

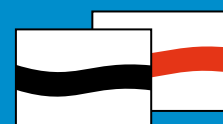


BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

1/2015
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
2 ◆ POROZUMIENIE NA RZECZ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

III KONFERENCJA Z CYKLU „JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM”

- 6 ◆ MEDYCZNY BŁĄD PIELĘGNIARSKI ZAGADNIENIA WYBRANE Z PRAC NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
19 ◆ CZY POŁOŻNA MOŻE PROWADZIĆ PORÓD DOMOWY
20 ◆ PROCEDURA POŚWIADCZANIA DEKLARACJI O DOBRYM ZDROWIU
21 ◆ CZY PIELĘGNIARKA, KTÓRA UKOŃCZYŁA KURS POSIADA UPRAWNIENIA DO WYPISYWANIA RECEPT NA OPATRUNKI

NFZ INFORMUJE

- 22 ◆ ZARZĄDZENIE PREZESA NFZ

SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

- 24 ◆ IV MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA „OKULISTYKA – KONTROWERSJE” 16–18 X 2014 R. KARPACZ
25 ◆ IV MIĘDZYNARODOWE FORUM PROMOCJI I PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ KNOW HEALTH 2014
28 ◆ XII KONGRES PIELĘGNIAREK POLSKICH
30 ◆ INFORMACJA O NOWYM ROZPORZĄDZENIU MINISTRA OBRONY NARODOWEJ
31 ◆ USTAWA O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

INFORMACJE

- 31 ◆ HARMONOGRAM SZKOLEŃ
32 ◆ KSIĄŻKI ONLINE
32 ◆ KONDOLENCJE

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA

– mgr JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 71 784 18 45;

PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

– mgr EWA CHLEBEK, ul. Urzędnicza 1, 55-020 Żórawina, e-mail: echlebek@op.pl, tel. 728 51 50 55

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr DOROTA MILECKA Akademicki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, tel. 71 733 11 90, 733 11 95, 662 23 25 95;

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław, e-mail: kasiatolik1@wp.pl, tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95;

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław, tel. 71 342 86 31 wew. 344, 604 93 94 55, 667 97 77 35

KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– mgr ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław tel. 71/36-89-260, e-mail: e.garwacka@gmail.com

KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel. 71 76 60 207, 608 309 310; e-mail: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO

– mgr BEATA MARIA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Iwazkiewicza 5, 59-220 Legnica e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl, tel. 76 72 11 401

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych, ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
tel./fax: 74 842-33-25
tel.: 74 842 56 05
godziny pracy biura:
7:30-15:30

e-mail:

oipipekretariat@webmedia.com.pl
www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca:

Maria Pałeczka
oipipwch@webmedia.com.pl

Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

BIURO

Sekretariat:

Łukasz Płaczkowski
oipipekretariat@webmedia.com.pl

Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk
oipiprejestr@webmedia.com.pl

Księgowość:

Jolanta Kopacka
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna §
mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Michał Krajczar

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13-15
lub telefonicznie do kancelarii:
tel.: 74 666 00 02

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Irena Wydrzyńska

Dyżury w siedzibie OIPiP:

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce Kontakt. W innym terminie po
wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPiP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:

Tereny Weny Agencja Reklamowa
Justyna Szafran-Dziewięcka
justyna@terenowyeny.pl

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Przed nami czwarty rok VI kadencji.

To ostatni rok pracy wybranych w XI 2011 roku spośród Delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych organów okręgowej izby członków okręgowej rady, komisji rewizyjnej, okręgowego sądu oraz okręgowego rzecznika.

Przed nami kolejne wybory. Na stronie internetowej oraz w następnym wydaniu biuletynu będą zamieszczone szczegółowe informacje. Na terenie działania naszej izby wybory w ustalonych rejonach wyborczych odbędą się w miesiącach maj-czerwiec.

27 marca br. odbędzie się ostatni – VI kadencji Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Nowy rok, zwyczajowo już rozpoczynamy od podsumowania minionego. Analizujemy, liczymy, następnie planujemy. Dzisiaj już mogę poinformować, że na posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych 20 stycznia br., zmienione zostały zapisy w Regulaminie Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu. Zmiany refundacji dotyczą – szkolenia specjalizacyjnego – obecnie kwota wynosi –1200,00 zł. Studia magisterskie w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne kwota refundacji wynosi –1500,00. W obu przypadkach wymieniona kwota refundacji dotyczy jednej transzy. Zmieniony został również zapis dla kursów dokształcających – obecnie zapis brzmi: zgodnie z profilem wykonywanej pracy, 50% kosztów, nie więcej niż 400 zł. W całości uchylony został zapis w §2 pkt 2 – nie będzie już zwrotu za przejazd na egzamin państwowy. Regulamin po zmianach dostępny jest na naszej stronie internetowej w zakładce „REGULAMINY”.

Dramatycznie zmniejsza się ilość pielęgniarek i położnych, którym stwierdza się prawo wykonywania zawodu, z których większość podejmuje pracę poza granicami RP. Przerazający jest średni wiek pielęgniarek i położnych, wynagrodzenia. Sytuacja staje się coraz bardziej niebezpieczna. Dostrzegamy coraz większe zagrożenia, które oddalane w czasie skutkować będą załamaniem się systemu opieki zdrowotnej. Reprezentując grupę zawodową pielęgniarek i położnych, mając na uwadze tak liczne nieprawidłowości zawarte zostało Porozumienie o współpracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z OZZPiP Regionu Dolnośląskiego w sprawie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Zgodnie z § 1 przedmiotem porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce wynosi 5,4, jest najniższy w Europie. Dla porównania Szwajcaria – 17,4. Przed nami – Niemcy 11,5; Białoruś 10,3; Czechy 8,5; Litwa 7,2. Za nami Rumunia – 5,5.

Statystyki są przerażające. Przeprowadzona analiza w zakresie ilości pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w na-

szej izbie w poszczególnych grupach wiekowych nie pozostawia złudzeń.

W niedługim czasie od zawodu odejdzie spora grupa pielęgniarek i położnych. Rocznie pracę podejmuje zaledwie kilka absolwentek. Zapotrzebowanie na opiekę z roku na rok rośnie a zatrudnienie maleje. Umowy cywilnoprawne nie rozwiążą narastającego problemu.

5 lutego 2015r. odbyło się spotkanie w Urzędzie Marszałkowskim. Obecny na spotkaniu Pan Cezary Przybylski, Marszałek Województwa Dolnośląskiego otrzymał pismo informujące o zawartym Dolnośląskim Porozumieniu na Rzecz Pielęgniarek i Położnych, jego celu, konieczności podjęcia działań zmierzających do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Pismo o takiej samej treści wysłane zostało do Wojewody Dolnośląskiego Pana Tomasza Smolarza.

9 marca br. w siedzibie DOIPIP we Wrocławiu zaplanowane zostało spotkanie z władzami województwa, parlamentarzystami, organizacjami pacjenckimi oraz mediami. Obszerniej na temat porozumienia na kolejnych stronach biuletynu.

Powróć jeszcze do minionego roku, przypomnę 20 listopada 2014r. odbyła się III Konferencja z cyklu „**Jesienne spotkania z autorytetem**”. Pierwsza z udziałem dr n. med. Grażyny Rogali Pawelczyk – Prezesa NRPiP, druga z udziałem dr n. ekonomicznych, mgr pielęgniarstwa – Panią Izabelą Witczak.

Zaproszonym Autorytetem na III Konferencję była Pani dr hab.n. prawnych Dorota Karkowska, której pierwszym miejscem pracy był oddział szpitalny, stanowisko – pielęgniarka od cinkowa. Dzisiaj – adiunkt w Katedrze Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego. W związku z bardzo dużym zainteresowaniem wykładem „Medyczny błąd pielęgniarstwa”, na moją prośbę, zgodnie z informacją w poprzednim wydaniu biuletynu, Pani Profesor przygotowała do wydruku artykuł – „**Medyczny błąd pielęgniarstwa – zagadnienia wybrane**”. Nie ukrywam, że jest to dla mnie ogromne wyróżnienie.

Proszę zwrócić uwagę na kolejne, nowe nazwisko – **Beata Maria Łabowicz** – Konsultant wojewódzki w dziedzinie PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO i OPERACYJNEGO.

Nie mogę pominąć informacji, że na 26 lutego zaplanowane zostało spotkanie pielęgniarek onkologicznych z Panią Elżbietą Garwacką-Czachor – Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego. Cieszy fakt, że konsultanci deklarują wolę spotkań ze środowiskiem.

Pozwolę sobie przypomnieć o możliwości korzystania z wirtualnej czytelnicy. Zapraszam po raz kolejny po odbiór kodów niezbędnych do rejestracji na platformie IBUK Libra.

Dziękując za miniony rok, proszę o dalszą współpracę.

Przewodnicząca ORPiP
Maria Pateczka

POROZUMIENIE NA RZECZ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UCHWAŁA NR 73/VI/2014 OKRĘGOWEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie: zawarcia porozumienia o współpracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego do działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

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

§ 1

1. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu zawiera Porozumienie o współpracy z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego w sprawie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

2. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych upoważnia Przewodniczącą Rady – Panią Marię Pałeczka do podpisania

w Jej imieniu Porozumienia, jak również do podpisywania dokumentów związanych z Porozumieniem, o których mowa w ustępie 1.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz ORPiP
Małgorzata Hrycak*

*Przewodnicząca ORPiP
Maria Pałeczka*

Porozumienie o współpracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego w sprawie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Porozumienie zawarte dnia 16 grudnia 2014 r. we Wrocławiu pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego reprezentowanym przez Przewodniczącą Zarządu Regionu Dolnośląskiego Panią Liliannę Pietrowską zwanym w dalszym ciągu „Związkiem” a Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych, z siedzibą w Wałbrzychu w imieniu i na rzecz której działa Przewodnicząca ORPiP Pani Maria Pałeczka zwaną w dalszym ciągu „ORPiP w Wałbrzychu” łącznie bądź oddzielnie zwanych w dalszym ciągu: „Stronami.”

Działając na mocy ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych, w trosce o poprawę sytuacji pracowniczej Pielęgniarek i Położnych, jak również kierując się koniecznością powstrzymania deprecjacji zawodu pielęgniarki i położnej, w celu zagwarantowania pielęgniarkom i położnym należytych warunków pracy i płacy, które to warunki w sposób bezpośredni wpłyną na poprawę bezpieczeństwa



stwa pacjentów, strony postanowiły zawrzeć niniejsze porozumienie o treści następującej:

§ 1

Przedmiotem niniejszego porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

§ 2

W celu realizacji niniejszego porozumienia, Strony zobowiązują się do:

a) przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjnej na temat oceny zabezpieczenia społeczeństwa województw w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji pracowniczej pielęgniarek i położnych;

b) organizacji konferencji informującej o wynikach przeprowadzonej oceny z udziałem: podmiotów mających wpływ na organizację systemu ochrony zdrowia na obszarze województwa, organizacji pacjenckich;

c) rozpropagowania informacji na temat konferencji w celu zapewnienia wzięcia w nich udziału możliwie największej ilości osób, ze szczególnym uwzględnieniem osób mających wpływ na kształtowanie systemu ochrony zdrowia;

d) rozpropagowania wyników konferencji oraz materiałów na ich potrzeby wytworzonych w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi największej liczbie osób;

e) podejmowania działań inicjujących postępowania sądowe w sprawach stosowania nierównego traktowania albo mobbingu pielęgniarek lub położnych,

f) informowania organów nadzorczych oraz kontrolnych o stwierdzonych nieprawidłowościach w poszczególnych podmiotach leczniczych na obszarze działania OIPIP,

g) zawiadamiania organów ścigania o stwierdzonych nieprawidłowościach w poszczególnych podmiotach leczniczych na obszarze działania OIPIP w przypadkach, w których niepra-

widowości te wskazywać będą na istnienie uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa,

h) podejmowanie wszelkich innych działań mających na celu integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych, obronę ich godności zawodowej oraz reprezentowanie i ochronę.

§ 3

W terminie do dnia 31 marca 2015 r. strony przygotują sprawozdanie z wykonania niniejszego porozumienia, które zostanie wykorzystane do przygotowania debaty w Sejmie nt. Sytuacji zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

§ 4

Każda ze stron zobowiązuje się do współdziałania w celu realizacji niniejszego porozumienia.

§ 5

Porozumienie niniejsze sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

§ 6

Zmiany w niniejszym porozumieniu dla swojej ważności wymagają formy pisemnej.

Za OZZPiP

Lilianna Pietrowska

Za ORPiP w Wałbrzychu

Maria Pałeczka

Dolnośląskie Porozumienie na rzecz pielęgniarek i położnych

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE

OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH REGIONU DOLNOŚLĄSKIEGO

Rysunek ze strony kolejnej, w trakcie protestów pielęgniarek i położnych w latach 1999 i 2000, był satyrą na brak realizacji żądań protestujących.

Po 11 latach cyklicznej walki o prawo do godnego wykonywania zawodów kolejne Rządy RP zrealizowały żądania w całości:

- wydłużono czas pracy do 67 roku życia,
- zmniejszono wynagrodzenia poprzez brak jednolitej polityki płacowej w ochronie zdrowia.

Dlaczego Pielęgniarki i Położne zawiązały Porozumienie:

- bo wbrew zapisom art. 68 Konstytucji RP, Rząd zaniedbuje prawa obywateli do powszechnej i dostępnej opieki medycznej;
- bo każdy z nas jest, był lub będzie pacjentem;



- bo społeczeństwo polskie pozbawione zostanie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej;
- bo po latach transformacji ustrojowej często pracują na 2 etatach po 300 godzin miesięcznie, aby godnie żyć;
- bo zawód pielęgniarki i położnej jest deprecjonowany przez rządzących i pracodawców;
- bo nie ma chętnych do nauki i podjęcia pracy w tych zawodach;

W trosce o pacjenta, jego bezpieczeństwo nadszedł czas by wspólnie działać.



Czy wiesz, że:

- każdego roku na Dolnym Śląsku studia pielęgniarskie kończy tylko ostatecznie 90 absolwentów;

- pracę w zawodzie podejmuje ok. 40 osób;
- za granicę, w poszukiwaniu lepiej płatnej pracy, pracy w lepszych warunkach wyjechało w latach 2004–2014 ok. 1000 pielęgniarek i położnych;
- średnia wieku pielęgniarki i położnej to 48 lat;
- z systemu ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku bezpowrotnie w ciągu najbliższych 10 lat ubędzie nawet 6 tys. pielęgniarek i położnych;
- w Polsce wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców wynosi 5,4 i jest najniższy w Europie;

Oczekujemy od Rządu RP i Parlamentarzystów niezwłocznego podjęcie każdych skutecznych działań na rzecz naszego środowiska

Domagamy się:

- zaniechania przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego;
- wprowadzenia przez Rząd RP i Ministerstwo Zdrowia programów zachęcających młodych ludzi do kształcenia się w tym zawodzie;
- przestrzegania przez pracodawców prawa pracy i zapisanie w ustawach sankcji za łamanie prawa;
- skrócenie wieku emerytalnego i uznania schorzeń kręgosłupa, zylaków, dermatoz za choroby zawodowe;
- wprowadzenie dla pielęgniarek i położnych 5 tygodniowego urlopu wypoczynkowego;
- ustalenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarki i położnej wchodzącej do systemu ochrony zdrowia i zapewnienie awansu poziomego;
- ustalenie norm zatrudnienia na podstawie wskaźników i standardów opieki.



Warszawa, 21 stycznia 2015 r.

List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - reprezentujący grupę zawodową pielęgniarek i położnych - dostrzegają zagrożenia dla społeczeństwa polskiego, które wynikają z braku:

- reakcji Rządu RP na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych,
- dialogu Rządu RP ze środowiskiem pielęgniarek i położnych na temat sposobów uniknięcia skutków nadciągającej katastrofy, która będzie wynikiem drastycznego ograniczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne,
- strategii Rządu RP dotyczącej zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ostrzegają, iż dalsze bagatelizowanie problemu grozi załamaniem się systemu opieki zdrowotnej.

Żądamy:

1. Określenia docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców.
2. Zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.
3. Wdrożenia polityki zatrudniania pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.
4. Wdrożenia mechanizmów gwarantujących wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym;
 - zgodnie z zakresem zadań realizowanych w praktyce zawodowej oraz zgodnie z zakresem odpowiedzialności jaką ponoszą,
5. Zabezpieczenia możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.
6. Uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach, które są przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
7. Przeprowadzenia analizy zapotrzebowania na liczbę pielęgniarek i położnych w określonych specjalnościach, które wynikają z wymagań kwalifikacyjnych określonych przepisami prawa w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowywania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.
8. Ustalenia liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.
9. Pełnej informacji na temat działań Rządu RP prowadzących do niwelowania skutków braku pielęgniarek i położnych i jego negatywnego wpływu na zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych uznają, iż powaga sytuacji wymaga natychmiastowych działań.

Przewodnicząca ZK OZZPiP



Lucyna Dargiewicz

Prezes NR PiP



dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

MEDYCZNY BŁĄD PIELEGNIARSKI ZAGADNIENIA WYBRANE

dr hab.n.prawnych Dorota Karkowska

Autorka licznych publikacji, monografii, podręczników akademickich, poradników, analiz prawnych, komentarzy między innymi: „Zasady uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek w Unii Europejskiej”; Znamy i posiadamy; „Prawo medyczne dla pielęgniarek”; „Zawody medyczne”, „Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” – 2 wydania, drugie wydanie komentarza uwzględnia nowelizację wprowadzoną z dniem 1 stycznia 2012 r. oraz aktualizacje innych przepisów.

Cykl artykułów redakcyjnych w ramach społecznej kampanii „Leczyć po ludzku”, opublikowanych w Gazecie Wyborczej.



WPROWADZENIE

Opieka zdrowotna, lekarze, pielęgniarki – ich sylwetki i osiągnięcia zawodowe – a także funkcjonowanie szpitali, to bardzo częste tematy w środkach masowego przekazu. Obecnie często mówi się o dość słabym funkcjonowaniu wdrożonej przed kilkunastu laty reformy opieki zdrowotnej. Pielęgniarki nie zawsze potrafią się w tej sytuacji odnaleźć, co w efekcie odbija się na jakości ich pracy. Natomiast niezależnie od sytuacji społecznej i politycznej, chorzy potrzebujący świadczeń zdrowotnych zawsze oczekują optymalnego wyniku leczenia i pielęgnacji, nie biorąc pod uwagę możliwości niepowodzenia, wynikającego czy to z ciężkości samej choroby, czy też ograniczoności warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i wielu innych obiektywnych czynników. Stąd też nie tylko lekarza, ale coraz częściej również pielęgniarka, położna, jako osoba wnikliwie obserwowana, łatwo staje się albo przedmiotem wysokiego uznania, albo przeciwnie – oskarżania o popełnienie błędu. Trudno się temu dziwić. Jeśli uświadomimy sobie, że trudno wymagać od pacjenta obiektywizmu, to łatwo zrozumieć, iż efekt świadczenia zdrowotnego inny od oczekiwanego, będzie rozumiany jako błąd medyczny.

Pielęgniarki, położne mało interesują przepisy określające szczegółowo zasady postępowania wobec chorego. Sądzą, że wszystko załatwia samo udzielanie świadczenia zdrowotnego, niekiedy lekceważą sprawę dokumentowania swoich czynności itp. W przypadku pomyślnego efektu udzielonego świadczenia zdrowotnego z reguły to „nie ma znaczenia”, jednakże

w razie skargi, brak obiektywnych danych nie pozwala pielęgniarcie udokumentować to, co zrobiła.

Pielęgniarka, położna, nawet ta, która w swoim przekonaniu najlepiej służy choremu człowiekowi, nie zawsze spotyka się z jego strony pełne zrozumienie. Zawsze może spotkać się z zarzutami, że nie do końca spełniła oczekiwania pacjenta, że coś zaniedbała, nie podjęła właściwych działań, wykonała boleśnie zabieg itp. Czasem chorzy, odczuwając jeszcze różne dolegliwości, pod wpływem złych doradców sadzą, że jest to wynik nieprawidłowego leczenia czy pielęgnacji, i składają skargi. Niezależnie od ich zasadności, bywa wszczynane postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, i coraz częściej postępowanie przed wojewódzka komisją orzekającą o zdarzeniach medycznych czy proces cywilny przed sądem powszechnym.

Obserwując rodzaj zarzutów stawianych pielęgniarkom, położnym, że popełnili błąd, widać jak wielorakie jest potoczne rozumienie tego pojęcia. Chorzy uważają za błąd każdy efekt udzielonego świadczenia zdrowotnego, który nie spełnia ich oczekiwania. Natomiast pielęgniarki, położne oskarżane o niepoprawne postępowanie, niemal zawsze odrzucają zarzuty wyrażając głębokie przekonanie, że postępowali prawidłowo i tylko niekorzystne sploty okoliczności uniemożliwiły uzyskanie w pełni dobrego efektu postępowania pielęgniarskiego. W tym świetle można twierdzić, że każda ze stron tego najczęściej nierozwiązywalnego sporu, słabo rozumie jego istotę. Po prosty ani oskarżyciele, ani broniące się pielęgniarki, położne nie rozumieją czym jest błąd,

a co rozumieć mają pod pojęciem niepowodzenie; jakie obowiązki spoczywają na świadczących pielęgniarskie czynności zdrowotne, i czego racjonalnie mogą oczekiwać pacjenci. Trudno się temu dziwić, skoro jak dotąd brakuje jednolitego stanowiska specjalistów.

Współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego wymusza podział czynności zawodowych nie tylko w obrębie grupy kluczowej, jaką są lekarze, na poszczególne specjalności lekarskie, ale również pomiędzy lekarzami a innymi zawodami medycznymi, które nabyły potrzebną wiedzę i kwalifikacje zawodowe. Niektórym zawodom medycznym stopniowo zaczęto powierzać coraz więcej i bardziej odpowiedzialnych zawodowych zadań, które niejednokrotnie do tej pory były zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy, lub które są nowymi zadaniami będącymi następstwem rozwoju różnych nauk medycznych, biologicznych, przyrodniczych, czy pedagogicznych, a co do zasady nieobjętymi zakresem nauczania lekarzy. Usamodzielnianie zawodu pielęgniarki to rozszerzanie zadań i przechodzenie w ich wykonywaniu od bezwzględnej podporządkowania w procesie pielęgnowania lekarzowi do samodzielnego wykonawcy czynności zawodowych przy współpracy i koordynacji ze strony lekarza¹. Współcześnie w krajach Europy Zachodniej obserwuje się ewolucję w stronę aprecjacji roli innych niż lekarze profesjonalistów medycznych, zachęcając do tworzenia zespołów terapeutycznych, niebędących tylko wykonawcami poleceń lekarza, ale również partnerami, upoważnionymi do wypowiedzenia opinii i zgłaszania propozycji postępowania z pacjentem. Miejsce lekarza zajmują w tym systemie przedstawiciele ich grup zawodowych, których praca i starania (poprawne lub niepoprawne) także decydują o skuteczności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. W takiej sytuacji lekarz już nie odpowiada za wszystko, ale odpowiedzialnością prawną za poszczególne czynności medyczne ponoszą współpracujący z nim fachowcy. Wynika stąd potrzeba poszerzenia rozważań nad błędem pielęgniarskim.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA SZPITALA ZA ZATRUDNIONE W NIM PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Odpowiedzialność cywilna szpitala jest odpowiedzialnością majątkową wobec osoby poszkodowanej, a jej główną funkcją jest kompensacja uszczerbku w dobrach prawnie chronionych. Co do zasady jest to odpowiedzialność nieograniczona, ograniczenia występują przy egzekucji. Dłużnik – szpital odpowiada za dług (szkodę) całym swoim majątkiem obecnym i przyszłym. Szpital (jako dłużnik) może spełnić świadczenia dobrowolnie, natomiast w braku dobrowolnego świadczenia przez szpital (dłużnika) osoba poszkodowana (wierzyciel)

może swoich uprawnień dochodzić przed sądem, a następnie zaspokoić swoją wierzytelność w drodze postępowania egzekucyjnego².

Dla powstania odpowiedzialności cywilnej muszą wystąpić następujące przesłanki:

– zdarzenie wyrządzające szkodę, za które prawo czyni szpital (dłużnika) odpowiedzialnym – zdarzeniem tym będzie czyn niedozwolony albo niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania;

- szkoda mająca charakter majątkowy (na osobie lub na mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda);
- związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą.

Przypisanie odpowiedzialności szpitalowi uzależnione jest od spełnienia określonych w przepisach przesłanek: fakt zwinionego wyrządzenia szkody przez lekarza, pielęgniarkę czy położną przy wykonywaniu powierzonych im czynności oraz istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu medycznego a doznaną szkodą.

Zgodnie z ogólną zasadą prawa cywilnego szpital ponosi odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, łącznie z odpowiedzialnością na zasadzie winy, jaką ponosi sprawca szkody. Jest to tzw. odpowiedzialność solidarna, która w postępowaniu przed sądem cywilnym pozwala poszkodowanemu skierować roszczenie o naprawienie szkody zarówno przeciwko bezpośredniemu sprawcy szkody (np. lekarzowi, pielęgniarce), jak i zatrudniającemu go podmiotowi. Zaspokojenie roszczeń poszkodowanego sprawia, że

szpital nabywa roszczenia zwrotne w stosunku do sprawcy szkody (np. lekarza, pielęgniarki) – art. 441 k.c.

Zasada odpowiedzialności na zasadzie ryzyka stanowi: „kto powierza wykonywanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkody wyrządzone przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności”. Od tej reguły przewidziany jest w kodeksie cywilnym wyjątek: i „nie odpowiada za sprawcę ten, kto nie ponosi winy w wyborze albo ten, kto wykonywanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swojej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem tych czynności” (art. 429 k.c.). Tym samym powyższy wyjątek dopuszcza możliwość uniknięcia odpowiedzialności cywilnej przez szpital, który powierzył świadczenie usług medycznych np. lekarzowi lub pielęgniarce uprawnionym do samodzielnego wykonywania tych czynności, czyli prowadzącym własną praktykę zawodową. Jednak skorzystanie z tego wyjątku jest niemożliwe, a szpital nie uniknie odpowiedzialności solidarnej, jeżeli powierzenie wykonywania czynności nastąpiło poprzez podporządkowanie wyko-

Współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego wymusza podział czynności zawodowych nie tylko w obrębie grupy kluczowej, jaką są lekarze, na poszczególne specjalności lekarskie, ale również pomiędzy lekarzami a innymi zawodami medycznymi, które nabyły potrzebną wiedzę i kwalifikacje zawodowe. Niektórym zawodom medycznym stopniowo zaczęto powierzać coraz więcej i bardziej odpowiedzialnych zawodowych zadań, które niejednokrotnie do tej pory były zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy, lub które są nowymi zadaniami będącymi następstwem rozwoju różnych nauk medycznych, biologicznych, przyrodniczych, czy pedagogicznych, a co do zasady nieobjętymi zakresem nauczania (...)

nawcy. Zasada ta wynika z tzw. odpowiedzialności kierującego (zwierzchnika) za podwładnego, która w art. 430 k.c. przypisuje odpowiedzialność na zasadzie ryzyka każdemu, „kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek”. Podmiot ten „jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności”. Odpowiedzialność występuje zawsze w odniesieniu do osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, ponieważ podporządkowanie pracownika należy do istoty stosunku pracy³.

Co do zasady inaczej kształtują się ogólne zasady odpowiedzialności w przypadku zatrudnienia niepracowniczego.

Jeżeli umowa cywilnoprawna jest zawarta przez szpital z lekarzem, pielęgniarką lub położną, którzy prowadzą działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki zawodowej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i szpital, pielęgniarka i szpital albo położna i szpital. Wynika z tego, iż ustawa o działalności leczniczej z mocy prawa przewiduje solidarną odpowiedzialność wszystkich szpitali z lekarzami, pielęgniarkami i położnymi prowadzącymi praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (art. 33 u.d.l.). Natomiast jeżeli szpital zawiera umowę cywilnoprawną w celu zatrudnienia z osobą, która nie prowadzi działalności gospodarczej (umowy tego rodzaju mogą być zawierane z każdą z osób zatrudnionych w szpitalu, także z lekarzem, pielęgniarką czy położną), występowanie odpowiedzialności solidarnej szpitala i osoby zatrudnionej zależy od warunków wykonywania tego kontraktu.

Te modelowe zasady odpowiedzialności cywilnej ulegają jednak w praktyce orzeczniczej modyfikacji. Zgodnie z orzeczeniem SN z 2011 r. decydujące jest to, czy lekarz, pielęgniarka, położna udziela świadczeń samodzielnie, czy jest kierowany i nadzorowany⁴. Postanowienia umowne dotyczące zakresu odpowiedzialności tzw. personelu kontraktowego (np. pielęgniarki) wobec pacjenta lub osób trzecich nie mają większego znaczenia. Istotne są natomiast sformułowania dotyczące zakresu odpowiedzialności osób wykonujących samodzielne zawody medyczne wobec szpitala, ponieważ mogą one posłużyć do odzyskania w ramach rozliczeń regresowych z tymi osobami kwot wypłaconych pacjentom, jak również do zaostrzenia odpowiedzialności kontraktowej osób wykonujących samodzielne zawody medyczne (art. 473 k.c.). Tym samym SN wystąpił zdecydowanie przeciwko zasadzie nieod-

powiedzialności szpitala za winy lekarza, pielęgniarki czy położnej w wykonywanie czynności medycznych i opowiedział się za uznaniem lekarza, pielęgniarki, położnej za podwładnego szpitala także w rozumieniu art. 430 k.c., bez względu na formę zatrudnienia.

W tym miejscu należy przypomnieć, iż zarówno we wcześniejszych orzeczeniach judykatury, jak i w doktrynie prawa po 1991 r. podejmowano w Polsce próby wypracowania zasady niezależności lekarza, pielęgniarki, położnej od administracji szpitala w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych szczególnie zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Na pełną niezależność lekarza, pielęgniarki, położnej od szpitala w zakresie ich medycznych kompetencji nie pozwala

jednak charakter i organizacja polskiego systemu świadczenia usług zdrowotnych przez szpitale oraz potrzeby społeczne i realizacja zgłaszanego w doktrynie prawa postulatu zapewnienia należytej ochrony poszkodowanego pacjenta.

Obecnie w Polsce nadal w zdecydowanej większości placówek istnieje funkcja kierownika do spraw lecznictwa sprawowana przez osobę posiadającą odpowiednie medyczne wykształcenie, funkcjonują również stanowiska – ordynatora i pielęgniarki oddziałowej lub odpowiednio koordynatora. W większości przypadków nadal obowiązuje model wiążących zaleceń w sferze merytorycznej, wydawanych przez osoby pełniące funkcje kierownicze osobom wykonującym zawody medyczne o mniejszym doświadczeniu zawodowym. Osoby te w zakresie udzielanych przez nie świadczeń są poddawane kontroli merytorycznej dyrektora do spraw lecznictwa lub bezpośredniego przełożonego. Tym samym regułą, iż wyłącznie osoby wykonujące samodzielne zawody medyczne powinny ponosić odpowiedzialność wobec pacjenta za szkody, okazuje się nie do przyjęcia. Każde działanie medyczne osób wy-

konujących samodzielne zawody medyczne stanowi element funkcjonowania szpitala jako całości, a wynik świadczenia zdrowotnego w dużej mierze uzależniony jest od harmonijnej współpracy strony organizacyjnej z fachową, od odpowiedniej koordynacji działań i podziału obowiązków, a także od nadzoru ze strony wyspecjalizowanego kierownictwa.

Bez względu zatem na prawną formę zatrudnienia lekarza, pielęgniarki, położnej nie można wyłączyć prawa pracodawcy lub zleceniodawcy do kontroli sposobu wykonywania ich pracy. W praktyce udzielania szpitalnych świadczeń zdrowotnych obserwuje się upodobnienie sytuacji cywilnoprawnych wykonawców usług medycznych do sytuacji pracowników. Zjawisko to według Z. Kubota „stanowi wyraz ogólniejszej globalnej tendencji. Znamiennym wyrazem tej tendencji są umowy cywilnoprawne o świadczenie usług, w którym pojawia się kie-

Co do zasady inaczej kształtują się ogólne zasady odpowiedzialności w przypadku zatrudnienia niepracowniczego. Jeżeli umowa cywilnoprawna jest zawarta przez szpital z lekarzem, pielęgniarką lub położną, którzy prowadzą działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki zawodowej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i szpital, pielęgniarka i szpital albo położna i szpital.

rownictwo zamawiającego nie tylko w znaczeniu prakseologicznym, ale i prawnym (umowa o szkolenie specjalizacyjne zawarta z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację)⁵. Występujące w umowie zlecenia, popularnie nazywanej kontraktem, pewnego rodzaju „kierownictwo zlecającego” może wyrażać się w udzielaniu fachowych wskazówek, zaleceń, zleceń, propozycji i rad⁶. Tym samym oddziałowa pielęgniarka może posługiwać się różnorodnymi formami wpływu na pielęgniarki udzielające świadczeń zdrowotnych na oddziale, nie dysponując wobec nich władzą dyrektywalną pracodawcy, jak uprawnienia koordynacyjne, nadzorcze czy kontrolne⁷. Mamy tutaj zatem do czynienia z władztwem, ale raczej o charakterze merytorycznym, a nie porządkowym.

POSTĘPOWANIE SPRZECZNE Z ZASADAMI AKTUALNEJ WIEDZY I PRAKTYKI MEDYCZNEJ

Udzielanie przez pielęgniarkę, położną świadczeń zdrowotnych niezgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej jest naruszeniem warunku podejmowania czynności medycznych zgodnie z prawem (*lege artis*). Spełnienie tego warunku jest wyłącznie obiektywną kategorią, uzależnioną od faktycznego stanu wiedzy medycznej, a nie od indywidualnych właściwości osoby działającej i nie zależy od subiektywnych przekonań osoby biorącej udział w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego ani od przekonań pacjenta. Dlatego zgodność postępowania medycznego z aktualną wiedzą medyczną nazywamy tzw. obiektywnym warunkiem legalności czynności medycznych. Zgodność z aktualnymi regułami postępowania medycznego ma stworzyć pacjentowi poczucie bezpieczeństwa terapeutycznego i ograniczyć ryzyko związane nierozwrotnie z czynnościami medycznymi.

Szpital jest zobowiązany zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne (art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, dalej; u.d.l.) . Zgodnie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej: u.z.p.p.): „Pielęgniarka i położna wykonują zawód (...) wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej”. Zdarzenie niezgodne z wymogami wiedzy medycznej może polegać na braku profesjonalizmu w działaniu, gdy dotyczy ono podejmowania czynności ściśle medycznych. Żadana pielęgniarka, położna nie posiada dokładnej i szczegółowej wiedzy z zakresu wszystkich dziedzin medycyny i dlatego należy dopuścić zaistnienie zdarzenia medycznego w każdym przypadku, gdy świadczeń zdrowotnych udzielały osoby niebędące kompetentnymi do podjęcia czynności leczniczych określonego rodzaju.

Dystynktywną cechą osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej jest rozporządzanie przez nie wiedzą opartą o teoretyczne podstawy systemu naukowego, przyswajalną na różnych poziomach i z różnym stopniem szczegółowości. Przyjmuje się, że wiedza to wiadomości przekazywane w czasie studiów i zawarte w dostępnych podręcznikach, których znajomość zostaje potwierdzona dyplomem. Jednocześnie współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego powoduje, że wiedza uzyskana m.in. w toku studiów akademickich stopniowo traci na aktualności⁸. Konieczne jest zatem, aby

osoby wykonujące zawód pielęgniarki, położne przez cały okres aktywności zawodowej ustawicznie doskonaliły swoje umiejętności zawodowe w celu odnawiania, rozszerzania i pogłębiania posiadanych kwalifikacji ogólnych i zawodowych⁹. Ustawodawca w zakresie definicji zawodu do wykonywania określonego zbioru zadań (zespołu czynności) wymaga kwalifikacji zawodowych zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki, definiując je jako „układy wiedzy i umiejętności wymagane do realizacji składowych zadań zawodowych”. Termin „umiejętność” został zdefiniowany przez ustawodawcę na potrzeby rynku pracy jako sprawdzona możliwość wykonania odpowiedniej klasy zadań w ramach zawodu (specjalności)¹⁰. Kwalifikacje obejmują wiedzę teoretyczną wraz z umiejętnościami praktycznymi. Natomiast specjalizacja jest pojęciem węższym od zawodu, jest traktowana jako wynik podziału pracy w ramach zawodu, wymaga pogłębionej lub dodatkowej wiedzy i umiejętności, zdobytych w wyniku dodatkowego szkolenia lub praktyki¹¹. Specjalizacja kwalifikacji danego zawodu wyznacza niezbędny kierunek przygotowania zawodowego. Potwierdzeniem spełnienia stawianych wymogów przez pielęgniarkę, położną w trakcie specjalizacji w zakresie wykonywania działań medycznych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej jest konieczność przedłożenia materialnego dowodu posiadania kwalifikacji i dowodu formalnego. Istotą dowodu materialnego jest faktyczne wykazanie przez kandydata jego umiejętności zawodowych, czyli wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania określonych czynności medycznych. Dowodem formalnym jest dokument potwierdzający przebieg specjalizacji, jak i jej pozytywnego ukończenia.

Obowiązek postępowania zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi ustawodawca formułuje bezpośrednio względem osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej, zarówno w przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.), jak również gdy nie zachodzi stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Innymi słowy, w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki ustawodawca nie przewiduje *expressis verbis* sytuacji uzasadniających podejmowanie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki udzielania świadczeń zdrowotnych przekraczających posiadane przez te osoby kwalifikacje zawodowe. Zakres udzielanych świadczeń związany jest z przygotowaniem zawodowym. Należy zauważyć, że wiele świadczeń zdrowotnych, które pielęgniarka może wykonywać samodzielnie, można wykonać pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego czy uzyskania specjalizacji w danej dziedzinie¹².

W razie wykonywania świadczeń przez osoby nieuprawnione szpital będzie ponosił odpowiedzialność materialną wobec ewentualnego poszkodowanego. Przyjęta koncepcja odpowiedzialności szpitala za każdą osobę zatrudnioną, bez potrzeby wskazywania rodzaju i stopnia winy, jest dopuszczeniem przyjęcia szczególnej postaci faktycznego domniemania braku postępowania zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej po stronie osób wchodzących w skład personelu szpitala, o ile nie budzi wątpliwości istnienia wysokiego praw-

dopodobieństwa związku przyczynowego między wyrządzoną szkodą a postępowaniem jednej z tych osób. Szpital ponosi wówczas odpowiedzialność za wszystkie osoby zatrudnione w danym oddziale, które wykonywały pracę w dniu wyrządzenia szkody i były odpowiedzialne za prawidłowe postępowanie, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Warunek uwzględnienia aktualnego stanu wiedzy medycznej powinien być odnoszony nie tylko do dostępnej pielęgniarce, położnej wiedzy ogólnej, ale również do aktualnej wiedzy o konkretnym przypadku chorobowym.

Pojęcie „aktualna wiedza medyczna” jest terminem wieloznacznym – często wiedza dotycząca określonego przypadku chorobowego jest niejednoznaczna. Związane jest to z bardzo szybkim rozwojem medycyny, a nowe techniki są szybko zarzucane, ponieważ pojawiają się kolejne. Tym samym nie ma stałych i niezmiennych reguł postępowania medycznego¹³. Co więcej, w jednym czasie istnieją w środowisku medycznym szkoły reprezentujące odmienne stanowiska dotyczące danego sposobu postępowania. „Rozbieżności między przedstawicielami różnych kierunków wiedzy medycznej dotyczą nie tylko konkretnych metod czy środków leczniczych, ale i kardynalnych zasad. Stąd trudności w jasnym ustaleniu, co w konkretnym przypadku mieści się w zakresie *lege artis*, a co już nie, zwłaszcza gdy chodzi o nowe metody, co do których toczą się jeszcze spory i istnieją nie tylko rozbieżności, ale także ścierają się przeciwne poglądy”¹⁴. Współcześnie uznaje się co do zasady równość wszelkich reprezentowanych w nauce kierunków i większość doktryny opowiada się za umożliwieniem pacjentowi wyboru jednej z nich, po dokładnym omówieniu alternatywnych metod i ich konsekwencji. Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez miarodajne koła naukowe, opowiadające się za przyjętym poglądem, który nie podlega dyskusji oraz oparty jest prawie na jednomyślności.

Bardzo istotna jest tu przesłanka czasu oceny zgodności postępowania medycznego ze stanem dostępnej wiedzy medycznej. Przy ocenie postępowania medycznego należy wziąć pod uwagę stan wiedzy medycznej z chwili wdrożenia danego postępowania (lub jego braku) wedle zasad obowiązujących w nauce i praktyce medycznej.

Zasadą jest powstrzymanie się od stosowania niesprawdzonych metod, które znajdują się jeszcze na etapie eksperymentów i nie uzyskały dostatecznego uznania w środowisku medycznym, ponieważ jest to związane z wysokim ryzykiem, oraz od stosowania czynności zarzuconych, co do których stwierdzono, że są nieskuteczne, błędne czy niebezpieczne. Niekwestionowanym obowiązkiem każdej osoby wykonującej zawód medyczny jest stosowanie czynności (procedur) powszechnie uznanych za prawidłowe¹⁵.

Zasadą jest, że lekarzowi ani żadnej innej osobie wykonującej zawód medyczny nie wolno stosować środków powszechnie odrzuconych, a z drugiej strony nie mają oni obowiązku stosowania metod powszechnie uznanych za konieczne¹⁶. Trzeba tu wyraźnie podkreślić, iż na wybranie i zastosowanie określonej metody zgodę wyraża pacjent (bądź jego przedstawiciel). Pielęgniarka, położna ma obowiązek zastosowania się do woli pacjenta i zastosowania tej metody, na którą pacjent,

po uzyskaniu informacji o alternatywnych sposobach postępowania, wyrazi zgodę, ale oczywiście tylko wtedy, gdy metoda ta mieści się w granicach wyznaczonych przez obowiązujące reguły medyczne *lege artis*. Nie można zmuszać pacjenta do poddania się takim czynnościom medycznym, które według osoby je wykonującej są skuteczniejsze. Należy uszanować wolę pacjenta, a osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo ingerowania w nią tylko ze względu na dobro pacjenta¹⁷.

Zgodność z regułami *lege artis* dotyczy zarówno wskazań do określonego postępowania (celowości), jak i sposobu jego przeprowadzania. Aktualnej wiedzy medycznej musi zatem odpowiadać nie tylko metoda diagnostyki, leczenia, pielęgnacji czy innego rodzaju czynności medycznej, ale i zastosowane leki i wyroby medyczne oraz sposób działania. Wymóg przestrzegania aktualnej wiedzy medycznej należy rozpatrywać zawsze w odniesieniu do konkretnego przypadku, z uwzględnieniem okoliczności towarzyszących dokonywanym czynnościom¹⁸.

Dla zdefiniowania danego zdarzenia jako niezgodne z zasadami wiedzy konieczne jest z jednej strony odwołanie się do obiektywnych reguł naukowych, uznanie za właściwy pewnego modelu postępowania w danym wypadku, a z drugiej strony udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy personel szpitala uczynił zadość tym regułom. Tę drogę postępowania potwierdzono już w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1953 r., II K 811/53, „medycyna, która obecnie należy do nauk ścisłych, nie różni się zasadniczo od innych nauk badających rzeczywistość, dlatego nie tylko lekarz, ale również pielęgniarka, położna powinna opierać się na osiągnięciach wiedzy medycznej jako podstawie doboru metod i środków oraz przewidywania skutków swego postępowania w konkretnym wypadku. Każda czynność medyczna zawsze związana jest z określonym elementem ryzyka. Nie jest możliwe zagwarantowanie pacjentowi pozytywnego efektu czynności medycznej. Często z przyczyn niezależnych od osoby wykonującej określone czynności medyczne nie jest możliwe osiągnięcie celu, jakim jest wyleczenie pacjenta¹⁹. Prawo chroni przed odpowiedzialnością osoby wykonujące zawody medyczne, które przestrzegały wiedzy medycznej w przypadku negatywnych konsekwencji wykonanych przez nie czynności.

POSTĘPOWANIE ZGODNE Z POSIADANYMI KWALIFIKACJAMI

Ustawodawca w analizowanej definicji zawodu pielęgniarki do udzielania świadczeń zdrowotnych wymaga kwalifikacji zawodowych zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki, definiując je na potrzeby rynku pracy jako „układy wiedzy i umiejętności wymagane do realizacji składowych zadań zawodowych”²⁰. Tym samym ustawodawca opiera kwalifikacje zawodowe na dwóch elementach: „wiedzy” i „umiejętności”. Termin „wiedza” nie został przez ustawodawcę zdefiniowany. Współcześnie wiedzę definiuje się jako ogół wiarygodnych informacji o rzeczywistości wraz z umiejętnością ich wykorzystywania. Natomiast termin „umiejętność” został zdefiniowany przez ustawodawcę jako sprawdzona możliwość wykonania odpowiedniej klasy zadań w ramach zawodu (specjalności)²¹. Na gruncie nauk prawnych C. Kosikowski przyjmuje, iż kwalifikacje obejmują wiedzę teoretyczną wraz z umiejętnościami

praktycznymi, potwierdzonymi przez uprawniony do tego organ w formie odpowiedniego dokumentu, na podstawie którego można wykonywać zawód (a także prowadzić działalność gospodarczą, jeśli prawo tego wymaga)²². K. Wojtczak wskazuje na niejednolity zakres ujmowania przez ustawodawcę pojęcia „kwalifikacje zawodowe”, od sformułowania jedynie wymaganego wykształcenia, po konieczność spełnienia warunków dodatkowych²³.

Osoba wykonująca zawód pielęgniarki ma ustawowy obowiązek postępowania zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, zarówno w przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu świadczeń zdrowotnych mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.), jak również, gdy nie zachodzi stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Innymi słowy, w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki ustawodawca nie przewiduje *expressis verbis* sytuacji uzasadniających udzielanie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki świadczeń zdrowotnych przekraczających posiadane przez te osoby kwalifikacje zawodowe. Zakres udzielanych świadczeń związany jest z przygotowaniem zawodowym. Należy zauważyć, że wiele świadczeń zdrowotnych dopuszczonych do wykonania przez pielęgniarkę (położną) samodzielnie, możliwych jest do wykonania pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego czy specjalizacji w danej dziedzinie. Podjęcie się czynności, do których nie ma ona odpowiedniej wiedzy i umiejętności, może być poczytane, za winę pielęgniarki²⁴.

Minister Zdrowia biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje (np. konieczność posiadania odpowiedniego kursu lub specjalizacji) oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, na podstawie delegacji ustawowej określił w drodze rozporządzenia (art. 6 u.z.p.p.)²⁵:

1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę;

2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego;

3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę do celów diagnostycznych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego;

4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;

5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę.

Dla zdefiniowania danego zdarzenia jako niezgodne z zasadami wiedzy konieczne jest z jednej strony odwołanie się do obiektywnych reguł naukowych, (...) a z drugiej strony udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy personel szpitala uczynił zadość tym regułom. Tę drogę postępowania potwierdzono już w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1953 r. (...) „medycyna, która obecnie należy do nauk ścisłych, nie różni się zasadniczo od innych nauk badających rzeczywistość, dlatego nie tylko lekarz, ale również pielęgniarka, położna powinna opierać się na osiągnięciach wiedzy medycznej jako podstawie doboru metod i środków oraz przewidywania skutków swego postępowania (...)

De lege ferenda – treść rozporządzenia powinna zmniejszać pole ewentualnych konfliktów co do sporów kompetencyjnych (pozytywnych, jak i negatywnych) w zakresie kompetencji lub ich braku do wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych. Pomimo tak wielu argumentów przemawiających na rzecz samodzielności zawodu pielęgniarki pozostają kwestie niejednoznaczne w swej interpretacji.

W ww. akcie wykonawczym Minister Zdrowia wprowadził obowiązek poinformowania lekarza o każdej samodzielnej czynności wykonanej przez pielęgniarkę, położną²⁶. Cel takiej regulacji może być wyjaśniony pozycją lekarza jako co najmniej koordynatora procesu świadczenia zdrowotnego. Jednak fachowa literatura pielęgniarska ocenia takie rozwiązanie jako samodzielność iluzoryczną, a zakres samodzielności przypisywany w prawie pielęgniarkom jako zbyt wąski względem uzyskiwanych kwalifikacji i umiejętności zawodowych²⁷. Z kolei Kodeks etyki pielęgniarek i położnych (KEPP) ujmuje kwestię przekazywania informacji w innym kontekście, zobowiązując pielęgniarkę, położną do przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz informacji o popełnionym błędzie (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta) odpowiednim osobom z zespołu terapeutycznego, a taką osobą jest niewątpliwie lekarz.

Podjęcie się przez pielęgniarkę wykonania pielęgniarskiego działania medycznego, do którego pielęgniarka nie posiada właściwych kwalifikacji, a które wymaga interwencji specjalisty z zakresu pielęgniarstwa, stanowi postępowanie pielęgniarki oceniane ujemnie ze względu na naruszenie przezeń obowiązków zawodowych. Ponadto, przywołane zachowanie pielęgniarki może zostać uznane za subiektywny element winy, jeżeli w wyniku działań pielęgniarki niemającej odpowiednich kwalifikacji zawodowych pacjent poniesie szkodę w rozumieniu prawa cywilnego.

Ustalanie samodzielnego zakresu czynności zawodowych wymaga od Ministra Zdrowia uwzględnienia wiedzy i umiejętności, które nabywają pielęgniarki w trakcie studiów licencjackich i magisterskich (kształcenie przeddyplomowe) oraz kompatybilności zapisów ww. rozporządzenia z rozporządzeniem dotyczącym dalszego kształcenia podyplomowego. Dotychczas w Polsce nie wypracowano transparentnych zasad pomiędzy poziomem uzyskanych kwalifikacji pozwalających na zdobycie nowych umiejętności, a stopniowym rozszerzaniem zakresu samodzielności zawodowej (a tym samym drogi ewentualnego awansu zawodowego). Na dzień dzisiejszy brak systematyczności i wizji modelu docelowego uregulowania tych kwestii²⁸, w przeciwieństwie do rozwiązań przyjętych w np. Danii, Finlandii, Grecji, Holandii, Norwegii²⁹.

POSTĘPOWANIE Z DOCHOWANIEM NALEŻNEJ STARANNOŚCI I REGUŁ OSTROŻNOŚCI

Postępowanie osoby wykonującej zawód pielęgniarki, położnej z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej i zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi nie wyklucza jednocześnie postępowania niedbałego czy nieostrożnego. Od pielęgniarki, położnej wymaga się postępowania z należytą starannością (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). Warunek ten znajduje się również potwierdzenie w KEPP, a postępowanie naruszające takie standardy uznaje się za nieetyczne.

Należyta staranność jest pojęciem właściwym dla prawa cywilnego, częściowo zdefiniowanym w art. 355 k.c., zgodnie z którym staranność należyta to taka, która jest ogólnie wymagana w stosunkach danego rodzaju³⁰. Choć osoba wykonująca zawód pielęgniarki jest zobowiązana uczynić wszystko, aby zamierzony rezultat osiągnąć, to nie może odpowiadać za brak pomyślności pielęgniarskich czynności zawodowych, który ze względu na stopień zaawansowania choroby, nie zawsze jednakową i możliwą do przewidzenia reakcję organizmu, nie jest absolutnie pewny.

Niedochowanie należytej staranności może mieć zarówno charakter subiektywnego uchybienia, jak również uchybienia obiektywnego. Subiektywne uchybienie oznacza, że pielęgniarka, położna nie wykonuje danej czynności starannie, nie wykazuje przy jej wykonywaniu wysokiego stanu koncentracji na tym co czyni, czyli innymi słowy „nie stara się” działać efektywnie. Subiektywne uchybienie to takie postępowanie pielęgniarki, położnej które może dotyczyć zarówno techniki medycznej (nieuwaga, lekceważenie, nieuzasadniony pośpiech, niewiedza pielęgniarki, nieostrożność postępowania), jak również może dotyczyć technik niemedyycznych (m.in. porzucenie pacjenta, brak koniecznego nadzoru, odmowa udzielenia pomocy, niesprawowanie należytej opieki nad chorym, niepowiadomienie lekarza w sytuacji gdy jest to konieczne, niezastosowanie odpowiedniego nadzoru pooperacyjnego nad pacjentem, niezastosowanie odpowiedniego nadzoru nad pacjentem, wobec którego zastosowano środek przymusu bezpośredniego).

Obiektywne uchybienie należytej staranności oznacza, że pielęgniarka, położna nie wykonuje danej czynności starannie, ponieważ nie przestrzega reguł, pozwalających rozsądnie liczyć na efektywne i bezpieczne jej zrealizowanie. Owe reguły są regułami działalności praktycznej. Obiektywne uchybienie to każde zachowanie się niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa, zasadami etycznymi, bądź w ogóle z obowiązkiem staranności, jaką każdy człowiek w społeczeństwie powinien przestrzegać, aby drugiemu szkody nie wyrządzić.

Przy istnieniu indywidualnej umowy pomiędzy pacjentem (jego przedstawicielem) a pielęgniarką (położną) obiektywny element niestaranności tkwi już w samym niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu tej umowy.

Ustalaniu zasad należytego postępowania służą pielęgniarkom, położnym opracowane w ciągu ostatnich lat zalecenia, wytyczne, standardy i procedury dokonywania określonych rodzajów świadczeń pielęgniarskich (położniczych (tzw. standaryzacja pracy)³¹. Standaryzacja poszczególnych czynności medycznych procesu świadczenia zdrowotnego może być efektem pracy: powołanych przez państwo niezależnych podmiotów o zasięgu ogólnokrajowym (takim podmiotem jest Agencja Oceny Technologii Medycznych)³²; realizacja ustawowych kompetencji Ministra Zdrowia poprzez wydawanie w drodze rozporządzeń wykonawczych standardów postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń (art. 22 ust. 5 u.dz.l.); narzucenie pewnych wyborów co do sposobu pracy w drodze kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia³³, ale także wytyczne czy standardy wydawane przez stowarzyszenia i towarzystwa naukowe czy nieformalne grupy naukowe tego samego lub różnych ośrodków badawczych – opracowywane pod kierunkiem wybitnych autoritetów na gruncie nauk medycznych.

Niezależnie od stworzenia i wdrażania standardów zewnętrznych w podmiocie leczniczym, każda osoba wykonująca zawód pielęgniarki jest zobowiązana w zakresie sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych do postępowania zgodnego z regulaminem organizacyjnym podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, czyli poddania się standaryzacji wewnętrznej podmiotu leczniczego, która często jest efektem dobrowolnego poddania się zewnętrznym normom jakości (art. 23 u.dz.l. w zw. z art. 4 ust. 2 u.dz.l.). Z tym jednak zastrzeżeniem, że postanowienia regulaminu organizacyjnego nie mogą naruszać standardów określonych w przepisach prawa.

Poszanowanie przez pielęgniarkę, położną zasady postępowania z należytą starannością wymaga od niej udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających prawnym wymogom fachowym i sanitarnym (art. 8 u.p.p.). Warunki, jakie w tym zakresie ma spełniać podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, określa art. 22 u.dz.l. Realizacja przez pielęgniarkę, położną tego obowiązku podlega kontroli (sprawdzeniu) przez organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą świadczeń zdrowotnych,

Obiektywne uchybienie należytej staranności oznacza, że pielęgniarka, położna nie wykonuje danej czynności starannie, ponieważ nie przestrzega reguł, pozwalających rozsądnie liczyć na efektywne i bezpieczne jej zrealizowanie. (...) Obiektywne uchybienie to każde zachowanie się niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa, zasadami etycznymi, bądź w ogóle z obowiązkiem staranności (...) aby drugiemu szkody nie wyrządzić. Przy istnieniu indywidualnej umowy pomiędzy pacjentem (...) a pielęgniarką (...) obiektywny element niestaranności tkwi już w samym niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu tej umowy.

tnz. w odniesieniu do podmiotu leczniczego – właściwy wojewoda, a w odniesieniu do zawodowych praktyk pielęgniarskich – okręgowa rada pielęgniarek i położnych (art. 111 w zw. z art. 106 u.d.z.l.). Ponadto prawo do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych co do zgodności ich działalności z przepisami prawa ma także minister właściwy do spraw zdrowia (art. 118 ust. 1 u.d.z.l.).

Zasada należytej staranności ma na celu minimalizowanie ryzyka związanego z czynnościami podejmowanymi w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego, tzn. by przedsięwzięta czynność była efektywna, bezpieczna dla pacjenta i sprawnie wykonana. Redukcja tego ryzyka ma się odbyć dzięki przyswojeniu przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki, położnej norm, standardów, procedur, zleceń uznawanych w działalności leczniczej.

Pielęgniarka, położna która wykonuje określoną czynność w zgodzie zarówno z aktualnym stanem wiedzy, jak i z należyłą starannością, nie jest prawnie odpowiedzialna za niewłaściwy skutek, który z owej czynności by wyniknął. Pielęgniarcę, położną nie grozi w takich okolicznościach ani odpowiedzialność cywilna, tzw. deliktowa, ani co do zasady odpowiedzialność cywilna, tzw. kontraktowa³⁴, ani odpowiedzialność karna za tzw. materialne (skutkowe) przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu. Jak wskazują M. Boratyńska, P. Konieczniak, „(...) działa z należyłą starannością ten, kto zarówno przestrzega owych reguł zobiektywizowanych, będących pochodną aktualnego stanu wiedzy specjalistycznej (medycznej i pozamedycznej), ale także wiedzy potocznej i zdrowego rozsądku, jak też – jednocześnie – działa z takim natężeniem uwagi, jakiego wymaga obecna sytuacja”³⁵.

Reasumując, zarówno naruszenie zasad wiedzy medycznej przy dokonywaniu czynności medycznych, jak i wymogu zachowania należytej staranności może stanowić naruszenie ogólnych zasad ostrożności. Każde przekroczenie zasad ostrożności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych prowadzi do takich samych skutków. Niezależnie więc od tego, czy negatywne skutki były wynikiem niewykorzystania aktualnej wiedzy medycznej, czy innego naruszenia uznanych zasad ostrożności, mają one równorzędne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności prawnej pielęgniarki, położnej.

DEFINIOWANIE I KLASYFIKOWANIE BŁĘDU PIELĘGNIARSKIEGO

Zwykle pacjenci i ich rodziny sądzą, że pielęgniarka, położna popełniła błąd, jeżeli wynik udzielania świadczeń pielęgniarskich nie jest taki, jakiego oczekiwano. Nigdy nie przypuszczają, że niepomyślny, a więc inny od oczekiwanego rezultat, był spowodowany czymś innym, że zapobiegnięcie ujemnym skutkom choroby leżało poza granicami możliwości zarówno pielęgniarki, położnej, nawet jeżeli były nimi najbardziej doświadczone i staranne profesjonalistki. Bywa, że uzyskanie dobrego wyniku postępowania medycznego utrudnia osobnicza tolerancja, a także w niektórych przypadkach zaniedbania samego pacjenta. O ryzyku niepowodzenia pielęgniarka, położna powinna pamiętać, a uświadomienie sobie tego powinno stanowić dodatkowy bodziec do większej staranności.

W czasie stacjonarnego udzielania świadczeń zdrowotnych to pielęgniarki, nie lekarze, mają najbliższy i praktycznie nieustanny kontakt z pacjentem. Znaczenie opieki pielęgniarskiej nie da się przecenić. Pielęgniarki bardziej niż lekarze decydują o powodzeniu terapii, zwłaszcza u ciężko i przewlekle chorych, dla których troskliwa opieka pielęgniarska, pocztywanie oddziałuje psychoterapeutycznie. Z drugiej strony niesumienne pielęgniarka potrafi zniweczyć znaczną część wyników terapii.

Fachowość pielęgniarki, położnej oceniamy dwójako: czy poprawnie wykonane zostały wszystkie zlecone procedury, oraz czy całodobowa opieka pielęgniarska – w najszerszym znaczeniu tego pojęcia – była wykonana zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz oczekiwaniami. Praktyka pokazuje, że pozycja zawodu pielęgniarki, położnej jest tym wyższa, im wyżej zorganizowany i wyposażony jest podmiot leczniczy. W wielu nowoczesnych, dobrze wyposażonych i zorganizowanych podmiotach leczniczych, zdecydowanie maleje rola lekarza w toku bezpośredniej opieki nad pacjentem. W zasadzie ogranicza się do zbadania chorych, wydania zleceń lekarskich, a nade wszystko do wykonania zabiegu operacyjnego, oraz do bezpośrednich kontaktów podczas rutynowych obchodów lekarskich, które mają służyć bieżącemu kontrolowaniu postępu terapii. Fundamentalne znaczenie odgrywają obserwacje poczynione przez pielęgniarkę, położną i przekazywane lekarzom, a na bieżąco zapisywane w dokumentacji medycznej pacjenta. Podział zadań we współczesnych podmiotach leczniczych sprawia, że liczne czynności medyczne są wykonywane samodzielnie przez pielęgniarki, położne. Związane jest to ze wzrostem kwalifikacji zawodowych i w konsekwencji odpowiedzialności. Za niepowodzenie terapii i popełniane błędy odpowiedzialne są wszystkie osoby biorące udział w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Błąd, czyli sprzeczność z zasadami wiedzy i praktyki medycznej, może mieć miejsce w każdej fazie szeroko rozumianego procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. W literaturze prawniczej można znaleźć różne propozycje podziałów błędów przypisywanych wykonywaniu zawodów medycznych. Najczęściej dotychczas spotykany podział wyróżnienia błędów obejmuje: diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny i organizacyjny. W zależności na jakim etapie postępowania medycznego miało miejsce naruszenie reguł ostrożności, wyróżniony został błąd diagnostyczny i terapeutyczny. Wydzielenie dwóch pozostałych rodzajów błędów (technicznego i organizacyjnego) opiera się na odmiennym kryterium związanym z istotą, charakterem naruszenia wymaganej ostrożności. Należy zaznaczyć, że błędy techniczne i organizacyjne nie zawsze są równoznacznie błędami w stricto medycznymi (w sztuce pielęgniarskiej), ponieważ geneza związana jest z określeniem jako błąd każdego rodzaju naruszenia zasad ostrożności, także zwykłych zaniedbań czy omyłek, których sprawcą może być każdy udzielający świadczeń zdrowotnych, a zatem każda pielęgniarka, położna³⁶.

W literaturze można też znaleźć inne propozycje podziału. Z. Marek zaproponowała podział na błędy: decyzyjne, wykonawcze, organizacyjne i opiniotwórcze. Zgodnie z zapropo-

nowanym podziałem błęd decyzyjny – niepoprawne decyzje w zakresie rozpoznania choroby i wyboru terapii, błąd wykonawczy – niepoprawne wykonywanie decyzji podjętych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, błąd organizacyjny – niepoprawne decyzji decydentów w systemie opieki zdrowotnej oraz błąd opiniodawczy to błąd związany z wydaniem decyzji opinii i zaświadczeń³⁷.

Na poczet dalszych rozważań nad błędem pielęgniarskim wyodrębniłam błęd: decyzyjny, wykonawczy i organizacyjny.

Najogólniej medyczny błąd pielęgniarski oznacza naruszenie przez pielęgniarkę, położną (świadomej tego, że podejmuje czynność medyczne) obowiązujących jej w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności³⁸.

BŁĄD WYKONAWCZY LUB BŁĄD TECHNICZNY

Błąd wykonawczy, czyli niepoprawne wykonywanie prawidłowych zleceń lekarskich. Najogólniej, pod tym pojęciem błędu wykonawczego rozumiemy takie wykonywanie zlecenia, w wyniku którego powstała szkoda, nawet w postaci zbędnego przedłużenia leczenia, czy inne poważne skutki. Warunkiem uznania błędu za wykonawczy jest wykazanie, że wszystkie szkody poniesione przez pacjenta były wynikiem nieprawidłowego wykonania prawidłowego zlecenia przez pielęgniarkę, położną, współpracujących z lekarzem. Pielęgniarka, położna są bardzo ważnymi podmiotami w złożonym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza gdy lekarz może tylko w ograniczonym zakresie sprawować nad nimi merytoryczny nadzór. Jeżeli więc zlecenie było poprawne, to osoba je wykonujące ma obowiązek bezbłędnie wykonywania zlecenia i to wykonawca zlecenia odpowiada wówczas za skutki popełnionego błędu.

Błąd wykonawczy, inaczej nazywany błędem technicznym jest to wadliwe pod względem technicznym przeprowadzenie czynności medycznej. Nieprawidłowe pod względem technicznym wykonanie ma najczęściej miejsce przy trudnych, skomplikowanych czynnościach medycznych. Błędy wykonawcze mogą być związane z niezastosowaniem się pielęgniarki, położnej do ogólnych zasad ostrożności wymaganych w tej dziedzinie albo niezachowaniem reguł prawnych. Do kategorii błędów w sztuce pielęgniarskiej zaliczone zostaną te błędy wykonawcze, przy ocenie których należy się odwołać do zasad wiedzy, a w szczególności reguł praktyki medycznej. Zatem błąd wykonawczy jest równocześnie błędem medycznym, jeśli działanie lekarza stanowi naruszenie reguł wiedzy medycznej, które może być stwierdzone jedynie przez specjalistów z za-

kresu tej dziedziny. Pozostałe błędy wykonawcze, które mogą być stwierdzone bez potrzeby odwoływania się do specjalistycznej wiedzy medycznej, ponieważ polegają na naruszeniu ogólnie znanych i przyjętych zasad ostrożności, stanowią zwykłą pomyłkę lub zaniedbanie pielęgniarki, położnej.

Przykładem błędów wykonawczy są np. podanie nieprawidłowej dawki lub stężenia leku, użycie niesprawnego sprzętu, podanie leku o nieprawidłowym czasie, podanie leku innemu pacjentowi, nieprawidłowa droga podania leku, nieprawidłowe monitorowanie pacjenta czy przekroczenie kompetencji zawodowych.

Ponieważ w praktyce odnośnie pielęgniarki, położnej wystąpienie błędu wykonawczego związane jest z nieprawidłowym wykonywaniem prawidłowego zlecenia lekarskiego, kilka uwag na temat, zasad wykonywania zlecenia lekarskiego.

Zasad wydawania i realizacji zlecenia lekarskiego nie reguluje ustawa lekarska z 1996 r., a jedynie w sposób ogólny art. 58 KEL. S. Olejnik stanowczo i jednoznacznie komentując tę regulację, podkreśla kluczową i niekwestionowaną rolę lekarza w procesie leczenia, stwierdza też, że zlecenia wydane przez lekarza powinny być jasne i zrozumiałe, „nie mogą przekraczać możliwości osoby, której są przekazywane, ani granic przysługującej personelowi medycznemu autonomii zawodowej”³⁹. Autor ten podkreśla, że lekarz nie ma obowiązku uzasadniania zleceń przekazywanych do wykonania, a udzielanie odpowiedzi na stawiane ewentualnie przez personel medyczny pytania dotyczące wydanego zlecenia ujmuje nie w kategoriach obowiązku, ale w kategoriach życzliwości i szacunku dla osoby stawiającej takie pytanie⁴⁰. Nieco inaczej problem ten reguluje w art. 12 i 15 u.z.p.⁴¹

Zlecenie lekarskie jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Zlecenie lekarskie jest swoistym potwierdzeniem tego, na co lekarz uzyskał zgodę pacjenta w zakresie procesu leczenia. Lekarz przed wydaniem zlecenia pielęgniarce, położnej, jest co do zasady zobowiązany do uzyskania poinformowanej zgody pacjenta (art. 16 w zw. z art. 9 u.p.p.). Istota samodzielnego wykonywania zawodu medycznego ma służyć odbiorcy świadczenia lub usługi, a osoba samodzielna zawodowo daje gwarancję swojemu pacjentowi (klientowi), że w trakcie wykonywania świadczenia lub usługi nie będzie zobowiązana do respektowania niczyich poleceń zagrażających jego zdrowiu lub życiu. Nie podlega żadnej wątpliwości, że w procesie leczenia główną rolę odgrywa lekarz stawiający rozpoznanie i wydający zlecenie lekarskie co do sposobu leczenia. I w tym zakresie personel pielęgniarski (położnych) pozostaje do jego dyspozycji, z uwzględnieniem ustawowego upoważnienia do

Błąd wykonawczy, inaczej nazywany błędem technicznym jest to wadliwe pod względem technicznym przeprowadzenie czynności medycznej. Nieprawidłowe pod względem technicznym wykonanie ma najczęściej miejsce przy trudnych, skomplikowanych czynnościach medycznych. Błędy wykonawcze mogą być związane z niezastosowaniem się pielęgniarki, położnej do ogólnych zasad ostrożności wymaganych w tej dziedzinie albo niezachowaniem reguł prawnych. Do kategorii błędów w sztuce pielęgniarskiej zaliczone zostaną te błędy wykonawcze, przy ocenie których należy się odwołać do zasad wiedzy.

podejmowania i/lub wykonywania samodzielnych czynności zawodowych. Obowiązek wykonania zlecenia lekarskiego jest nakazem ustawowym. Zlecenie lekarskie ma charakter uniwersalny, niezależny od prawnej formy wykonywania danego zawodu medycznego i już z tego względu nie stanowi ono polecenia pracowniczego. Uchylenie się od tego nakazu wymaga zachowania ustawowej procedury postępowania.

Zlecenie lekarskie jest konstrukcją prawa administracyjnego, co do zasady musi mieć formę pisemną i musi być odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 i 2 u.z.p.p.). Nie jest kierowane do oznaczonego co do tożsamości wykonawcy. Zlecenie lekarskie zawiera imię i nazwisko pacjenta, któremu określone działanie medyczne ma być wykonane. Może je wykonać tylko taka pielęgniarka lub położna, która w zakresie zleconego działania medycznego posiada wymagane kwalifikacje (*a contrario* art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

Pisemne potwierdzenie wykonania zlecenia lekarskiego jest informacją zwrotną dla zlecającego lekarza (oraz innych osób włączonych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych, np. konsultanta czy lekarzy biorących udział w konsylium lekarskim) o przebiegu podejmowanych czynnościach medycznych. Pielęgniarka, położna ma prawo i obowiązek poinformowania lekarza o ewentualnych spostrzeżeniach poczynionych względem pacjenta w następstwie wykonanego zlecenia. Lekarz, pielęgniarka i położna nie mają obowiązku dochowania warunku pisemności zleceń lekarskich i ich potwierdzania tylko wyjątkowo, w trakcie wykonywania działań medycznych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 15 ust. 2 u.z.p.p.)⁴². Zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej zawsze są wykonywane na podstawie pisemnego zlecenia lekarskiego (art. 25 i 26 ust. 2 u.d.l.).

Przed wykonaniem zlecenia lekarskiego pielęgniarka, położna ma zawsze prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.). Zakres przekazywanych przez lekarza informacji pielęgniarce, położnej nie wymaga zgody pacjenta. Jest to wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej (art. 14 ust. 2 pkt 4 u.p.p.). Tym samym na lekarzu ciąży obowiązek przekazywania pielęgniarce, położnej takich informacji. Pomimo uzyskania tych informacji, dodatkowo w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka, położna ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego

Przed wykonaniem zlecenia lekarskiego pielęgniarka, położna ma zawsze prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (...). Zakres przekazywanych przez lekarza informacji pielęgniarce, położnej nie wymaga zgody pacjenta. Jest to wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej (...)

wykonania (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.). Ustawa pielęgniarka nie precyzuje, jakie powinny to być „wątpliwości”. Należy jednak przyjąć, że chodzi tu przede wszystkim o wątpliwości natury medycznej. Lekarz ma formalny obowiązek spełnić tę prośbę. Formalnie prawo obowiązuje gdy zostało właściwie ustanowione i ogłoszone. W praktyce codziennej pielęgniarki, położne mogą spotykać się ze zjawiskiem braku rzeczywistego przestrzegania prawa, czyli braku zgodności zachowań adresatów normy (czyli lekarzy) z tą normą.

Zgodnie z zapisem ustawowym art. 15 u.z.p.p. pielęgniarka, położna bez względu na formę wykonywania zawodu nie jest zobowiązana do zgłoszenia przełożonemu (w przypadku zatrudnienia pracowniczego), zlecającemu (w przypadku zatrudnienia niepracowniczego) **zamiaru** domagania się uzasadnienia

potrzeby wykonania zlecenia od lekarza zlecającego, ani nie jest zobowiązana do uprzedniej konsultacji ze specjalistą z dziedziny pielęgniarstwa, położnictwa. Szczególnie brak tego ostatniego wymogu uważam za istotny mankament, ponieważ w przypadku jakichkolwiek działań podających w wątpliwość zasadność wykonania zlecenia lekarskiego, należy zadbać o wyczerpanie możliwości zbadania zasadności tego zlecenia w zakresie własnej samodzielnej grupy zawodowej. Pielęgniarka, położna nie ma obowiązku odnotowywania, że domagała się od lekarza uzasadnienia wykonania zlecenia, a lekarz odmówił takiego uzasadnienia. Natomiast odnotowanie takiego faktu może mieć istotne znaczenie dla udowodnienia dochowania należytej staranności przed podjęciem ostatecznej decyzji pielęgniarki, położnej – tzn. odmowy wykonania zlecenia lekarskiego.

Pielęgniarka, położna może odmawiać wykonania zlecenia lekarskiego w kilku przypadkach. Po pierwsze, wstrzymanie się pielęgniarki, położnej od wykonania zlecenia lekarskiego może być podyktowane pojawieniem się, po podjęciu przez lekarza decyzji, nowych

okoliczności wymagających weryfikacji postępowania leczniczego lub wręcz jego zmiany. Pielęgniarka, położna może zaobserwować u pacjenta objawy wskazujące na konieczność wstrzymania i/lub wycofania się z kontynuacji zaordynowanego działania medycznego. Po drugie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z jej sumieniem. Po trzecie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez nią kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Kwestią otwartą jest, pielęgniarka, położna może odmówić wykonania świadczenia z przyczyn innych niż medyczne. Uważam jednak, że należy taką ewentualność dopuścić, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Dopuszczam tu okoliczności związane np. z agresyw-

nym zachowaniem pacjenta albo osoby będącej jego opiekunem (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.).

Pielęgniarka, położna musi podać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie swojemu przełożonemu lub osobie zlecającej (czyli lekarzowi), chyba że odmowa dotyczy czynności zleconych w sytuacji „stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego pacjenta” (art. 12 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.z.p.p.). Ponadto pielęgniarka, położna ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w innym podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.). Niezależnie od podania w formie pisemnej przyczyny odstąpienia od wykonania zlecenia lekarskiego, pielęgniarka, położna ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.).

Reasumując, można stwierdzić, że jedną z cech samodzielności zawodowej pielęgniarki, położnej bez względu na prawną formę zatrudnienia, jest margines swobody co do sposobu realizacji zleconej czynności medycznej, ale niekiedy także co do zakresu wykonywanych czynności zawodowych. Ustawodawca określił procedurę odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, która zostawia pielęgniarkę, położną samą z konsekwencjami podjętej decyzji. Uważam, że pielęgniarki czy położne, podobnie jak lekarze i lekarze dentyści, powinny wspierać się wzajemnymi opiniami czy konsultacjami w procesie wykonywania czynności zawodowych. Ustawa lekarska w wielu miejscach stanowi, że lekarz przed podjęciem ważnej decyzji powinien zasięgnąć opinii innego lekarza, najlepiej tej samej specjalności, albo zwołać konsylium lekarskie. Na gruncie odpowiedzialności cywilnej tego rodzaju wspieranie się lekarzy jest oceniane jako realizacja obowiązku należytej staranności. Dobrze aby podobne regulacje znalazły się w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

Pod rozwagę przedkładałam następujący tryb postępowania przed podjęciem decyzji o odmowie wykonania zlecenia lekarskiego (ale również w sytuacji odmowy udzielenia pacjentowi świadczenia bez zlecenia lekarskiego). Zanim pielęgniarka czy położna zwróci się do lekarza o uzasadnienie zlecenia, powinna zasięgnąć opinii innej pielęgniarki lub położnej i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Jeżeli nadal będzie miała uzasadnione wątpliwości, położna powinna mieć prawo żądania, a nie tylko domagania się uzasadnienia wydanego zlecenia. Dopiero zachowanie takiej drogi starannego postępowania mogłoby dawać pielęgniarce, położnej możliwość odmowy.

BŁĄD ORGANIZACYJNY

Na wstępie należy zaznaczyć, że błąd organizacyjny nie jest *stricto* medycznym błędem pielęgniarskim. Sama istota tego błędu neguje możliwość zaliczenia go do błędów medycznych, gdyż polega on na niedopełnieniu lub nienależyтым pełnieniu funkcji administracyjnych lub organizacyjnych, nie zaś na wadliwym wykonaniu czynności medycznej. Do stworzenia tej kategorii błędów przyczyniły się praktyczne względy związane z ustaleniem odpowiedzialności za negatywne skutki procesu udzielania świadczenia zdrowotnego, w przypadku gdy pielęgniarka, położna nie popełniła błędu, a szkoda

powstała w wyniku czynników niezależnych. Błąd organizacyjny interesuje nas w zakresie, w jakim niewłaściwa organizacja leczenia prowadzi do uszczerbku na zdrowiu lub życiu leczonego pacjenta. Są to więc przypadki, gdy podejmowane przez podmioty kierujące placówkami zdrowotnymi decyzje związane z zorganizowaniem pracy w tych miejscach mają negatywny wpływ na udzielane świadczenia zdrowotne. Innymi słowy, zła organizacja udzielania świadczenia zdrowotnego, za którą jest odpowiedzialna taka osoba, staje się przyczyną popełnienia błędu medycznego przez zatrudnione tam pielęgniarki, położne i w konsekwencji spowodowania ujemnych dla zdrowia pacjenta skutków. Dzięki wyodrębnieniu kategorii „błędu organizacyjnego” wyłania się możliwość, aby niektórzy poszkodowani pacjenci mogli dochodzić odszkodowania od podmiotu leczniczego w przypadkach, w których szkoda powstała w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych nie zależały od niepoprawnych działań pielęgniarki, położnej, lecz są następstwem decyzji kierujących podmiotem medycznym.

Najczęściej spotykanymi błędami organizacyjnymi są:

powierzenie pełnienia samodzielnie dyżuru osobie nieposiadającej odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia; niepoprawna praca zespołu, w którym jego kierownik odpowiedzialny nie dopilnowała właściwego rytmu pracy lub wykonywania zleceń; zaniebdania przy prowadzeniu dokumentacji medycznej, co uniemożliwia bieżącą kontrolę przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; niewłaściwe przechowywanie leków, wadliwe oznakowanie leków, niewystarczająca liczba personelu pielęgniarskiego, położniczego w stosunku do aktualnych potrzeb oddziału; nieprzestrzeganie czasu pracy i prawa do odpoczynku.

Przyczyną błędu wykonawczego może być także nieprzestrzeganie zależności służbowych czy też niewłaściwy podział kompetencji. Zła organizacja pracy może niejednokrotnie stać się przyczyną błędów technicznych w postaci pomyłek czy zaniedbań.

Błąd organizacyjny interesuje nas w zakresie, w jakim niewłaściwa organizacja leczenia prowadzi do uszczerbku na zdrowiu lub życiu leczonego pacjenta. Są to więc przypadki, gdy podejmowane przez podmioty kierujące placówkami zdrowotnymi decyzje związane z zorganizowaniem pracy w tych miejscach mają negatywny wpływ na udzielane świadczenia zdrowotne. Innymi słowy, zła organizacja udzielania świadczenia zdrowotnego, za którą jest odpowiedzialna taka osoba, staje się przyczyną popełnienia błędu medycznego przez zatrudnione tam pielęgniarki, położne i w konsekwencji spowodowania ujemnych dla zdrowia pacjenta skutków.

UWAGI KOŃCOWE

W pełni umotywowane jest zaliczenie do błędów medycznych, nieprawidłowości wynikających z błędów w zakresie działań należących do zawodowych obowiązków pielęgniarki czy położnej. W codziennej praktyce pielęgniarki, położnej szczególnie narażone są na popełnienie błędu wykonawczego. Z tego względu wymaga sprecyzowania jak daleko sięgają zawodowe uprawnienia pielęgniarki, położnej, w jakich warunkach i jak często pielęgniarki czy położne są zmuszone do przekraczania ich granice. Osoba kierująca daną placówką medyczną, ma obowiązek zapoznać się z kwalifikacjami zatrudnionego personelu i przestrzegać, aby powierzone zadania nie przekroczyły kwalifikacji osoby mającej wykonywać zlecenie. Dopiero wtedy skutek nieporwanego wykonania zlecenia obciąża podwładnego.

Pielęgniarka, położna jest niezależna od innych profesjonalistów w sprawach związanych z pielęgowaniem, współzależna w zagadnieniach dotyczących promocji zdrowia, profilaktyki i rehabilitacji, a zależna od lekarza, w tym, co związane jest z leczeniem. Samodzielność przejawia się w gotowości do działania w zaistniałej sytuacji chorego, w wyborze drogi postępowania i podejmowaniu decyzji⁴³. W zasadzie należy stwierdzić, iż wiedza pielęgniarki, położnej nie obejmuje specyficznej znajomości problemów lekarskich, teoretycznie odwrotnie – każdy lekarz powinien być dobrze zorientowany w zakresie wiedzy pielęgniarskiej. Praktyka, jednak pokazuje co innego. Pielęgniarki, położne są coraz lepiej wykształcone, a dodając do tego ich wieloletnie doświadczenie przy łóżku chorego, dysponują wiedzą z trudem dającą się kontrolować przez lekarzy. Poprawne funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest więc uzależnione od prawidłowej współpracy wszystkich grup zawodowych. Ewidentnie poszerza się zakres obowiązków (uprawnień) współpracujących z lekarzami specjalistów, w szczególności pielęgniarek i położnych, mających całodobowy kontakt z pacjentem. Wielokrotnie to właśnie pielęgniarka, położna wcześniej od lekarza dostrzeże zmianę w stanie zdrowia pacjenta, objawy zagrożenia dla życia. Ta sytuacja zmusza do weryfikacji problemów, związanych z przypisywaniem odpowiedzialności za błędy medyczne, i uzasadnia podział bezpośredniej odpowiedzialności za pacjenta i wyodrębnienie pojęcia błędu pielęgniarskiego (położniczego) w przypadkach, w których szkody poniesione przez chorego wyniknęły z niepoprawnego wykonywania obowiązków przez pielęgniarkę czy położną.

Przypisy

1 B. Sztembis, I. Wrońska, *Od ery medycznej do postmedycznej. Współczesny system ochrony zdrowia*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2001, nr 12, s. 5–6.

2 W myśl przepisów kodeksu cywilnego i kodeksu postępowania cywilnego.

3 Zgodnie z sentencją wyroku SN z dnia 11 stycznia 2011 r., I PK 152/10: „Niesprawiedliwione niewykonanie przez lekarza polecenia ordynatora dotyczącego leczenia pacjenta stanowi naruszenie obowiązku pracowniczego i tym samym uza-

sadnia wypowiedzenie umowy o pracę”, OSNP 2012, nr 5–6, poz. 62, LEX nr 1120329.

4 W przedmiotowej sprawie lekarka była poddana bezpośredniej kontroli merytorycznej dyrektora do spraw lecznictwa w zakresie udzielanych przez nią świadczeń. Nadzorował ją ordynator, który uczestniczył w obchodach i ustalał wspólnie z nią korekty leczenia i diagnostyki. Ordynator mógł zmienić decyzje lekarki. Wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011, nr 10, poz. 116.

5 Z. Kubot, *Umowy o świadczenie usług medycznych w aspekcie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PiM 2001, nr 10, s. 42.

6 Z. Góral (red.), *Z zagadnień współczesnego prawa pracy*, Warszawa 2009, s. 124–125.

7 Z. Kubot, *Umowy o świadczenie usług medycznych...*, s. 42.

8 Zwraca się uwagę, że w naukach medycznych tzw. czas półtrwania wiedzy (czas, w którym 50% tej wiedzy staje się niepotrzebne) wynosi w różnych dyscyplinach od trzech do ośmiu lat. Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 173.

9 Na gruncie prawa karnego wskazuje się, iż osoba, która nie będzie realizowała obowiązku ustawicznego kształcenia się, w przypadku toczącego się przeciwko niej postępowania przed sądem karnym nie będzie mogła powołać się na fakt, że zastosowana przez nią metoda była w czasie jej studiów medycznych zalecana, jeżeli wskutek postępu medycyny została ona bezspornie odrzucona jako szkodliwa czy nieskuteczna. Podobnie będzie, jeśli nie zastosuje ona metody powszechnie znanej i stosowanej – z którą nie została zaznajomiona podczas studiów czy nauki. Por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, pogląd przytoczony w kontekście obowiązku kształcenia lekarzy w przyp. 153 na s. 112.

10 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 760).

11 W świetle rozporządzenia z dnia 27 kwietnia 2010 r.

12 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

13 Zgodnie z orzeczeniem SN z dnia 25 marca 1954 r., II K 172/54, niepubl.: „Leczenie nie może być ograniczone panującymi metodami i sposobami już ze względu na indywidualny charakter przypadków, już to z uwagi na rozwój lecznictwa. Jednakże nie oznacza to ani dopuszczalności eksperymentowania (...), ani też ostaniania bezczynności i braku dbałości o pacjenta rzekomym systemem leczenia”.

14 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna...*, s. 113.

15 R. Kędziora wskazuje, że „W przypadku metody, której prawidłowość jest kwestionowana, chociażby jeszcze nie powszechnie, oznacza to, że istnieje zwiększone ryzyko i nie należy lekarza obciążać do jej stosowania. Metodę taką nale-

ży odrzucić, zwłaszcza gdy jest alternatywny sposób leczenia, mieszczący się w *lege artis*, co do którego nie ma podobnych wątpliwości”, *Odpowiedzialność karna...*, s. 114.

16 *Ibidem*.

17 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 122.

18 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna...*, s. 116.

19 W. Kulesza, W. Wanatowska, *Odpowiedzialność prawna lekarza*, Warszawa 1988, s. 25.

20 Klasyfikacja zawodów i specjalności z 2010 r., załącznik nr 1.

21 Klasyfikacja zawodów i specjalności z 2010 r., załącznik nr 1.

22 C. Kosikowski, *Zezwolenie na działalność w prawie polskim*, Warszawa 1997, s. 46; *idem*, *Wolność gospodarcza w prawie polskim*, Warszawa 1995, s. 88 i n.

23 K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 150–153; także M. Nesterowicz, *Nowe ustawodawstwo medyczne (osiągnięcia i błędy)*, PiP 1997, z. 9, s. 3–18.

24 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Wydanie VI, s. 275.

25 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

26 Pielęgniarka, położna zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza o samodzielnym wykonaniu świadczeń oraz o podanych lekach, również wówczas gdy wykonuje opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską (§ 5 i § 8 przywołanego rozporządzenia o samodzielności).

27 A. Ksykiewicz-Dorota, *Determinanty wizerunku pielęgniarki i położnej w krajowym systemie zdrowotnym a nowe wyzwania w pielęgniarstwie i polskim i europejskim, Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim*, Konferencja międzynarodowa, Warszawa 2009, G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska (red.), s. 11.

28 Zwraca się uwagę, iż zakres samodzielnych kompetencji zawodowych osoby z tytułem licencjata nie różni się od osoby z tytułem magistra pielęgniarstwa. Ponadto, brak jest jednej specjalizacji zawodowej zapewniającej standardowe umiejętności zawodowe. Na poszczególne czynności ustawodawca wymaga dodatkowego doskonalenia w formie kursów czy specjalizacji. Wykonywanie samodzielnie określonych czynności zawodowych wymaga dodatkowego doskonalenia w formie kursów czy specjalizacji na takich samych zasadach od każdej pielęgniarki, bez względu na tytuł zawodowy, zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923).

29 Por. szerzej M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy kształcenia pielęgniarek w wybranych krajach europejskich (Danii, Finlandii, Grecji, Holandii, Norwegii)*, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, styczeń 2003, nr 949.

30 M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywa-*

nia zawodu lekarza (w:) Prawo medyczne, L. Kubicki (red.), Wrocław 2003, s. 42.

31 „Ogólne pojęcie «standard» jest rozumiane jako przeciętny typowy model, norma, wzorzec, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy ludzi/pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądany. Jest tym wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywana”. Por. A. Piątek, *Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej (w:) Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauki o Zdrowiu*, Lublin, s. 186.

32 AOTM dokonuje kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych w ramach publicznych środków finansowych. Por. art. 31b–31h u.ś.o.z.; P. Dobski, *Wykorzystanie strategii pro jakościowej w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej (w:) Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, M. Dobska, K. Rogoziński (red.), Warszawa 2008, s. 277–293; T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000, s. 10–13; I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007, s. 37.

33 W. Styło, M. Whitfield, *Zarys kontraktowania usług zdrowotnych (w:) Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), s. 70–83.

34 Z wyjątkiem sytuacji, gdy pielęgniarka przyjęła na siebie tzw. zobowiązanie rezultatu, tzn. w drodze umowy zobowiązała się do wykonywania pewnych czynności, gwarantując nastąpienie ich efektów pozytywnych (lub nienastąpienie efektów negatywnych).

35 M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu...*, s. 43.

36 R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009 r. s. 207–208.

37 Z. Marek, *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Wydanie drugie poprawione, Kraków 2007 s. 83 i n.

38 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za...*, s. 28

39 Artykuł 58 KEL stanowi: „Lekarz powinien odnosić się z należnym szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem”. Zob. S. Olejnik, *Etyka lekarska...*, s. 133.

40 *Ibidem*.

41 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadziła zmiany w stosunku do poprzedniego stanu prawnego z art. 22 u.z.p.p. z 1996 r.

42 Również Kodeks Etyki Pielęgniarek i Położnych stanowi, że „nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta”, część szczególnie II pkt 2.

43 M. Kózka, *Przedmowa do wydanie polskiego, (w:) Pielęgniarstwo. Pierwsze kroki w zawodzie*, Genevieve E. Chandler, Warszawa 2012 r. s.15.

CZY POŁOŻNA MOŻE PROWADZIĆ PORÓD DOMOWY

Uprzejmie informuję, iż art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) stanowi, że do kompetencji zawodowych położnej należy m.in. **sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; przyjmowanie porodów naturalnych**, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego; **sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego**. Należy wskazać, iż powyższe regulacje prawne zostały określone w celu implementowania do polskiego porządku prawnego zapisów zawartych w art. 42 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE. L 2005.255.22).

W świetle powyższego położna, a więc osoba posiadająca Prawo Wykonywania Zawodu położnej jest uprawniona do przyjmowania i prowadzenia porodu fizjologicznego zarówno w warunkach szpitalnych jak też pozaszpitalnych np. w domu. Powyższe zadania zawodowe mogą realizować położne posiadające tytuł zawodowy: położnej dyplomowanej, licencjata położnictwa, magistra położnictwa, specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego oraz pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych jak i położne nie posiadające ukończonych specjalizacji.

Jednocześnie należy podkreślić, iż poród domowy jest w Polsce dozwolony w myśl obowiązujących przepisów prawa. Zgodnie bowiem z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100) **ciężarna ma prawo wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania**. W świetle powyższego aktu prawnego, ciężarna ma prawo wyboru zarówno miejsca porodu, jak również położnej do sprawowania nad nią opieki medycznej.

Przepisy powyższego rozporządzenia nakładają określone obowiązki na położną prowadzącą i przyjmującą poród w warunkach pozaszpitalnych. Przede wszystkim z **prawem wyboru miejsca porodu przez ciężarną wiąże się obowiązek przekazania wyczerpującej informacji dotyczącej wybranego miejsca porodu obejmującej wskazania i przeciwwskazania**. Kobięty ciężarną, należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej,

gdzie w sytuacji wystąpienia powikłań zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

Położna jako osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych (np. w warunkach domowych) powinna zapewnić ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie porożu. Jeżeli nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia opiekę przez odpowiednią jej organizację. Organizacja opieki obejmuje opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej, położnicy, noworodka do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka.

Zgodnie z zapisami powyższego rozporządzenia zadania położnej jako osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:

- 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
- 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 3) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
- 4) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
- 5) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 6) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie porożu.

Ponadto położna jako osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem. Czynności interwencyjne polegają w szczególności na:

- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
- 2) podaniu wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi;
- 3) zabezpieczeniu rany krocza lub szyjki macicy;
- 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych;
- 5) działaniach zmierzających do utrzymania czynności życiowych rodzącej lub położnicy oraz płodu lub noworodka.

Jednocześnie osoba sprawująca opiekę zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną, jeśli pojawiające się powikła-



nia wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia jednostce przyjmującej kompletną dokumentację medyczną dotyczącą opieki medycznej sprawowanej nad rodzącą lub noworodkiem.

Należy wskazać, iż w sytuacji, gdy ciężarna wybrała wyłącznie położną do sprawowania opieki i przeprowadzenia porodu domowego to zadania wynikające z rozporządzenia położna realizuje samodzielnie i lekarz nie jest uprawniony do ingerowania w te zadania. Rozporządzenie MZ wprowadza wyjątek od tej zasady jedynie w przypadku wystąpienia objawów patologicznych. Wówczas bowiem jeżeli osobą sprawującą opiekę jest wyłącznie położna to będzie ona zobowiązana niezwłocznie przekazać rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu porodu należy odnotować w dokumentacji medycznej. Adnotacja ta powinna być autoryzowana zarówno przez położną, jak i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy poro-

dzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego.

Należy wyraźnie zaznaczyć, iż położna jako osoba sprawująca opiekę ponosi odpowiedzialność prawną i zawodową za realizację wyżej wymienionych zadań i działań medycznych. Odpowiedzialność tą regulują przepisy ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

Reasumując położna (w szczególności posiadająca wieloletni staż zawodowy) jest uprawniona do sprawowania opieki i prowadzenia porodu domowego z zachowaniem standardów postępowania medycznego wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100).

PROCEDURA POŚWIADCZANIA DEKLARACJI O DOBRYM ZDROWIU

W związku z różną interpretacją dotyczącą poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu pielęgniarek/położnych ubiega-

jących się o zatrudnienie w Wielkiej Brytanii, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła uchwałę w sprawie **ujedno-**

licenia procedury poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu.

Treść procedury w pełnym brzmieniu, która stanowi załącznik do Uchwały Nr 216/VI/2014 NRPiP z dnia 17 września 2014r. w sprawie ujednoczenia procedury poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu:

PROCEDURA POŚWIADCZANIA DEKLARACJI O DOBRYM ZDROWIU

Procedura dotyczy zasad poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu (ang. *supporting declaration of good health*) przez przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych. Zgodnie z art. 51 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, na wniosek pielęgniarki lub położnej będącej członkiem tej izby, wydaje inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej.

CEL

Ujednoczenie procedury poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu.

PROCEDURA POŚWIADCZANIA DEKLARACJI O DOBRYM

ZDROWIU PRZEZ PRZEWODNICZĄCĄ/-EGO OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W odniesieniu do deklaracji o dobrym zdrowiu osoby, ubiegającej się o prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w Wielkiej Brytanii, przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, której członkiem jest wnioskodawca:

a. poświadcza deklarację o dobrym zdrowiu, składając na niej podpis wraz z datą i opatrując ją pieczęcią, jeżeli nie upłynął termin ważności orzeczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność wnioskodawcy do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, które przedłożono w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych,

b. nie poświadcza deklaracji o dobrym zdrowiu, jeżeli upłynął termin ważności orzeczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność wnioskodawcy do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, które przedłożono w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych. Równocześnie informuje, że zgodnie z *Instruction notes for applicants* (pl. Wskazówki dla wnioskodawcy) „jeżeli kompetentne władze nie mogą wypełnić deklaracji o dobrym zdrowiu, może tego dokonać specjalista medycyny pracy (ang. *occupational health advisor*) lub lekarz ogólny (ang. *medical practitioner*), wypełniając formularz na odwrotnej stronie.

PODSTAWA PRAWNA

Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

CZY PIELEŃNIARKA, KTÓRA UKOŃCZYŁA KURS POSIADA UPRAWNIENIA DO WYPISYWANIA RECEPT NA OPATRUNKI

Czy pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny z zakresu leczenia ran posiada uprawnienia do wypisywania recept na opatrunki

Pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny z zakresu leczenia ran nie posiada uprawnienia do wypisywania recept na opatrunki specjalistyczne.

Nowe uprawnienia w zakresie wystawiania recept na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne pielęgniarki będą mogły realizować nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Zgodnie bowiem z art. 4 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136) recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

ZARZĄDZENIE PREZESA

Zarządzenie Nr 3/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniające zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (zarządzenie nr 86/2014/DSOZ)

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk podpisał zarządzenie nr 86/2014/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Zwiększenie wyceny stawki kapitacyjnej o 40 złotych za pacjenta, wprowadzenie 2 poziomów finansowania motywacyjnego oraz wprowadzenie nowego wskaźnika korygującego w grupie wiekowej 40–65 lat - to główne zmiany jakie wprowadza podpisane 17 grudnia br. przez Prezesa NFZ zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W efekcie podpisanego zarządzenia finansowanie POZ, które obecnie wynosi 5,2 mld zł wzrośnie do poziomu 6,2 mld zł.

1. Zasady finansowania świadczeń lekarza POZ na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej oraz sprawozdawania badań diagnostycznych pozostających w zakresie kompetencji lekarza POZ.

W celu premiowania jakości udzielanych świadczeń wartości stawki kapitacyjnej uzależniono od sposobu realizacji sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych (premiowana jest sprawozdawczość indywidualna) oraz osiągniętego wskaźnika wykonania badań u populacji objętej opieką.

Zgodnie z nowym zarządzeniem:

- od **1 stycznia 2015 r.** dla wszystkich lekarzy POZ będzie obowiązywała stawka w wysokości **136,80 zł** na każdego pacjenta,

- od **1 lipca 2015 r.** dla lekarzy POZ, którzy będą wykonywali i sprawozdawali wybrane badania, zostanie wprowadzona wyższa stawka w wysokości **140,04 zł**,

- od **1 października 2015 r.** dla lekarzy POZ, u których liczba wykonywanych badań przekroczy określony przez Prezesa NFZ wskaźnik, zostanie wprowadzona kolejna stawka w wysokości **144 zł**.

Zarządzenie wprowadza także wskaźnik korygujący nowo wyznaczoną grupę wiekową pacjentów w wieku 40–65 lat.

Współczynniki korygujące w grupach wiekowych:

- 136,80 x 2,0 - za pacjenta powyżej 65 roku życia,
- 136,80 x 2,0 - za pacjenta do 6 roku życia,
- 136,80 x 1,2 - za pacjenta od 7 do 19 roku życia,



- 136,80 x 1,0 - za pacjenta od 20 do 39 roku życia
- 136,80 x 1,1 - za pacjenta od 40 do 65 roku życia

Zarządzenie redukuje liczbę wskaźników korygujących stawkę kapitacyjną do wskaźników przypisanych grupom wiekowym co zrównuje w zasadach finansowania świadczeń pacjentów z różnymi schorzeniami przewlekłymi. Ma to służyć poprawie jakości opieki sprawowanej przez lekarzy POZ nad zadeklarowaną populacją pacjentów.

Dla podopiecznego DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej zadeklarowanego do lekarza współczynniki korygujący wynosi 136,80 x 2,5.

Od 1 stycznia 2015 roku stawka bazowa pielęgniarek i położnych wzrośnie o 7,21% a stawka efektywna o 8,35%:

- świadczenia pielęgniarstwa POZ: 28,56 złotych
- świadczenia położnej POZ: 14,76 złotych;
- świadczenia transportu sanitarnego w POZ: 4,80 złotych.

Dla podopiecznego DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej zadeklarowanego do pielęgniarstwa współczynniki korygujący wynosi 28,56 x 3,5.

2. Zasady rozliczania i finansowania świadczeń związanych z wydaniem pacjentowi przez lekarza POZ karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Zarządzenie definiuje podstawowe pojęcia związane z realizacją przez lekarzy POZ świadczeń w ramach „szybkiej terapii onkologicznej» oraz określa zasady udzielania i rozliczania porad związanych z wydawaniem kart diagnostyki leczenia onkologicznego.

W celu premiowania jakości udzielanych świadczeń różnicuje cenę porady związanej z wydaniem karty w zależności od uzyskanego przez świadczeniodawcę dla danego okresu sprawozdawczego uśrednionego wskaźnika rozpoznawania nowotworów.

Wycena porady lekarza POZ związanej z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego uzależniona jest od osiągniętego uśrednionego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (WRN).

Do czasu wyliczenia pierwszego wskaźnika, co nastąpi po zdiagnozowaniu 30 pacjentów z kartą. Wartość powyższej porady wyceniono na 50 zł.

Po wyliczeniu wskaźnika, wycena porad realizowanych w tym zakresie w kolejnym miesiącu, uzależniona jest od wartości wskaźnika.

I tak dla świadczeniodawcy POZ, u którego lekarze wykazali się wysokim poziomem zachowania czujności onkologicznej (1 wykryty nowotwór na 5 wydanych kart)

wartość tej porady będzie wyceniona na **107 zł** za każdego pacjenta. Przy kolejnych niższych wskaźnikach wykrywalności raka finansowanie przewiduje stawki dla lekarzy na poziomie **64 zł, 50 zł**, a dla świadczeniodawcy POZ, u którego lekarze wykazali się czujnością wykrywania nowotworów na poziomie minimalnym (1 wykryty nowotwór na 15 wydanych kart) wycena porady zostanie obniżona do około 20 zł.

Wartości współczynników, przez które będzie przemnażana kwota 50 zł uzależniona jest od osiągniętego uśrednionego wskaźnika rozpoznawania nowotworów wyliczanego dla świadczeniodawcy POZ.

Wprowadzone zmiany wynikają z konieczności dostosowania obowiązującego aktualnie zarządzenia Prezesa NFZ do obowiązujących aktów prawnych, w szczególności do znowelizowanej 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.) oraz wydanych na jej podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1440), oraz innych aktów prawnych.

*Źródło
Biuro Komunikacji Społecznej*



IV MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA „OKULISTYKA – KONTROWERSJE” 16–18 X 2014 R. KARPACZ

Intencją konferencji była wymiana wiedzy między ekspertami i porównanie własnych doświadczeń co pozwoliłoby udoskonalić system leczenia współczesnej okulistyki.

W ostatnim dniu konferencji odbyła sesja pielęgniarska „Bezpieczeństwo pacjenta w oddziale okulistycznym”.

Tematy koncentrowały się wokół pacjenta okulistycznego. Obejmowały szeroki wachlarz zagadnień od procesu pielęgnowania, aktów prawnych do których się odnosimy, specyfiki oddziału po bezpieczną chirurgię. Podkreślano, że pomimo rozwoju medycyny, lepszego sprzętu oraz materiałów ciągle zadawane jest pytanie:

Jaki wpływ ma hospitalizacja na bezpieczeństwo pacjenta okulistycznego?

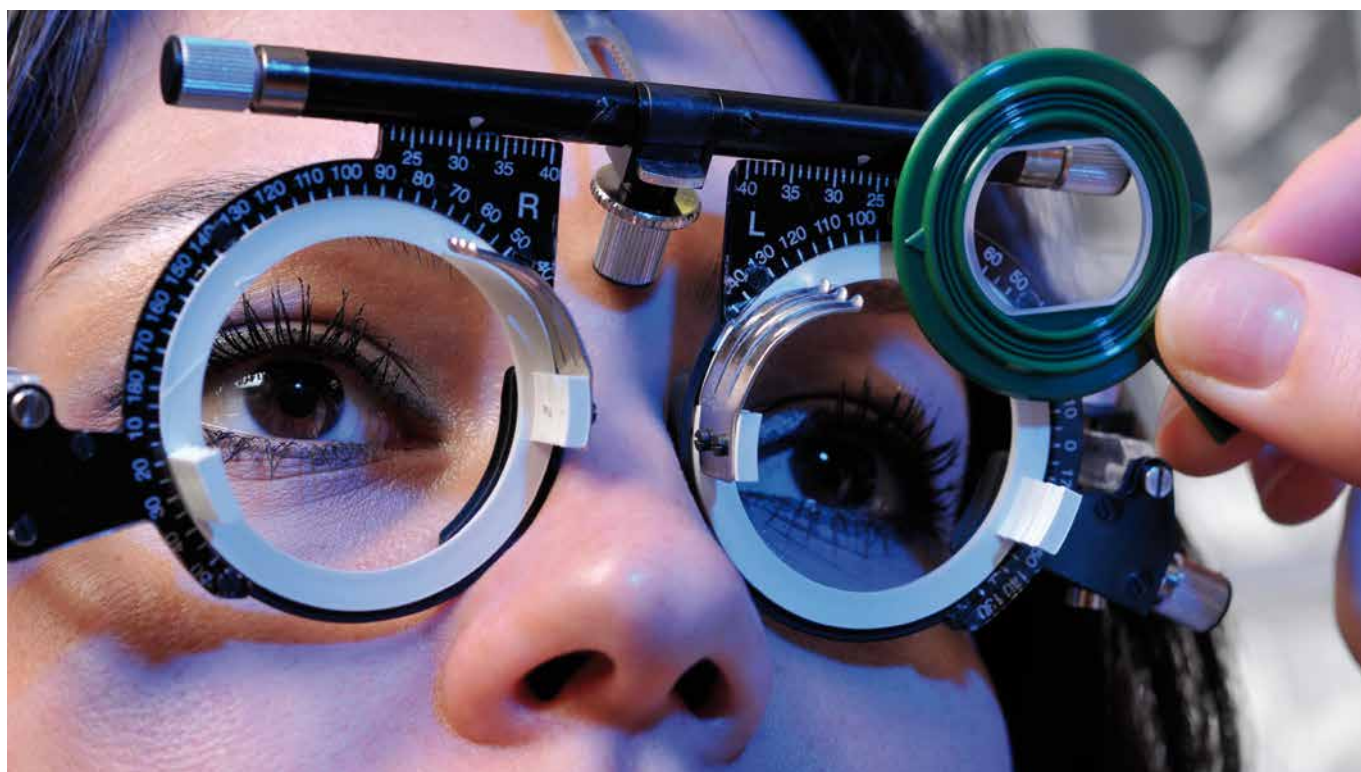
Specyfiką oddziału okulistycznego jest pacjent z zaburzeniami narządu wzroku o różnym stopniu i nasileniu. Prawidłowo prowadzona dokumentacja, bezpieczna chirurgia,

profesjonalna opieka oraz skuteczna komunikacja w zespole terapeutycznym stanowią, że pacjent czuje się bezpiecznie.

Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego, bliska pacjentowi i główne ogniwo edukacji spełnia ważną rolę. Odnosząc się do faktu utraty wzroku danej osoby ma duży wpływ na wypracowanie pozytywnych relacji. W oparciu o problemy i potrzeby wynikające z aktualnego stanu zdrowia planuje opiekę. Opieka pielęgniarska nad chorym powinna być holistyczna. Osoby z zaburzeniem narządu wzroku, często niewidome lub niedowidzące napotykać wiele trudności i ograniczeń. Nie oznacza to jednak, że nie potrafią dostosować się do zaistniałej sytuacji lub niezależnego samodzielnego życia.

„Nie myśl o Mnie jak o niewidzącym, myśl jak o kimś komu przytrafiło się niewidzenie”.

Tak właśnie chcą być odbierani i traktowani w swojej chorobie.



W Sesji II na szczególną uwagę zasługuje wystąpienie Pani Renaty Pielaszek, która przybliżyła nam pacjenta niewidomego i niedowidzącego w oddziale.

Uświadomiła jak ważną jest dobra komunikacja, która gwarantuje poczucie bezpieczeństwa pacjentowi. Pielęgniarka planując opiekę ustala w jakim stopniu i w jaki sposób choremu pomóc i ułatwić adaptację do warunków szpitalnych. Opiekując się chorym musi mieć świadomość, że potrzebuje on opieki w znacznie większym zakresie niż osoba bez upośledzenia narządu wzroku, a problemy ograniczające jego sprawność i stwarzające utrudnienie w codziennym życiu są specyficzne.

„Niewidomemu należy mówić to, o czym wiedziałby gdyby widział z wyłączeniem światła włącznie”.

Z takim przesłaniem wprowadzamy pacjenta do oddziału:

- Ważne, aby pielęgniarka zapoznała pacjenta z topografią oddziału.
- Oprowadzenie pacjenta po sali i zlokalizowanie okna, drzwi, przedmiotów wokół łóżka, które pacjent powinien dotknąć.
- Jako przewodnik przyjmujemy zasadę- osoba niewidoma bierze nas pod rękę.
- Umieszczamy chorego na sali, na której mogą pomóc inni pacjenci.
- Nie wprowadzamy żadnych zmian bez uzgodnienia z pacjentem.
- Informujemy o wejściu, opuszczeniu sali i o planowanych czynnościach.
- Przed każdym zabiegiem przeprowadzamy rozmowę z pacjentem i wyjaśniamy cel zabiegu.

- Zabiegi pielęgnacyjne i lecznicze na oczach i w obrębie wykonujemy delikatnie i ostrożnie pamiętając, organ ten jest bardzo wrażliwy.

- Zwracamy uwagę czy chory radzi sobie z posiłkami i innymi czynnościami
- Obowiązkiem pielęgniarki jest udzielić psychicznego wsparcia, wykazania życzliwości i zrozumienia.
- Angażujemy chorego do kontaktów z rodziną i przyjaciółmi – nie utrudniamy.
- Pamiętajmy, że chory z upośledzeniem widzenia znacznie wyraźniej zauważa sygnały, pozasłowne tj. nasz sposób chodzenia, dotyk, modulację głosu.
- U niewidzących bardzo dużą rolę odgrywa dotyk, który jest dodatkowym zmysłem umożliwiającym komunikowanie się i orientację przestrzenną.
- Rozmawiając należy być naturalnym, mówić pełnymi zdaniami, jasno je formułować, słowa są jedynym źródłem informacji.
- Prowadzimy pacjenta przez proces terapeutyczny odnosząc się do profesjonalnych zachowań
- Uczymy i udzielamy wskazówek do dalszego postępowania i radzenia sobie w życiu codziennym.

Dziękujemy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położonych za umożliwienie uczestnictwa w konferencji i pokrycia kosztów udziału.

*Pielęgniarki z SP ZOZ Świdnica Szpital „Latawiec“
Danuta Ostapińska
Katarzyna Bałut*

IV MIĘDZYNARODOWE FORUM PROMOCJI I PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ KNOW HEALTH 2014

W dniach 22–24 października odbyło się we Wrocławiu IV Międzynarodowe Forum Promocji i Profilaktyki Zdrowotnej KNOW HEALTH 2014 „ZDROWIE NA POKOLENIA – PRZEGLĄD NAJLEPSZYCH PRAKTYK” organizowanej przez Data Techno Park Sp z o.o. oraz Wrocławski Instytut Zdrowia Publicznego

Jest to praktycznie jedyna w Polsce cykliczna od 4 lat konferencja, dotycząca działań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia, które to działania są także zadaniami pielęgniarek i położnych wynikającymi z ustawy o zawodach pielęgniar-

ki i położnej. W konferencji corocznie biorą udział najlepsze światowe i polskie programy promocji zdrowia, a w bieżącym roku została zorganizowana w formie warsztatów i forum prezentacji oraz panelu dyskusyjnego.

W trakcie trwania konferencji rozstrzygnięto także czwartą edycję Plebiscytu Know Health, której laureatami w tym roku zostali:

W kategorii **Najlepszy program samorządu, zakładu opieki zdrowotnej lub innego podmiotu niekomercyjnego promujący zdrowie, czyli najlepsza inicjatywa w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia:**

1. Zdrowie po Cieszyńsku (Starostwo Powiatowe w Cieszyźnie),
2. **Moje piersi – Mój problem** (Starostwo Powiatowe w Kłodzku),
3. Nasze zdrowie (Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie).

Nagrody w tej kategorii wręczyli Wiceminister Zdrowia Sławomir Neumann oraz Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu Prof. Marek Ziętek.

W kategorii **Najlepsze działania CSR przedsiębiorstw w dziedzinie promocji i profilaktyki zdrowia:**

1. Sprawna działalność polskich przedsiębiorstw w promocji honorowego krwiodawstwa we współpracy z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu (Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu),
2. Szkoła Zdrowego Widzenia (Klinika OKULUS Sp. Z o.o.),
3. Ogólnopolski Program Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro!” (Fundacja Medicovert).

Nagrody w tej kategorii wręczyli Wiceprzewodnicząca Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Rodziny Województwa Dolnośląskiego Agnieszka Muszyńska oraz Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Województwa Dolnośląskiego Jarosław Maroszek.

Wyróżnienie: Działania edukacyjne, profilaktyka, diagnostyka i leczenie niedożywienia u mieszkańców z terenu Województwa Dolnośląskiego w latach 2012–2014 (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Jerzego Gromkowskiego we Wrocławiu). Wyróżnienie wręczył Dyrektor Programowy Forum Know Health – Prof. Andrzej Fal.

Profilaktyka raka piersi jest ciągle na czasie. Oprócz prowadzonych kampanii edukacyjnych profilaktyki raka piersi, nauka samobadania jest prowadzona sporadycznie. Statystycznie i powszechnie nie umiemy badać piersi. Nauka samobadania piersi jest w profilaktyce nieodzowna, uczymy się znajomości własnego ciała i odpowiedzialności za własne zdrowie. Taka profilaktyka nie wymaga skierowania na badania ani korzystania ze specjalistycznego sprzętu – jest nieinwazyjna i każdy z nas może badać się sam – trzeba tylko wiedzieć jak. Rak piersi jest jednym z najlepiej poznanych nowotworów złośliwych na świecie. Jest to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet. Najczęściej występuje w okresie menopauzy, ale jak podają najnowsze badania (raport Sequence) na raka piersi chorują coraz młodsze kobiety.



Ten problem zdrowotny staje się nie tylko problemem społecznym, ale przede wszystkim problemem całych rodzin. Przyczyny występowania raka piersi w większości grup nie są możliwe do jednoznacznego ustalenia. Do najczęstszych czynników ryzyka zachorowalności zalicza się: płeć żeńską, wiek 50–69, rak piersi wśród innych członków rodziny w młodszym wieku, wczesne występowanie miesiączki, urodzenie pierwszego dziecka powyżej 35 roku życia, długotrwała hormonalna terapia zastępcza, ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego (do celów leczniczych), leczenie z powodu innych chorób piersi, łagodne choroby proliferacyjne piersi, nosicielstwo mutacji genów BRCA1 lub BRCA2. Jak podaje Krajowy Rejestr Nowotworów, u kobiet w wieku 20–49 lat zachorowalność na raka piersi wzrosła 2-krotnie w ciągu ostatnich 30 lat. Monitoring częstości wystąpienia tej jednostki chorobowej w niektórych grupach wiekowych wykazuje spadek zachorowań, ale sytuacja odwrotna dotyczy kobiet młodych. Prognozy spadku zachorowalności wskazują na dobrze prowadzone działania profilaktyczne i edukacyjne, zmierzające do wykrywania nowotworów piersi we wczesnym stadium ich rozwoju, wtedy kiedy szanse na wyleczenie są największe.

Coraz częściej pojawiają się publikacje zawierające informacje o proporcjonalnej skuteczności wykonywania badań przesiewowych oraz samobadania piersi w wykrywaniu chorób piersi, w tym chorób nowotworowych.

Nauka samobadania jest jednym z podstawowych narzędzi edukacyjnych nabywania nawyków dbania i odpowiedzialności za własne zdrowie. Znajomość własnego ciała, umiejętność obserwacji i podejmowania odpowiedzialnych decyzji w trosce o swoje zdrowie jest zasadniczym zadaniem tego programu. Istotnym staje się założenie, iż program ten będzie skierowany do młodego pokolenia z powiatu kłodzkiego, dziewcząt i chłopców z klas maturalnych, które niebawem wejdą w dorosłe życie. Samobadanie identyfikowane jest z badaniem nieinwazyjnym (takim jak np. mammografia), niewymagającym stosowania aparatury medycznej, niekrępującym i indywidualnie odbieranym przez każdą kobietę. Zauważa się, że edukacja podejmowana dzisiaj, powinna

dać efekty w kontekście umiejętności wyrabiania zachowań prozdrowotnych w latach następnych. Profilaktyka i edukacja w zakresie nauki samobadania piersi jest niezbędnym warunkiem zdrowia każdej kobiety i ich rodzin, oraz przyczynia się do spadku umieralności z powodu wcześniej wykrytych zmian nowotworowych piersi, które można wyleczyć. Oczekiwania tak skonstruowanego programu nawiązują do nabywania zachowań prozdrowotnych od wczesnych lat dorosłego życia.

Nagrodzony program uzyskał pozytywną opinię AOTM w roku 2011, jednak z powodu ograniczonych możliwości był realizowany w roku 2013. Warunkiem realizacji programu zalecanym przez AOTM było uzupełnienie informacji o „Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi”. Zalecenie AOTM zostało zrealizowane, a dodatkowo pozyskano z Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy materiały edukacyjne w formie broszur i kalendarzyków (współpraca w tym zakresie trwa od 3 lat).

Program „Moje piersi – Mój problem” realizowano po raz pierwszy poprzez spotkania edukacyjne, podczas których dyskutowano z młodzieżą o problemie występowania raka piersi, predyspozycji do zachorowalności, profilaktyce oraz prowadzono instruktaż nauki samobadania piersi przy użyciu zakupionego ze środków powiatu fantomu do nauki samobadania piersi, z wykorzystaniem formy edukacyjnej seminarium, dyskusji, pokazu za pomocą przygotowanych plakatów edukacyjnych oraz książeczek do nauki samobadania piersi opracowanych przez pracowników Wydziału. Zajęcia edukacyjne prowadzone przez położną specjalistkę, dr n. hum. dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej. Dla zwiększenia atrakcyjności programu, utrwalenia przekazywanych treści oraz zwiększenia zaangażowania młodzieży, każdy uczestnik spotkania edukacyjnego otrzymał dodatkowe materiały promocyjne w postaci długopisów i breloczków oraz mini książeczkę nauki samobadania piersi i ulotki tematyczne pozyskane od Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Programy Profilaktyczne we Wrocławiu oraz książeczki promujące naukę samobadania przygotowane przez Wydział. Gadżety promocyjne były nagrodą dla uczestników za nauczenie się samobadania piersi.

W trakcie spotkań edukacyjnych promowano również badania przesiewowe finansowane przez NFZ. Każda szkoła za zaangażowanie i udział w programie otrzymała dyplom. Innowacyjnym działaniem programu jest indywidualne podej-

W trakcie spotkań edukacyjnych promowano również badania przesiewowe finansowane przez NFZ. Każda szkoła za zaangażowanie i udział w programie otrzymała dyplom. Innowacyjnym działaniem programu jest indywidualne podejście do każdej osoby biorącej udział w programie, możliwość rozmowy, odpowiedzi na pytania i pokazu, a jednocześnie zdobyta wiedza i umiejętność przez uczestników programu może zostać przekazania innym osobom (członkom rodziny, znajomym). Wybrana forma edukacji wydaje się być istotna z punktu widzenia konieczności zmiany zachowań zdrowotnych młodego pokolenia, które mają charakter procesowy.

ście do każdej osoby biorącej udział w programie, możliwość rozmowy, odpowiedzi na pytania i pokazu, a jednocześnie zdobyta wiedza i umiejętność przez uczestników programu może zostać przekazania innym osobom (członkom rodziny, znajomym). Wybrana forma edukacji wydaje się być istotna z punktu widzenia konieczności zmiany zachowań zdrowotnych młodego pokolenia, które mają charakter procesowy. W działaniach promujących zdrowie kluczowym staje się dokonywanie zmian postaw, zachowań oraz świadomości społeczeństwa w kontekście odpowiedzialności za własne zdrowie, wyrabiania zdrowych nawyków, które powinny wpływać na jak najwcześniejsze wrywanie zmian chorobowych. Zasadność podejmowania tego rodzaju działań edukacyjnych wynika z założeń reformy systemu ochrony zdrowia po roku 1999. Program skierowano do młodego pokolenia, posiadającego już wiedzę o zdrowiu, która niebawem rozpocznie dorosłe życie często poza domem rodzinnym. Młodzież ta winna być wyposażona w wiedzę i umiejętności radzenia sobie w odpowiedzialny sposób w dorosłym życiu, w tym w rozpoznawaniu zagrożeń zdrowotnych. Realizowany program ma charakter praktyczny.

Wykonując od 32 lat zawód położnej zawsze zajmowałam się promocją zdrowia w różnym wymiarze. Pracując od 11 lat jako Dyrektorka Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w Starostwie Powiatowym w Kłodzku staram się aby działania samorządu terytorialnego na rzecz zdrowia były realizowane w szerokim zakresie. Jednym z takich akcentów jest opracowany przez mnie i zrealizowany w roku 2013 program „Moje piersi – Mój problem”, któremu w tegorocznym Plebiscycie Know Health Kapituła przyznała II zaszczytne miejsce. Jak powiedział prof. Fal nagroda ta jest

również przyznana za całokształt działań powiatu kłodzkiego w obszarze promocji zdrowia realizowany od 2007 roku w ramach „Akademii Zdrowia Powiatu Kłodzkiego”. Dziękuję za nagrodę i zachęcam koleżanki pielęgniarki i położne do promowania zdrowia na każdym stanowisku pracy, wszędzie tam gdzie wykonujemy nasze zaszczytne zawody i gdzie pracujemy z ludźmi i dla ludzi.

*Małgorzata Felcenloben
położna specjalistka, pedagog, dr n. hum.
Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej
Starostwo Powiatowe w Kłodzku*

*Składam podziękowania
Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
za sfinansowanie mojego udziału w tej konferencji*

XII KONGRES PIEŁĘGNIAREK POLSKICH

12–14 czerwca, Kraków „Pielęgniarstwo na rzecz Milenijnych Celów Rozwoju” najważniejsze wydarzenie naukowe naszego środowiska, organizowane cyklicznie od 1993 roku co dwa lata przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Organizatorem tegorocznego Kongresu był Krakowski Oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego we współpracy z Krakowską Akademią im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego oraz Małopolską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych

W Kongresie uczestniczyło 490 osób z kraju i zagranicy, podczas 9 sesji wygłoszono ponad 160 doniesień naukowych z wiodących ośrodków akademickich i jednostek ochrony zdrowia w Polsce. Honorowy Patronat nad Kongresem objęła Pani Anna Komorowska-Maźłonka Prezydenta RP, Galę otwarcia zaszczylicili między innymi Wojewoda Małopolski- Jerzy Miller, Prezydent Miasta Krakowa- Jacek Majchrowski, Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych- Grażyna Rogala- Pawelczyk oraz Konsultant Krajowy ds. Pielęgniarstwa- Profesor Maria Kózka.

Pierwsza sesja plenarna została uświetniona wykładami gości zagranicznych : Pani profesor Jean Watson z Caring Science Institute, USA oraz Pani profesor Laura Serrant- Green z Uniwersytetu w Wolverhampton, Wielka Brytania. Największych aplauzem został przyjęty wykład Pani mgr Beaty Jurkiewicz Laureatki Konkursu Pielęgniarka Roku 2013. Podczas Kongresu odbyła się także ceremonia wręczenia Honorowych Odznak Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Odznakę tę zgodnie ze Statutem przyznano osobom i instytucjom o najwyższym dorobku w bezinteresownej pracy na rzecz rozwoju i wzmocnienia pielęgniarstwa oraz całego środowiska zawodowego.

W drugim dniu Kongresu odbyło się I Forum Pielęgniarskich Stowarzyszeń Naukowych, w którym uczestniczyli przedstawiciele kilkunastu stowarzyszeń z całego kraju. Wszyscy uczestnicy Kongresu podkreślali bardzo wysoki poziom naukowy programu, profesjonalną organizację oraz miłą i ciepłą atmosferę wszystkich dni Kongresu.

Zainteresowała nas sesja: Grażyny Stadnickiej, Agnieszki Pawłowskiej-Muc, Barbary Pajdosz „Postrzeganie objawów nietrzymania moczu przez kobiety w różnych okresach życia”.

„The perception of stress urinary incontinence symptoms among women in different periods of life”.

Są to pytania nurtujące wiele osób tym bardziej, że jest to krępująca przypadłość.

Co to jest nietrzymanie moczu i jakie są jego przyczyny?

Nietrzymanie moczu to mimowolne (niezależne od świadomej decyzji danej osoby) oddawanie moczu (mikcja) prowadzące do częściowego lub całkowitego opróżnienia pęcherza moczowego.

Nietrzymanie moczu (NTM) dotyka co ósmą kobietę w wieku do 39 lat, co drugą po menopauzie. Większość ukrywa ten problem nawet przed lekarzem. A nietrzymanie moczu to choroba, którą – choć jest przewlekła – można skutecznie leczyć.

Nietrzymanie moczu jest dolegliwością krępującą i znacznie utrudniającą codzienne życie. Chociaż nietrzymanie moczu często występuje u osób starszych, nie należy go traktować jako „normalnego” objawu starzenia się i zawsze trzeba dążyć do wykrycia jego przyczyny i wdrożenia prawidłowego leczenia. Należy pamiętać, że jeżeli ustalimy przyczynę nietrzymania moczu, to istnieje wiele możliwości jego skutecznego leczenia.

Nietrzymanie moczu zdarza się w każdym wieku i u obu płci, jednak najczęściej problem ten występuje w osób w wieku starszym i podeszłym. Ponadto nietrzymanie moczu występuje częściej u kobiet (nawet u 1 na 5 kobiet po 40 rż.), niż u mężczyzn. Powyżej 80. roku życia na nietrzymanie moczu cierpi połowa kobiet i jedna trzecia mężczyzn. Prawdopodobnie tylko co druga osoba z nietrzymaniem moczu zgłasza ten problem lekarzowi.

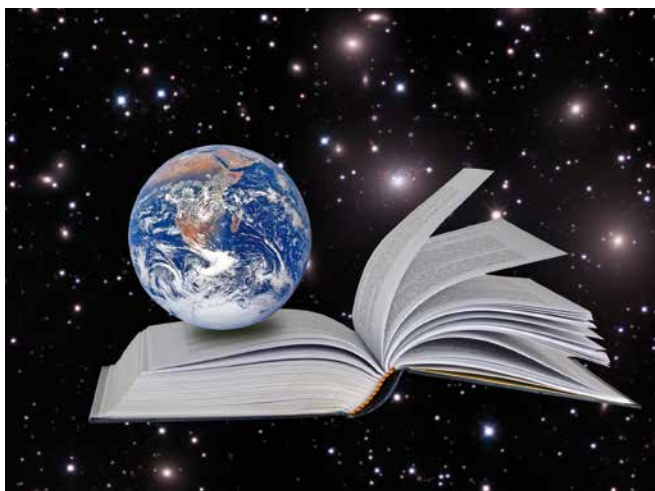
Zagrożenie wystąpieniem nietrzymania moczu jest większe u kobiet i rośnie wraz liczbą ciąż i porodów.

Wystąpieniu nietrzymania moczu dolegliwości sprzyja również otyłość, menopauza, przewlekłe zaparcia oraz przebyte operacje ginekologiczne (np. usunięcie macicy).

1. typy nietrzymania moczu

- wysiłkowe nietrzymanie moczu
- nietrzymanie moczu z nagłym parciem
- nietrzymanie moczu z przepętnienia.

Najczęściej występuje wysiłkowe nietrzymanie moczu spowodowane osłabieniem mięśni dna miednicy, które nie



zaciskają prawidłowo cewki moczowej. Mocz wycieka bezwiednie z pęcherza, gdy rośnie w nim ciśnienie, co najczęściej zdarza się podczas wysiłku fizycznego, ale również w trakcie kaszlu, kichania lub śmiechu.

Nietrzymanie moczu z nagłym parciem spowodowane jest nieprawidłową i nadmierną aktywnością mięśni pęcherza. Występuje, często bardzo silna, potrzeba natychmiastowego oddania moczu i zwykle w ciągu kilku sekund dochodzi do jego wypływu. Do takiego nagłego, intensywnego parcia dochodzi w niektórych sytuacjach (zmiana pozycji ciała, dźwięki, np. lejącej się wody, w trakcie stosunku płciowego, typowo podczas orgazmu). Parcie na pęcherz w tym typie nietrzymania moczu jest bardzo często odczuwalne nie tylko w dzień, ale również w nocy.

Do nietrzymania moczu z nagłym parciem dochodzi, gdy pęcherz kurczy się zbyt wcześnie i nagle, zanim zostanie wypełniony i zanim otrzyma sygnał z mózgu. W większości przypadków przyczyną takiego zachowania pęcherza nie jest znana i lekarz rozpoznaje wówczas tzw. zespół nadpobudliwego (nadreaktywnego) pęcherza.

Inne znane przyczyny nietrzymania moczu z nagłym parciem to:

- zapalenie pęcherza
- choroby neurologiczne (np. choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane)

Nietrzymanie moczu może również występować przemijająco u osoby, która świadomie kontroluje opróżnianie pęcherza. Przyczyną okresowego, przemijającego nietrzymania moczu może być:

- zapalenie pęcherza,
- niektóre leki (np. moczopędne lub rozluźniające mięśnie),
- napoje alkoholowe i zawierające kofeinę (działają moczopędnie),
- niekiedy napoje z owoców cytrusowych (u niektórych osób podrażniają pęcherz moczowy).

1. Nietrzymanie moczu a ćwiczenia mięśni Kegla

W wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiety bardzo ważne jest wzmocnienie mięśni dna miednicy, co może prowadzić

nawet do ustąpienia problemu. Są to tzw. ćwiczenia mięśni Kegla (czyli mięśni dna miednicy).

Istnieje wiele sposobów wykonywania tych ćwiczeń i nie wymagają one żadnych specjalnych warunków. Ważne, aby ćwiczenia wykonywać regularnie, co najmniej 3 razy dziennie przez co najmniej 3 miesiące. Dopiero po takim okresie można oczekiwać poprawy.

2. Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne stosuje się przede wszystkim w wysiłkowym nietrzymaniu moczu. Można zastosować różne metody postępowania chirurgicznego, które mają różną skuteczność ale niekiedy nie zapewniają długotrwałego efektu (nawrót nietrzymania moczu po pewnym czasie). Do najsukuczniejszych metod chirurgicznego leczenia nietrzymania moczu należą tzw. zabiegi podwieszenia szyi pęcherza moczowego oraz operacje pętlowe, natomiast poprawa po zabiegach wstrzykiwania substancji w okolice cewki moczowej może być przejściowa.

3. Zmiana stylu życia

W nietrzymaniu moczu z nagłym parciem leczenie polega na zmianach stylu życia, tj. zmniejszeniu (lub odstawieniu) spożycia alkoholu i kofeiny, zmniejszeniu masy ciała w przypadku nadwagi i otyłości oraz ograniczeniu spożycia płynów w niektórych sytuacjach, ćwiczeniach mięśni dna miednicy oraz odpowiednim „treningu” pęcherza, który prowadzi do rzadszego występowania parcia oraz pozwala go kontrolować, tzn. panować nad potrzebą oddania moczu. Ćwiczenia w ramach tego treningu muszą być systematyczne, długotrwałe oraz prowadzone pod kontrolą osoby z odpowiednim doświadczeniem w tym zakresie.

4. Leki

Leki stosuje się w przypadkach, gdy trening pęcherza okazał się niedostatecznie skuteczny. Leki te mogą mieć różne (w tym poważne) działania niepożądane i muszą być stosowane na zlecenie lekarza i pod jego kontrolą. Inne sposoby leczenia nietrzymania moczu (np. stymulacja nerwów krzyżowych, wstrzykiwanie botuliny do mięśni pęcherza, leczenie chirurgiczne) stosuje się tylko wtedy, gdy trening pęcherza i leki okażą się nieskuteczne.

Kontakt skóry krocza z moczem może prowadzić do podrażnienia skóry, wysypki, a nawet poważnych zmian zapalnych. Pomocne są tutaj środki służące do wchłaniania moczu (np. pieluchomajtki, specjalne wkładki) oraz stosowanie na skórę maści chroniących przed odparzeniami. U osób z nietrzymaniem moczu większe jest ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego. Po ustąpieniu nietrzymania moczu lub uzyskaniu poprawy **nie można zaprzestać wykonywania ćwiczeń** oraz zmian w stylu życia, gdyż zwykle dochodzi do nawrotu dolegliwości. W tym okresie ćwiczenia mogą być mniej intensywne, np. 1–2 razy w ciągu dnia.

*Dziękujemy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych za umożliwienie nam uczestnictwa w Zjeździe
Małgorzata Janiak, Elżbieta Bujak-Rogala*

INFORMACJA O NOWYM ROZPORZĄDZENIU MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

Informacja o nowym rozporządzeniu Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania

19 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia

2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 1508).

Rozporządzenie to określa kwestie dotyczące poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, w tym dokumentacji lekarza, pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej wykonywanej przez podmioty leczniczych oraz dokumentacji prowadzonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom. Powyższy akt prawny reguluje także zasady przechowywania i udostępniania ww. dokumentacji oraz szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektro-

nicznej. Należy wskazać, iż powyższe rozporządzenie zawiera regulacje prawne, które są co do zasady tożsame z zapisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (j.t. Dz.U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.). Nowym rozwiązaniem wprowadzonym w ww. rozporządzeniu jest natomiast regulacja przewidująca, iż w dokumentacji medycznej będzie się musiała znajdować także pieczęć lekarza, pielęgniarki i położnej jako dodatkowy element oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie. Ponadto warto zauważyć, iż zapisy ww. rozporządzenia dotyczące zasad dokonywania wpisów

w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy utworzony przez Ministra Obrony Narodowej będą miały zastosowanie także do lekarza jak i pielęgniarki oraz położnej wykonujących indywidualną praktykę albo indywidualną specjalistyczną praktykę w tym podmiocie leczniczym.



USTAWA O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. Nr 174, poz. 1039)

Art. 26. 1. Pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym, zwanej dalej „opiekunem”. Opiekuna wskazuje kierownik podmiotu, w którym odbywa się przeszkolenie.

Zgodnie z Postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 2007 r. sygn. III ZS1/2007 po rozpoznaniu sprawy na posiedzeniu niejawnym Sąd orzekł, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, określając obowiązek odbycia

przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki/położnej trwającej dłużej niż 5 lat, zobowiązany jest uwzględnić fakt ukończenia wyższych studiów zawodowych przez pielęgniarkę/położną w okresie przerwy i przed złożeniem wniosku o ponowne dopuszczenie do wykonywania zawodu.

Orzekł, że sama istota wyższych studiów zawodowych, przesądza o ich przewadze nad przeszkoleniem w zakresie odtwarzania wiedzy i umiejętności niezbędnych dla należytego wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

Należy jednak wziąć pod uwagę zapis, że dopiero fakt ukończenia wyższych studiów zawodowych dopuszcza do wykonywania zawodu bez odbywania przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

HARMONOGRAM SZKOLEŃ

Agencja Usług Oświatowych „OMNIBUS Sp.z o.o. Kłodzko

L.P.	NAZWA SZKOLENIA	TERMIN ROZPOCZĘCIA	MIEJSCE REALIZACJI
1.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego dla pielęgniarek	18.03.2015 r.	Kłodzko/Watbrzych
2.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych	20.03.2015 r.	Kłodzko
3.	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	20.03.2015 r.	Kłodzko
4.	Szczepienia ochronne noworodka dla położnych	20.03.2015 r.	Kłodzko

Ośrodek Szkoleń i Doradztwa Gospodarczego „MEDIATOR” w Świdnicy

LP.	RODZAJ SZKOLENIA	MIEJSCOWOŚĆ
1.	Specjalizacja „Pielęgniarstwo geriatryczne” dla pielęgniarek	Świdnica
2.	KK „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej” dla pielęgniarek	Świdnica
3.	KK „Pielęgniarstwo rodzinne” dla pielęgniarek	Świdnica
4.	KK „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki” dla pielęgniarek	Świdnica
5.	KS „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG” dla pielęgniarek i położnych	Świdnica
6.	KS „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek	Świdnica
7.	KS „Leczenie ran” dla pielęgniarek	Świdnica
8.	KS „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów” dla pielęgniarek i położnych	Świdnica

KSIĄŻKI ONLINE. BEZPŁATNY DOSTĘP DO WIRTUALNEJ CZYTELNI DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zapraszam po odbiór kodów niezbędnych do rejestracji na platformie IBUK Libra.

Procedura nadania kodu PIN

- Członek samorządu składa wniosek do OIPiP (do pobrania na naszej stronie internetowej (na www.oipip.walbrzych.pl w zakładce DRUKI DO POBRANIA)
- Kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.
- Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu www.libra.ibuk.pl

KORZYŚCI

Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek, lecz także zaawansowaną pracę z tekstem. W czytelni online można:

- Skorzystać z szybkiego podglądu pełnych tekstów lub stworzyć własną półkę z książkami.
- Sprawdzać znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.
- Dodawać zakładki.
- Robić własne notatki bezpośrednio w książce.
- Wyszukiwać słowa i frazy.
- Tagować (katalogować, indeksować) ważne fragmenty i zaznaczać kolorami.



Koleżance

Iwonie Leśnikowskiej

wraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci Mamy
składają
współpracownicy Oddziału Urologii
i Chirurgii Onkologicznej
Specjalistycznego Szpitala
im. dr A. Sokołowskiego
w Wałbrzychu





**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



Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

