mamy kałuże wód płodowych i krwi, bo istnieje ryzyko poślizgnięcia się. Druga osoba do pomocy jest niezbędna.

Boję się, że dziecko mi wypadnie

- doświadczone położne rzadko miewają takie obawy. Jeśli dopiero zaczynamy praktykę przyjmowania porodów w innych pozycjach można;
 - zapewnić miękkie podłoże pod kobietą
 - zaprosić ją do przyjmowania pozycji pionowych na łóżku porodowym

- zaczynać od pozycji, w której jest bliżej do podłoża np. klęcznej, a nie stojącej
- urodzić do wody (tu nie trzeba łapać dziecka)

Nie jestem wystarczająco wygimnastykowana

Przyjmowanie takiego porodu wymaga trochę sprawności od położnej, ale nie są to wysokie wymagania. Wystarczy być zdolnym do kucnięcia czy klęknięcia. Raczej nie da się pracować w wąskiej mini spódniczce. Spodnie wydają się być niezbędne.

Rodzące chcą się położyć. Dlaczego?

- bo dziecko upadnie na podłogę
- bo takie ma wyobrażenie porodu
- bo jest zmęczona i wydaje jej się, że nie ma siły
- bo w przerwie międzyskurczowej najlepiej jest odpocząć w pozycji leżącej
- bo w takiej pozycji był pierwszy poród
- bo jest to owoc sprytniej manipulacji personelu, który wykorzystuje odmienny stan świadomości rodzącej
- bo osiąga stan 'jest mi wszystko jedno' i zdaje się na kierowanie personelu
- bo myśli, że tak jest wygodniej lekarzowi, położnej i czuje, że tego się od niej oczekuje
- bo łóżko samo ją zaprasza, ponieważ jest głównym meblem w pokoju porodowym, zwykle stoi w centrum.

Ważne jest, aby tę argumentację uszanować. W końcu nie chodzi o to, by przechodzić ze skrajności w skrajność i wszystkie porody przyjmować w pozycji pionowej. Warto jednak w zawodzie położnej osiągnąć taką swobodę, że mogą poród przyjąć wszędzie i w każdych warunkach i mogą podążać za rodzącą, szanować jej instynktowne zachowania oraz być wolną od lęku i nie żyć w napięciu, że nie będą mogła spełnić oczekiwań współczesnej rodzącej.

Jeśli chcesz rozpocząć przyjmowanie porodów w innej pozycji niż klasyczna. Od czego zacząć:

- najpierw próbować na łóżku porodowym np. pozycje na boku, klęczne, na czworaka, kuczne.
- najpierw z wieloródkami (zwykle porody są łatwiejsze i dzieci rodzą się same)
- w spokojnej atmosferze z minimalną liczbą oceniających gapiów np. na nocnym dyżurze.
- zapewnić sobie psychiczne wsparcie i fizyczną obecność doświadczonej położnej
- lepiej najpierw u pacjentek zdyscyplinowanych, sprawnych i chętnych do zmiany pozycji i takiego porodu
- przeciwiczyć na fantomie mechanizm porodu z tyłu pacjentki

Z zaproszeniem do odwagi i do pokonywania własnych ograniczeń
Magdalena Witkiewicz

Organizacja Zjazdu pozwoliła na aktywność uczestników w formie dyskusji, warsztatów tematycznych, w udziale łoży ekspertów co uczyniło go bardzo atrakcyjną formą edukacji zawodowej. Osoby stanowiące Radę Naukowo-Programową – przedstawione wyżej – gwarantowały najwyższy poziom Zjazdu.

Motto przytoczone przez mgr Annę Osińską było realizowane w podczas XII Ogólnopolskiego Zjazdu Szkół Rodzenia.

**„Co usłyszę, zapamiętam
Co zobaczę, zapamiętam
Co sam zrobię, zrozumiem
Konfucjusz**

Opracowanie materiałów konferencyjnych i wprowadzenie skrótów:
Krystyna Dudek – Piątek położna specjalistka

Wyrażamy podziękowanie okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych za możliwość uczestniczenia w XII Zjeździe Szkół Rodzenia .

*Położne Specjalistycznego Szpitala
Gin.-Poł. im. E.Biernackiego w Wałbrzychu*

*Marżolena Kędra-Rakoczy
Krystyna Dudek-Piątek.*

**Sprawozdanie z Konferencji Naukowej
15-16 kwietnia 2013 roku**

**organizowanej przez
Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
Komisję Etyki Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych
Katedrę i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydziału
Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

PIELĘGNIARSTWO: PRAWO – PRAKTYKA – ETYKA

Konferencję zainaugurował wykład Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) dr n. med. Grażyny Rogala-Pawelczyk, adiunkta Katedry i Zakładu Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: „Pielęgniarstwo polskie wobec koncepcji światowej polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego”.

„... istotą zawodów pielęgniarki i położnej niezależnie od zakresu i rodzaju zmian jest i będzie pielęgnowanie, czyli towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu i chorobie. Pielęgnowanie wpisane w zespół wartości, norm i powinności wynikających z etyki zawodowej i obowiązujących przepisów prawa.” – cytata z wypowiedzi Pani Prezes NRPIP można uznać za myśl przewodnią całej konferencji.

Konferencja obejmowała wykłady tematyczne ujęte w IV sesjach:

15 kwietnia 2013

Sesja I: Kształcenie pielęgniarek i położnych

Sesja II: Etyka i odpowiedzialność

16 kwietnia 2013

Sesja III: Zarządzanie w pielęgniarstwie

Sesja IV: Praktyka pielęgniarki i położnej

Sesję I rozpoczął wykład mgr Aleksandry Śnieg – Wiceprezes NRPIP „**Kształcenie pielęgniarek w Polsce – historia i współczesność**”.

Rozwój i kształtowanie się systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek zostało przedstawione przez pryzmat aktywności i odpowiedzialności liderki zawodu na tle faktów historycznych i współczesnych. Znaczący wpływ na kształcenie oraz

doskonalenie pielęgniarek w Polsce miały dynamiczne przekształcenia zachodzące w procesie kształtowania się pozycji pielęgniarek w okresie międzywojennym. Zmiany powojenne związane były m.in. z wdrażaniem reform systemu edukacji narodowej i ochrony zdrowia, procesem transformacji kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek w kraju, koniecznością dostosowania systemu kształcenia do wymogów UE, a także związane z tymi uwarunkowaniami zmiany legislacyjne dotyczące wykonywania zawodu.

Znakomitym uzupełnieniem wykładu jest opracowanie naukowe pod redakcją Kazimiery Zahradniczek pt. „Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie” Kraków 2011

Kolejny temat: **„Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w latach 2000-2012”** przedstawiła dr n. socj. Barbara Kot-Doniec – Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Obecny system kształcenia podyplomowego regulują n/w akty prawne:

- ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

- rozporządzenie MZ z dnia 29 października 2003r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.)

- rozporządzenie MZ z dnia 29 października 2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923).

Kształcenie po dyplomie może odbywać się na poziomie:

- szkoleń specjalizacyjnych, zwanych specjalizacją,
- kursów kwalifikacyjnych,
- kursów specjalistycznych,
- kursów dokształcających.

W latach 2002-2012 przeprowadzono egzaminy państwowe w 25 dziedzinach, w wyniku, których tytuł specjalisty uzyskało 18,919 osób, w tym 17,508 pielęgniarek i 1,411 położnych. Największa liczba specjalistów jest w dziedzinie pielęgniarstwa:

- chirurgicznego – 2328 specjalistów,
- anestezjologicznego i intensywnej opieki – 2146 specjalistów
- ratunkowego – 2030 specjalistów.

Najwięcej specjalistów ukończyło kształcenie na terenie województw: lubelskiego – 1942, dolnośląskiego – 1858, małopolskiego – 1829, a najmniej: opolskiego – 372, łódzkiego – 554, świętokrzyskiego – 760.

Kursy kwalifikacyjne w latach 2002-2012 przeprowadzono w 20 dziedzinach, a absolwenci stanowią grupę 105 738 osób.

Najliczniejszą grupę absolwentów odnotowano w dziedzinie pielęgniarstwa:

- rodzinnego dla pielęgniarek – 28 308 absolwentów,
- anestezyjologicznego i intensywnej opieki – 14 774 absolwentów,
- opieki długoterminowej – 14 339 absolwentów.

Najbardziej popularnym rodzajem kształcenia podyplomowego są kursy specjalistyczne. Świadczy o tym zarówno liczba zrealizowanych edycji: 7360 (co stanowi 49% wszystkich zrealizowanych form kształcenia) oraz liczba absolwentów: 183 874 pielęgniarek i położnych.

Kursy dokształcające są najkrótszą formą kształcenia podyplomowego o różnorodnej tematyce i szerokiej ofercie edukacyjnej. W okresie 2002-2012 ukończyło je 81 715 pielęgniarek i położnych.

Wykład „Pozycja pielęgniarki, absolwentki studiów licencjackich w szpitalach i przychodniach” poprowadził prof. dr hab. med. Jerzy Jaśkiewicz.

Wykład omawiał prace badawczą, której celem była ocena opinii pielęgniarek studiujących w ramach studiów pomostowych o programie edukacji, następstwach uzyskania dyplomu licencjata oraz poznanie opinii licencjatek o modelu pracy na oddziale i w przychodni. Narzędziem badawczym była dobrowolna i anonimowa ankiet przeprowadzona w grupie 195 pielęgniarek, w tym 171 absolwentek studiów licencjackich pomostowych, zatrudnionych w jednostkach opieki medycznej w Krakowie i w Tarnowie.

Uzyskane odpowiedzi dowodzą, że dla promocji zawodowej nie jest potrzebny tytuł licencjata, czy magistra pielęgniarstwa, mimo podkreślenia, że wykształcenie akademickie lepiej przygotowuje do wykonywania obowiązków zawodowych i poszerza wiedzę i umiejętności zawodowe. Wykształcenie akademickie wpływa na jakość posiadanej wiedzy. Brak motywacji ze strony przełożonych i współpracowników przekłada się na brak nadziei na awans zawodowy czy finansowy.

Ankietowane podkreślają, że po ukończeniu studiów licencjackich lub magisterskich nie planują działalności w środowisku pielęgniarstwie oraz w społeczeństwie dla poprawy statusu materialnego oraz zawodowego pielęgniarek. Tymczasem w niedługim czasie wszystkie

pielęgniarki w placówkach opieki zdrowotnej będą posiadały już wykształcenie na poziomie licencjackim lub magisterskim, a zatem będą absolwentkami studiów wyższych.

Fakt, że większość pielęgniarek planuje kontynuowanie nauki w trybie studiów drugiego stopnia dowodzi wewnętrznej potrzeby pogłębiania wiedzy, mimo realnych perspektyw rozwojowych w zawodzie.

Grażyna Dykowska dr n. o zdrowiu w swoim wykładzie na temat: **„Ekonomika zdrowia jako element kształcenia pielęgniarek i położnych”** wskazała na obecność ekonomiki zdrowia w każdym aspekcie współczesnej opieki zdrowotnej oraz jako niezbędnego elementu kształcenia kadr zarządzających w pielęgniarstwie.

Na wstępie **sesji II** obejmującej rozważania na temat etyki i odpowiedzialności wysłuchaliśmy wykład pt. **„Gdzie polskie pielęgniarstwo ma korzenie – rozważania o Hannie Chrzanowskiej”** mgr Tadeusza Wadasa – Wiceprezesa NRPIP.

Hanna Chrzanowska (1902-1973) – wybitna pielęgniarka. W 1924r. otrzymała zaświadczenie o ukończeniu nauki w Warszawskiej Szkole Pielęgniarskiej, a w 1926r. zdała egzamin państwowy i otrzymała prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz używania tytułu pielęgniarki dyplomowanej. Pracowała w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia, redagowała miesięcznik „Pielęgniarka Polska” w latach 1931-1939. W okresie drugiej wojny światowej pracowała w Polskim Komitecie Opiekuńczym (pomagała wysiedlonym i uchodźcom).

Po wojnie została instruktorką i wicedyrektorką Szkoły Uniwersyteckiej w Krakowie opartej na wychowaniu uczennic w duchu religijności chrześcijańskiej. W 1957r. po nawiązaniu kontaktu i przy wsparciu Karola Wojtyły zaczęła organizować pielęgniarstwo parafialne. W 1953r. opracowała „Rachunek Sumienia Pielęgniarki”, który można uznać za podwaliny Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. W ceremonii pogrzebowej przewodniczył kardynał Karol Wojtyła. 3 listopada 1998 został otwarty proces kanonizacyjny.

Kolejny wykład: **„Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej – komentarz społecznościowy”** przedstawiony przez dr n. ekon. Mariolę Bartusek – przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, przewodniczącą Komisji Etyki przy NRPIP podjął rozważania:

- czy Kodeks etyki zawodowej jest nam dziś potrzebny?

- jaka rolę odgrywa w życiu zawodowym pielęgniarek i położnych?
- czy czasem nie ogranicza, nie wskazuje na konieczność nieustannego kształcenia, potrzebę komunikacji czy szacunek dla drugiego człowieka?

W 2012r. w sejmie miała miejsce debata poświęcona PIELĘGNIARSTWU EUROPEJSKIEMU. Z inicjatywy Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego doszło do spotkania, wymiany poglądów i ustalenia wniosków przez przedstawicieli zawodu z Europy oraz Komisji Europejskiej. W Europie postrzegani jesteśmy, jako grupy zawodowe silne, operatywne i profesjonalnie przygotowane do reprezentowania nowoczesnego pielęgniarstwa i położnictwa, przygotowani do wejścia w pielęgniarstwo przyszłości. W przeciwieństwie do europejskich koleżanek chcemy podnosić swoje kwalifikacje z własnej inicjatywy, pragniemy i nabywamy nowe umiejętności. Jesteśmy wykształcone, z dużym bagażem doświadczeń, jesteśmy profesjonalistami przygotowanymi do realizacji wysokospecjalistycznych procedur medycznych.

Natomiast Kodeks etyki pozwala nam pracować i sprawować opiekę nad ludźmi, z pełną odpowiedzialnością za ich zdrowie i życie. Zdając sobie sprawę z podjętych działań bez przeszkód i oporów wewnętrznych przestrzegamy założeń Kodeksu etyki. To on wskazuje nam drogę do pielęgniarstwa najwyższej jakości, jest wyrazem naszych odczuć, przekonań i pragnień, wspiera i pozwala na bezpieczne wykonywanie zawodu. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej jasno określa wymogi etyczno-moralne, wyraźnie wskazuje na granice, do których następuje interpretacja zachowań pracownika.

Wykład na temat: „Kodeks Etyki Międzynarodowej Rady Pielęgniarek” wygłosiła mgr Renata Póda z Samodzielnego Publicznego Szpitala Miejskiego w Sosnowcu.

„Międzynarodowy kodeks etyki dla pielęgniarek został przyjęty po raz pierwszy przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) w roku 1953. Od tego czasu wielokrotnie był aktualizowany i przyjmowany. Ostatnia rewizja została ukończona w roku 2005”.

ICN Kodeks Etyki dla pielęgniarek rozpoczyna się PREAMBUŁĄ i zawiera cztery podstawowe elementy, które odzwierciedlają normy postępowania.

1. Pielęgniarka a ludzie
2. Pielęgniarka a praktyka
3. Pielęgniarka a zawód
4. Pielęgniarka a współpracownicy

Kolejnym elementem są:

PROPOZYCJE ZASTOSOWANIA ICN KODEKSU ETYKI DLA PIELĘGNIAREK

„ICN Kodeks etyki dla pielęgniarek jest przewodnikiem dla działań w pracy zawodowej, przygotowanym w oparciu o wartości i potrzeby społeczne”.

ROZPOWSZECZNIANIE ICN KODEKSU ETYKI DLA PIELĘGNIAREK to element kończący dokument.

W odniesieniu do wykładu **„Etyka zawodowa w pracy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej”** mgr Barbary Kubicy z Centrum Zdrowia w Mikołowie przytoczyć należy badanie dotyczące uzyskania informacji na temat znajomości Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP, organizacji szkoleń w zakresie etyki oraz problemów etycznych występujących w zakładzie pracy wykonane w oparciu o kwestionariusz ankiety, skonstruowanej przez członków Komisji Etyki Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach przeprowadzone w lipcu 2012 r w ZOZ w Końskich.

„Na 100 ankiet rozdanych wśród pielęgniarek i położnych wypełnionych wróciło 78%. Znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP potwierdziło 97% pielęgniarek i położnych, tylko 2 osoby odpowiedziały, że Kodeksu nie znają. 7% badanych stwierdziło, że przyczyną braku znajomości zasad zawartych w Kodeksie jest brak zainteresowania oraz zbyt mała ilość szkoleń. Wg badanych pielęgniarek Kodeks znajduje się w gabinecie pielęgniarki oddziałowej (40%), na stanowisku pracy (35%) lub u naczelniej pielęgniarki (14%). 93% badanych pielęgniarek i położnych uczestniczyło w szkoleniach związanych z tematyką etyki zawodowej, najczęściej w szkoleniach wewnątrzzakładowych, organizowanych na terenie zakładu pracy (41%), pozostałe w ramach konferencji, kursów i specjalizacji (52%). Respondentki wypowiedziały się, że w szkoleniach uczestniczą raz w roku (31%), w zależności od potrzeby (37%), raz na dwa lata (12%) oraz rzadziej niż raz na dwa lata (19%).

Na pytanie, czy w pracy występują problemy natury etycznej? – „raczej tak i zdecydowanie tak” odpowiedziało 29% badanych pielęgniarek, - „raczej nie i zdecydowanie nie” odpowiedziało 57% ankietowanych. 14% respondentek nie umiało się do tego ustosunkować. Zadawający jest fakt, że 89% badanych stwierdziło, iż normy etyczne przestrzegane są przez przełożonych, podwładnych i współpracowników, ani jedna osoba nie potwierdziła ich łamania. Ponad połowa ankietowanych (57%) stwierdziła, że w środowisku pracy występują konflikty. Bardzo często i często (9%), rzadko (17%), sporadycznie (29%). Najczęściej

w relacjach: pielęgniarka – rodzina pacjenta (19%), pielęgniarka – pacjent(17%), pracownik – pracownik (15%), przełożony – podwładny (11%), pacjent – pracownik (10%). 49% respondentów uważa, że konflikty wpływają na pracę całego zespołu”.

„Alchemia słowa – etyczne aspekty języka zawodowego pielęgniarek” to wykład mgr Macieja Krajewskiego z Wielkopolskiego Centrum Onkologii. W streszczeniu pisze:

„Język zawodowy pielęgniarek to nie tylko nośnik medycznych informacji przekazywanych podczas leczenia i opieki, ale także element niezbędny do nawiązania właściwej relacji terapeutycznej z pacjentem. Przeszkodą w dobrej komunikacji jest używanie zarówno słów, które czynią język hermetycznym i niezrozumiałym jak i słów nieadekwatnych do sytuacji, czy stosowanie patosu lub żargonu. Dodatkowo komunikację utrudnia dysonans pomiędzy treścią wypowiedzianych słów a mową własnego ciała. Ideą pielęgniarskiej profesji jest dążenie, by działanie słowem było świadome i etyczne.

Profesjonalny język pielęgniarstwa to język, który leczy i koi, a nie niezamierzenie czy z premedytacją rani”.

Wykład na temat: „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej w świetle ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych” poprowadzony przez Jacka Derlackiego – Radcę prawnego w Kancelarii Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych zwrócił uwagę na najistotniejsze zmiany w/w ustawy zawarte w roz. 6 Odpowiedzialność zawodowa.

Art. 36.

1. Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej "przewinieniem zawodowym".

Art. 60.

1. Sąd pielęgniarek i położnych może orzec następujące kary:

- 1) upomnienie;
- 2) naganą;
- 3) karę pieniężną;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat;
- 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat;
- 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat;
- 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat;
- 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Art.64

5. Pielęgniarka lub położna, wobec której została orzeczona kara pozbawienia wykonywania zawodu może ubiegać się ponownie o uzyskanie tego prawa po upływie 10 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia, w którym wymierzona została kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

Wystąpienie zaprezentowane przez mgr Juliana K. Wójtowicza z Zakładu Prawa Medycznego, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat **„Wybrane zagadnienia odpowiedzialności podmiotu leczniczego w sferze ochrony zdrowia pielęgniarek i położnych”** obejmowało podstawy prawne i granice odpowiedzialności majątkowej podmiotu leczniczego z tytułu narażenia na utratę zdrowia pracowników lub osób związanych umowami cywilnoprawnymi. Tezą pracy była pełna odpowiedzialność za urazy, wypadki zakażenia czy zaistnienie chorób zawodowych lub parazawodowych podmiotów leczniczych, jako organizatorów działalności leczniczej, a celem, ukazanie wielopłaszczyznowej odpowiedzialności podmiotu leczniczego zatrudniającego pielęgniarki i położne lub zlecającego świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych. Omówione zostało zagadnienie zadośćuczynienia oraz odpowiedzialności uzupełniającej w razie zaistnienia przesłanek choroby zawodowej pracownika.

Analizie poddano obowiązujące przepisy prawa cywilnego (np. art. 361,415,416) i linię orzecniczą Sądu Najwyższego w kontekście odpowiedzialności podmiotu leczniczego z tytułu naruszenia przepisów o ochronie zdrowia zawartych w kodeksie pracy (np. art.304) oraz w ustawach szczegółowych (np. Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).

Wykład **„Prawa Pacjenta”** przedstawiony przez Małgorzatę Kilarską z Kancelarii Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych dowiódł, że dzięki ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r.) państwo pozwoliło obywatelom w pełni przejąć odpowiedzialność za swoje zdrowie.

Ustawa chroni:

- od uzależnienia od służby zdrowia,
- od możliwości nadużyć w procesie diagnozowania i leczenia,
- od niewłaściwego zastosowania osiągnięć biologii i medycyny (esperymenty medyczne),
- od instrumentalnego wykorzystania pacjentów (np. testowanie nowych leków).

Znajomość w/w ustawy przez pielęgniarki i położne jest jednym z warunków bezpiecznego wykonywania pracy zawodowej.

Sesja III skupiła wykłady związane z zarządzaniem w pielęgniarstwie. Temat **„Mobbing czy wprowadzanie zmian w pielęgniarstwie”** naświetliła Prezes NRPIP dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk.

Wprowadzanie zmian to integralna część zarządzania, proces oddzielny ale komplementarny w stosunku do niego. Opiera się na rozwoju zasobów ludzkich, a decydujący wpływ dla osiągnięcia celów strategicznych ma rozwój kadr kierowniczych. Czasami zatrudnienie osób z zewnątrz pozwala na wniesienie nowej wartości, jest skutecznym działaniem w sytuacji wystąpienia problemu nawet jeżeli jest to rozwiązanie kosztowniejsze.

Tworzenie procedur rekrutacyjno-selekcyjnych, opisu stanowisk pracy, adaptacja nowych pracowników a także wartościowanie pracy daje wizję rozwoju zawodowego. Planowanie kariery zawodowej pracowników, poziomej (pozostawienie pracownikowi prawa do samodzielnych działań na stanowisku) i pionowej, ma wpływ na cele i strategie zmian.

Często wprowadzanie zmian stwarza warunki do wystąpienia zjawiska nazywanego mobbingiem lub psychoterrorem (długotrwałe, systematyczne prześladowanie psychiczne jednostki przez jedną lub kilka osób, przy milczącej zgodzie lub obojętności pozostałych członków grupy), W warunkach zakładu pracy prześladowca to zazwyczaj przełożony lub współpracownik ofiary. Mobbing zazwyczaj nie ma charakteru otwartej, jawnej agresji, atak na ofiarę przeprowadzany jest środkami manipulacji psychicznej, przy zachowaniu pozorów poprawności relacji, często bez przekraczania formalnych zasad funkcjonowania społecznego w firmie. Taktyki mobbingu to pomniejszanie kompetencji, izolacja, poniżanie, utrudnianie wykonywania pracy. Pracodawca jest prawnie zobligowany do przeciwdziałania mobbingowi Kodeks pracy (art. 94 § 4)

Wykład **„Profesjonalizm w pielęgniarstwie – od teorii do praktyki”** poprowadziła dr n. med. Anna Piątek - Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie.

Polskie pielęgniarstwo szczególnie w ostatnim dwudziestolecu osiągnęło wysoki poziom wiedzy teoretycznej i praktycznej. Pielęgniarki i położne, jako samodzielni profesjonaliści, mają do zaoferowania społeczeństwu

pomoc w utrzymaniu zdrowia, profilaktyce chorób i opiece nad chorymi, niepełnosprawnymi i wykluczonymi. Mimo to ciągle mamy trudności z realizacją samodzielnych funkcji pielęgnowania, nadal pielęgniarki są widziane, jako średni lub pomocniczy personel medyczny przez lekarzy a także przez pacjentów. Osiągnięcia zespołów pielęgniarskich i położniczych, szczególnie w obszarze opieki rodzinnej, długoterminowej czy paliatywnej są wynikiem ogromnego wysiłku i poświęcenia w poszukiwaniu możliwości autonomicznego funkcjonowania.

By nobilitować pielęgniarstwo należy podjąć promocję zawodu skierowaną do społeczeństwa a także do samych pielęgniarek, aby uświadomić im ich potencjał i wzmocnić poczucie wartości. Powinno to być jedno z podstawowych zadań samorządu pielęgniarek i położnych, zarówno na szczeblu krajowym jak i izb okręgowych.

Prelekcja na temat **„Diagnoza klimatu organizacyjnego w środowisku pracy pielęgniarek ratunkowych”** obejmowała omówienie pracy badawczej, w której narzędzie badawcze stanowił wystandaryzowany kwestionariusz diagnozy klimatu organizacyjnego opracowany przez D.A. Kolbę w 1972r. W badaniach uczestniczyło 117 pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach systemu ratownictwa medycznego na terenie miasta Lublina.

Wyniki: Pielęgniarki ratunkowe oceniły najwyższą odpowiedzialność i zorganizowanie w swoim środowisku pracy, a najniższe nagradzanie pracowników oraz poczucie ciepła i poparcia. Występują rozbieżności pomiędzy oczekiwanym klimatem organizacyjnym i aktualnie panującym w środowisku pracy pielęgniarek ratunkowych.

Wykład **„Teoria Poznawczego Kontinuum w pielęgniarstwie podejmowaniu decyzji”** nakreślił proces podejmowania decyzji jako integralny element pielęgnowania. Referowała go dr n. med. Bogumiła Kosicka z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Teoria Poznawczego Kontinuum (Cognitive Continuum Theory) wywodzi się z psychologii kognitywnej. Jest teorią opisową, która łączy charakterystykę intuicji i analizy, koncentruje się na ocenie sytuacji i podejmowaniu decyzji. Procesy poznawcze, podporządkowane dwóm biegunom (analiza i intuicja), poruszają się po analityczno-intuicyjnym kontinuum. Modele podejmowania decyzji:

- analityczny
- intuicyjno – analityczny
- analityczno – intuicyjny
- intuicyjny.

Teoria Poznawczego Kontinuum wnosi znaczący wkład w zrozumieniu pielęgniarstwowego procesu podejmowania decyzji.

Temat kolejny

„Czynniki motywujące pielęgniarki do pracy” omawiał pracę badawczą. Badaniem objęta została grupa 100 pielęgniarek-kobiet pracujących w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Narzędziem badawczym była ankieta, wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Wnioski:

1. Według pielęgniarek czynnikami najbardziej motywującymi do pracy są: zadowolenie pacjentów, stałość i pewność zatrudnienia, dobra atmosfera w stosunkach między pracownikami oraz satysfakcja z pracy.
2. Pielęgniarki bez względu na staż pracy najbardziej motywowane są przez zadowolenie pacjentów.
3. Wykształcenie, wiek i staż pracy nie wpływają istotnie na ocenę czynników motywacyjnych.
4. Najważniejszym czynnikiem demotywacyjnym w pracy jest niskie wynagrodzenie.
5. Pielęgniarki nie są zmotywowane do pracy (42 %)

Prelekcje

„Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w sali intensywnej opieki kardiologicznej według skali Patient Classification System (PCS) oraz Nursing Activites Score (NAS)” przedstawiła mgr piel. Maria Gorzkowska z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

NAS – skala składająca się z interwencji, które wykonuje i w których wykonywaniu uczestniczy pielęgniarka, sprawująca opiekę nad pacjentem leczonym na oddziale intensywnej terapii.

PCS – system kwalifikacji pacjentów opracowany przez Annę Ksykiewicz-Dorota, w którym chorych przyporządkowuje się do kategorii, zgodnie z oceną ich zapotrzebowania na opiekę, wyrażoną liczbą minut opieki danej kategorii w określonym czasie.

Badanie zostało przeprowadzone w szpitalu im. Edwarda Szczeklika w Tarnowie na oddziale kardiologii inwazyjnej w sali intensywnej opieki kardiologicznej w ciągu jednego miesiąca i objęło 68 chorych. Z badań wynika, że żadna ze stosowanych skal nie odzwierciedla rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Daje to sugestię do stworzenia indywidualnej skali dla oddziałów Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

Sesję IV rozpoczął referat mgr Teresy Kuziary, członka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **„Pielęgniarstwo w starzejącym się społeczeństwie”**.

Analizując sytuację demograficzną społeczeństwa, prognozowane zmiany struktury społecznej i procesy w niej zachodzące oraz sytuację epidemiologiczną możemy odpowiedzieć na pytanie: dla kogo pielęgniarka i położna w przyszłości?

O starzeniu się populacji świadczy niski współczynnik dzietności, ubytek naturalny, wzrost wskaźnika przeciętnego trwania życia, mediana wieku populacji oraz wzrost odsetka osób w wieku 80+. Można prognozować, że zwiększy się zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej, pielęgniarstwa rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Warto więc zdobywać kwalifikacje i umiejętności, na które jest i będzie w przyszłości zapotrzebowanie na rynku usług pielęgniarskich i położniczych. Konieczna jest zmiana aktywności zawodowej z dominującego pielęgnowania chorego w szpitalu, wykonywania czynności „dla i za” pacjenta oraz zleceń lekarskich do modelu podejmowania planowanych działań na rzecz człowieka potrzebującego, w celu utrzymania i promowania zdrowia, przywracania zdrowia lub ograniczania skutków choroby, a także towarzyszenia człowiekowi zdrowemu, choremu i niesamodzielnemu.

Poruszony przez dr n. med. Małgorzatę Pasek z Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie temat **„Specjalizacja w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową – dylematy praktyczne, organizacyjne i etyczne”** dowodził, że zachowanie ciągłości opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową jest priorytetem w profesjonalnej praktyce pielęgniarskiej. Dedykowanie opieki wyłącznie specjalistom – pielęgniarkom onkologicznym powoduje, że wiele problemów pacjenta nie jest rozwiązanych.

Dla podniesienia jakości opieki nad chorym onkologicznie na wszystkich etapach procesu chorowania/zdrowienia mogłoby przyczynić się wprowadzenie do obowiązkowego kształcenia dyplomowego na studiach pierwszego stopnia przedmiotu „Pielęgniarstwo onkologiczne” oraz włączenie modułu dotyczącego opieki onkologicznej do większości specjalizacji pielęgniarskich. Natomiast w codziennej praktyce pielęgniarskiej należy dbać, aby nie wpaść w pułapkę dehumanitaryzmu.

Wykład **„Korzyści finansowe wynikające z zastosowania treningu pęcherza moczowego u pacjentów z ołepieniem i współistniejącym nieotrzymaniem moczu”** poprowadziła dr n. med. Edyta

Guty z Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu omawiając wyniki badań, które przeprowadziła wraz z dr n. med. Magdaleną Kozimą i mgr Małgorzatą Dziechciarz.

Badanie było prowadzone w Oddziale Psychogeriatrycznym przez okres 17 miesięcy i objęło 176 pacjentów. Wykorzystano skalę MMSE, PUM oraz obliczono koszty związane z pielęgnacją pacjentów z nieotrzymaniem moczu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Zgodę na udział w badaniu uzyskano od samych pacjentów lub od ich opiekunów, w przypadku znacznych zaburzeń poznawczych. Wyniki:

1. Zastosowana metoda jest skuteczna we wszystkich typach otępienia.
2. W znacznym stopniu zmniejszyły się koszty związane z pielęgnacją.
3. Skuteczność treningu pęcherza moczowego i zmniejszenie kosztów pielęgnacji, jest zależna od stopnia sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych.

Prelekcję na temat **„Zadania pielęgniarki w opiece nad chorym kardiologicznym”** wygłosiła mgr Grażyna Bonek-Wytrych z Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Wykład omawiał problemy pielęgniarskie w przewlekłej niewydolności serca i zakres interwencji pielęgniarskich. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne w swych wytycznych podkreśla wagę edukacji chorych. Zasadniczą rolę w przygotowaniu pacjenta do samoopieki i samokontroli odgrywa pielęgniarka zarówno w trakcie hospitalizacji jak i w przychodniach specjalistycznych oraz opiece środowiskowej.

Referowany przez Panią Prezes NRPIP dr n. med. Grażynę Rogala-Pawelczyk temat **„Dokumentacja medyczna w pracy pielęgniarki i położnej”** oraz rozważania mgr Arkadiusza Szcześniaka, Głównego Informatyka Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych na temat **„Komputer - wróg czy przyjaciel w pracy pielęgniarki?”** opierały się na przestrzeganiu ustawy o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i innych aktów prawnych mających zastosowanie przy tworzeniu dokumentacji w formie papierowej i elektronicznej.

Prezes NRPIP podkreślała, że prawidłowo prowadzona dokumentacja chroni pacjenta, ale też chroni pielęgniarkę lub położną. Dokumenty należy podpisywać zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności. Nigdy za kogoś, gdyż jest to przekroczenie kompetencji i fałszowanie dokumentacji. Wgląd do dokumentacji ma pacjent i osoba **wskazana ustnie lub pisemnie**

przez pacjenta. Do personelu nie należy dochodzenie kim jest dla pacjenta ta osoba ani dlaczego akurat ona może uzyskać informacje. Pan mgr Arkadiusz Szcześniak skupił się na zabezpieczeniach przy wykorzystaniu elektronicznych nośników informacji. Różnicujemy dane osobowe na:

- zwykle to np.: imię i nazwisko, adres zamieszkania, wykształcenie, numer PESEL, adres poczty elektronicznej;
- wrażliwe (szczególnie chronione) to m.in. dane o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym.

Przetwarzanie danych wrażliwych podlega szczególnym rygorom. Pracodawca jako administrator tworzy politykę bezpieczeństwa informacji. Elementem ochrony danych jest indywidualny identyfikator (nazwa użytkownika i hasło). Hasło powinno być nie związane z osobą, nie powielane w innych źródłach, zmieniane nie rzadziej niż raz na 30 dni, zawierać osiem różnych znaków i jest równoznaczne z podpisem (jedno konto – jedna osoba).

Najczęstsze błędy popełniane w pracy na komputerze to praca na jednym koncie kilku osób, udostępnianie haseł, a także zapisywanie go na kartce, która jest ogólnie dostępna oraz często niedostateczna wiedza na temat zasad przetwarzania danych.

Trzeci dzień konferencji 17 kwietnia 2013r. – Warsztaty

Zajęcia odbywały się w czterech modułach:

Komunikacja w zespole terapeutycznym – warsztat prowadzili dr hab. n. hum. Helena Motyka i dr n. o zdrowiu Marek Motyka

Etyka biznesu – najważniejsze problemy w prywatnej praktyce pielęgniarskiej – warsztat prowadziła mgr Katarzyna Tyczkowska-Kochańska

Odpowiedzialność kierowniczej kadry pielęgniarskiej w świetle zmian w podmiotach

lecniczych – prowadzące: dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, mgr Małgorzata Kilaraska

Ochrona prawna w zawodzie pielęgniarki i położnej – analiza przypadków prowadząca mgr Diana Bożek.

Udział w warsztatach pozwolił nam czynnie uczestniczyć w analizowaniu trudnych zagadnień etycznych i rozpatrywaniu konkretnych niedociągnięć przy wykonywaniu świadczeń pielęgniarskich – studium przypadku.

Monografie z wykładów konferencji naukowej PIELĘGNIARSTWO: PRAWO-PRAKTYKA-ETYKA sukcesywnie będą publikowane w Magazynie Pielęgniarki i Położnej.

Dziękujemy OIPiP w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w tej konferencji.

Natalia Kaszuba i Bożena Słatyńska
SCM S.A. w Polanicy Zdroju

**Dnia 21.01.2013 r. odbył się kurs doszkadzający
w Szpitalu św. Zofii w Warszawie:
„Rosnące oczekiwania kobiet wyzwaniem dla położnych”.**

Kurs rozpoczął się przywitaniem uczestników przed Dyrektora szpitala – Wojciecha Puznę.

Kurs był podzielony na 5 oddzielnych tematów:

1. Przygotowanie kobiet do porodu – mgr Magdalena Kukulska – położna
2. Samodzielność położnej w szpitalu – czy to jest możliwe? – mgr Katarzyna Grzybowska – położna
3. Przyjmowanie porodów w pozycjach wertykalnych – mgr Magdalena Witkiewicz – położna
4. Techniki szycia krocza – mgr Magdalena Krauze – położna
5. Ocena dobrostanu noworodka we wczesnym okresie po porodzie – lic. Maria Romanowska – położna

Zajęcia były prowadzone przez położne, które pracują w Szpitalu św. Zofii w Warszawie, prowadzą szkoły rodzenia oraz przyjmują porody w domach.

Ad. 1.

Przygotowanie kobiet do porodu:

Aby przygotować kobietę do porodu należy:

- Zebrać dokładny wywiad
- Zapytać, czego oczekuje i jak sobie wyobraża poród
- Jakie ma związane z nim lęki

Przygotowując kobietę do porodu należy wziąć pod uwagę stan zdrowia kobiety, wiek, oczekiwania oraz miejsce porodu. Na przygotowanie składa się przygotowanie:

- Fizyczne – ćwiczenia usprawniające, relaks, masaż, dieta, ćwiczenia ogólnorozwojowe, itp.
- Umysłowe – przekazanie wiedzy dostosowanej do potrzeb i oczekiwań kobiety, nie zmieniamy przekonań ciężarnej, nie komentujemy lęków ciężarnej
- Duchowe – wsparcie psychiczne i wiary kobiety w możliwości swoje i swojego ciała

Ad. 2.

Samodzielność położnej w szpitalu – czy to możliwe?

Wykonywanie zawodu położnej polega na samodzielnym udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia w opiece nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem.

Położna można samodzielnie wykonywać czynności zawodowe w ramach zatrudnienia pracowniczego jak i cywilno – prawnego oraz może samodzielnie wykonywać zawód w zakładzie opieki zdrowotnej jak i w ramach indywidualnej lub zbiorowej praktyki. Warunkiem osiągnięcia sukcesu jest ciągle podnoszenie kwalifikacji.

Ad. 3.

Przyjmowanie porodów w pozycjach wertykalnych

Pozycje wertykalne w porodzie – jak sama nazwa sugeruje to porody, w których rodzące znajdują się w pozycji pionowej. Największą zaletą pozycji wertykalnych jest możliwość zachowania ruchomości w miednicy kostnej, głównie w stawach krzyżowo – biodrowych, dzięki czemu uzyskuje się w porodzie optymalną pojemność w miednicy. Pozostawienie w ruchu, pozycji pionowej do samego końca porodu zapewnia: rozluźnienie mięśni dna macicy, działanie siły grawitacji, zmniejszanie dolegliwości bólowych, poczucie pewności siebie, lepszą czynność skurczową ws. macicy.

Najlepszymi pozycjami wertykalnymi do porodu jest pozycja:

- Pozycja pionowa, ale pochylona do przodu
- Pozycja klęczna z podparciem z przodu
- Pozycja półprzysiadu
- Pozycja na czworaka

W Polsce odbywa się mało porodów w pozycjach wertykalnych z powodu braku akceptacji ze strony zespołu lekarskiego.

Ad. 4.

Techniki szycia krocza

Temat ten był omawiany na przykładach porodów domowych. Położna

odbierająca porody w domach pokazywała jak zaopatrzyć krocze, jeśli dojdzie do jakiegokolwiek urazu.

Ad. 5.

Ocena dobrostanu noworodka we wczesnym okresie po porodzie

Położne sprawujące opiekę nad matką i noworodkiem pamiętać powinny przede wszystkim, że stanowią oni jedność: stan emocjonalnych w okresie ciąży, porodu, położu ma bezpośredni wpływ na jej dziecko. Wielu specjalistów zgodnych jest, iż pierwsze trzy miesiące życia dziecka można śmiało nazwać „IV trymestrem ciąży”.

Poród naturalny jest optymalnym sposobem przychodzenie dziecka na świat. Podstawowym narzędziem oceny kondycji nowonarodzonego dziecka jest skala Apgar, a następne typowe badanie, które powinno mieć miejsce po pierwszym kontakcie skóra – skóra i podjęcie laktacji. Ma ono na celu ocenę zdrowia dziecka oraz wychowanie wszelkich dających się stwierdzić nieprawidłowości. Warunki badania: obecność rodzica, ciepłe i spokojne miejsce, dobre oświetlenie, dłonie badającego są ciepłe i czyste, pewne i spokojne ruchy, nawiązanie kontaktu z dzieckiem, ograniczenie stresu pomaga małemu człowiekowi jak najlepszej zaadaptować się do nowych warunków.

Położne zachęcały do odbierania porodów w pozycjach wertykalnych. W przerwie między wykładami zwiedziłyśmy „Dom Narodzin” prowadzony tylko przez położne. Kurs był bardzo interesujący.

Dziękujemy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za możliwość udziału w kursie.

Beata Pers
Joanna Duda



POD PARAGRAFEM

Dzisiejszy artykuł poświęcony będzie ochronie jaka przewidziana jest przepisami prawa dla funkcjonariusza publicznego, z której korzysta pielęgniarka lub położna.

Przepis art. 11ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, iż pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). Podmiotem ochrony prawnej tym przepisem wskazanym jest pielęgniarka lub położna, pielęgniarz lub położny. Pielęgniarka lub położna korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych jednak tylko podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych takich jak **w przypadku pielęgniarki:**

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

w przypadku położnej:

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

- przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badanie noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowanie w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
 - 8) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
 - 9) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Oznacza to, iż pielęgniarka i położna nie podlegają powyższej ochronie prawnej w każdym innym przypadku w tym i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywania zawodu tj. w przypadku pielęgniarki przy:

- 1) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgniacyjnych;
- 2) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
- 3) nauczaniu zawodu pielęgniarki lub położnej oraz wykonywaniu pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek lub położnych;
- 4) prowadzeniu prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa;
- 5) kierowaniu i zarządzaniu zespołami pielęgniarek lub położnych;
- 6) świadczeniu pracy w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 7) świadczeniu pracy w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 8) świadczeniu pracy w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;
- 9) pełnieniu służby na stanowiskach służbowych w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia i innych jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;
- 10) pełnieniu służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób

- pozbawionych wolności;
- 11) świadczeniu pracy w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie;
 - 12) świadczeniu pracy na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. Nr 45, poz. 235, Nr 131, poz. 764 i Nr 171, poz. 1016);
 - 13) sprawowaniu funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywaniu pracy na rzecz samorządu;
 - 14) powołaniu do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy, o ile pielęgniarka nie jest uznana zgodnie z definicją ustawową wyrażoną w art. 115 kk funkcjonariuszem publicznym.

a w przypadku położnej przy :

- 1) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
 - 2) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
 - 3) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;
 - 4) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:
 - a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
 - b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia,
 - 5) nauczaniu zawodu położnej lub pielęgniarki oraz wykonywaniu pracy na rzecz doskonalenia zawodowego położnych lub pielęgniarek;
 - 6) prowadzeniu prac naukowo-badawczych w zakresie wykonywania zawodu położnej, w szczególności opieki nad kobietą, noworodkiem lub rodziną;
 - 7) kierowaniu i zarządzaniu zespołami pielęgniarek lub położnych;
 - 8) świadczeniu pracy w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 9) świadczeniu pracy w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te
-

podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

- 10) świadczeniu pracy w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;
- 11) świadczeniu pracy w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych położnej określonych w ustawie;
- 12) świadczeniu pracy na stanowisku położnej w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3;
- 13) sprawowaniu funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu;
- 14) powołaniu do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy położnej, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy, chyba że tak jak w przypadku pielęgniarki i do położnej będą miały zastosowanie przepisy, na mocy których położna zostanie uznana za funkcjonariusza publicznego.

Ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariusza publicznego, z jakiej korzysta pielęgniarka lub położna, wyznaczana jest w poniżej wskazanych przepisach kodeksu karnego:

Art. 222. [Naruszenie nietykalności funkcjonariusza]

- § 1. Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.
- § 2. Jeżeli czyn określony w § 1 wywołało niewłaściwe zachowanie się funkcjonariusza lub osoby do pomocy mu przybranej, sąd może zastosować nadzwyczajnie złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

Art. 223. [Czynna napaść]

- § 1. Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.
- § 2. Jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego lub osoby do

pomocy mu przybranej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Art. 224. [Wymuszenie]

- § 1. Kto przemocą lub groźbą bezprawną wywiera wpływ na czynności urzędowe organu administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, 1. Kto przemocą lub groźbą bezprawną wywiera wpływ na czynności urzędowe organu administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
- § 2. Tej samej karze podlega, kto stosuje przemoc lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego albo osoby do pomocy mu przybranej do przedsięwzięcia lub zaniechania prawnej czynności służbowej.
- § 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 2 jest skutek określony w art. 156 § 1 lub w art. 157 § 1, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Art. 224a. [Wprowadzenie w błąd instytucji użyteczności publicznej]

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

Art. 225. [Zakłócenie kontroli ekologicznej]

- § 1. Kto osobie uprawnionej do przeprowadzania kontroli w zakresie ochrony środowiska lub osobie przybranej jej do pomocy udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności służbowej, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
- § 2. Tej samej karze podlega, kto osobie uprawnionej do kontroli w zakresie inspekcji pracy lub osobie przybranej jej do pomocy udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności służbowej.
- § 3. (uchylony)
- § 4. Tej samej karze podlega, kto osobie upoważnionej do przeprowadzania czynności w zakresie nadzoru i kontroli w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej lub w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności służbowych.

Art. 226. [Znieważenie funkcjonariusza]

- § 1. Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu
-

przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

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

§ 3. Kto publicznie znieważa lub poniża konstytucyjny organ Rzeczypospolitej Polskiej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Art. 229. [Przekupstwo]

§ 1. Kto udziela albo obiecuje udzielić korzyści majątkowej lub osobistej osobie pełniącej funkcję publiczną w związku z pełnieniem tej funkcji, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 działa, aby skłonić osobę pełniącą funkcję publiczną do naruszenia przepisów prawa lub udziela albo obiecuje udzielić takiej osobie korzyści majątkowej lub osobistej za naruszenie przepisów prawa, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4. Kto osobie pełniącej funkcję publiczną, w związku z pełnieniem tej funkcji, udziela albo obiecuje udzielić korzyści majątkowej znacznej wartości, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

§ 5. Karom określonym w § 1-4 podlega odpowiednio także ten, kto udziela albo obiecuje udzielić korzyści majątkowej lub osobistej osobie pełniącej funkcję publiczną w państwie obcym lub w organizacji międzynarodowej, w związku z pełnieniem tej funkcji.

§ 6. Nie podlega karze sprawca przestępstwa określonego w § 1-5, jeżeli korzyść majątkowa lub osobista albo ich obietnica zostały przyjęte przez osobę pełniącą funkcję publiczną, a sprawca zawiadomił o tym fakcie organ powołany do ścigania przestępstw i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.

Art. 231a. [Ochrona prawna funkcjonariuszy publicznych]

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

W przypadku więc, gdy pielęgniarka lub położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa powyżej zostanie pokrzywdzona jednym z przestępstw w powołanych powyżej przepisach, przez np. pacjenta lub jego rodzinę, albo przez każdą

inna osobę, nawet przez współpracownika, także i w przypadku gdy jest nim inna pielęgniarka lub położna korzystająca z takiej ochrony prawnej, może zawiadomić organy ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Obowiązek prawny w tym zakresie ma instytucja państwowa, która w związku ze swą działalnością dowiedziała się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu. Instytucja ta w omawianej sytuacji ma obowiązek również przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

Często pielęgniarki/położne zadają pytanie na temat karalności pacjenta, który znieważa je w warunkach korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego, w stanie niepoczytalności lub w stanie np. bólu i cierpienia. Obie sytuacje należy rozdzielić. Zgodnie z art. 31 kk nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.

- § 2. Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.
- § 3. Przepisów § 1 i 2 nie stosuje się, gdy sprawca wprawił się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć. Natomiast w sytuacji, gdy pacjent nie panuje nad swoimi odruchami, nie kieruje wolą, a jedynie są one przejawem fizjologicznym nie możemy w ogóle mówić o popełnieniu czynu i taki też pogląd przeważa w literaturze przedmiotu. Typowym przykładem jest np. pacjent, który ma atak epilepsji i na skutek odruchów dla tego stanu fizjologicznie właściwych naruszył nietykalność cielesną pielęgniarki, albo np. kobieta rodząca, która w trakcie bólu porodowego również w sposób niezamierzony i nieprzewidywalny naruszy nietykalność cielesną położnej. Temat poruszony w tym artykule można wyjaśniać bardziej obrazowo na przykładach, co jednak nie może być przedmiotem artykułu, z uwagi na ograniczenia ilościowe. Natomiast tematyka ta niewątpliwie będzie przydatna dla każdej z Pań i Panów, bo w swojej pracy z pewnością często spotykacie się z zamierzonymi i niezamierzonymi naruszeniami Waszej nietykalności cielesnej, ograniczenia wolności, czci, dobrego imienia, wizerunku i innych dóbr osobistych podlegających ochronie prawnej. Niewątpliwie funkcjonariusz publiczny korzysta ze szczególnej ochrony prawnej,

czego przykładem może być wyższe zagrożenie karą, aniżeli przestępstw tego samego rodzaju popełnianych na osobach nie posiadających takiego przymiotu i jest to faktem powszechnie znanym.



PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA PRAWNIK ODPOWIADA

Za szkody wyrządzone przez pracownika odpowiada pracodawca. Budzi wiele wątpliwości sytuacja kiedy pracownikiem jest osoba wykonująca czynności zawodowe zdefiniowane odrębnymi przepisami i podlegająca obowiązkowemu ubezpieczeniu OC- np. pielęgniarka.

Jaka jest odpowiedzialność wynikająca :

- z kodeksu pracy- umowa o pracę**
- umowa cywilnoprawna**

Tak za szkody wyrządzone przez pracownika odpowiedzialność na zewnątrz ponosi pracodawca. Nie ma tutaj znaczenia kwestia posiadania przez pielęgniarki/położne polisy, bo ta jest wymagana od osób wykonujących działalność leczniczą.

Chodzi o sytuację, gdy pielęgniarka/położna wykonuje działalność leczniczą i wówczas ponosi odpowiedzialność na zewnątrz sama, bo czynności wykonuje we własnym imieniu i na własną rzecz, a nie jak w stosunku pracy na rzecz i w imieniu pracodawcy.

Kancelaria Prawna §
mgr Dorota Pakuła



„Śmierć jest bramą do dalszego świata – lepszego świata”

(Jan Twardowski).

**Pielęgniarce Grażynie Armatys
Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci Mamy
Składają pracownicy Spółki ”Sanatoria Dolnośląskie”
w Sokołowsku**



Konferencja Szkoleniowa – 10 maja 2013 r.



Prelegenci:
Beata Pietrzak – psycholog,
Katarzyna Leksowska-Osińska
- mgr pielęgniarstwa



Beata Pietrzak
– psycholog



Ewa Kilar
- dr n. med. lek.
specjalista onkologii
klinicznej

**Przewodnicząca DOIPiP
we Wrocławiu
- Urszula Olechowska,
OIPiP w Wałbrzychu
- Maria Pałeczka**



Uczestnicy konferencji

Zespół The Black

