

# FORUM ZAWODOWE

6(117)2018

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE  
ISSN 1213-2046

## W numerze

- 3 Słowo Przewodniczącej
- 4 Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 5 VII Podkarpacki Kongres Położnych
- 6 Od 20 lat w służbie lokalnej społeczności
- 14 Stanowisko Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych w sprawie polityki migracyjnej kadr pielęgniarek i położnych
- 17 Aktualizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej
- 20 Prawo do świadczeń odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy
- 23 Prawo pacjenta do poszanowania godności
- 24 Budowanie autorytetu przez pielęgniarkę w miejscu pracy
- 27 Pielęgniarki w walkach o NIEPODLEGŁĄ
- 31 Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z alergią układu oddechowego
- 33 Opieka pielęgniarska nad pacjentką z rwą kulszową w przebiegu choroby Hashimoto
- 36 Serdeczne gratulacje!!!
- 38 Na gwiazdkę co najlepsze każdy dziś wybiera...

## GWIAZDA

*Świeciła gwiazda na niebie  
srebrna i staroświecka.  
Świeciła wigilijnie,  
każdy ją zna od dziecka.*

*Zwisały z niej z wysoka  
długie, błyszczące promienie,  
a każdy promień - to było  
jedno świąteczne życzenie.*

*I przyszli - nie magowie  
już trochę podstarzali -  
lecz wiejscy kołędnicy,  
zwyczajni chłopcy mali.*

*Chwycili w garść promienie,  
trzymają z całej siły.  
I teraz w tym rzecz cała,  
by się życzenia spełniły.*

LEOPOLD STAFF

## DYŻURY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

### ROK 2018

TERMIN	OSOBA DYŻURUJĄCA
2 lipca	ORzOZ Małgorzata Sawicka
26 lipca	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
6 sierpnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka
30 sierpnia	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
3 września	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
27 września	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
1 października	ORzOZ Małgorzata Sawicka
25 października	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
5 listopada	ORzOZ Małgorzata Sawicka
29 listopada	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
3 grudnia	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
20 grudnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka

### NASZ ADRES

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**  
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210  
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl,  
e-mail: oipip@interia.pl

**Biuro Izby czynne**  
w poniedziałek od 7.30-17.00  
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

**Radca Prawny**  
mgr Piotr Świątek  
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00  
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

**Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności  
Zawodowej oraz Okręgowego Sądu  
Pielęgniarek i Położnych**  
czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00  
tel. 13 43 694 60

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**  
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca  
w godzinach 10.00-14.00

**Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń po-  
dyplomowych** prosimy składać do 10-go każdego  
miesiąca osobiście lub listownie.

# Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

## Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Choć trudno w to uwierzyć znowu za sobą będziemy mieli kolejny rok. Uciekający czas sprawia, że ledwo przywitaliśmy Rok 2018, a już niebawem będziemy gromadzić się przy wspólnym stole, łamać opłatkiem i składać życzenia wszelkiej pomyślności w Roku 2019. Część z nas zapewne wyznaczy sobie nowe cele i będzie dążyć do ich realizacji. Część też zastanowi się nad tym co było i co osiągnęliśmy. Jedno jest pewne. Znow jesteśmy starsi i być może bogatsi o nowe doświadczenia.

Mijający rok na pewno przyniósł wiele zmian w naszych zawodach. Na początku roku kalendarzowego na stanowisku Ministra Zdrowia - Konstantego Radziwiła zastąpił Łukasz Szumowski. Podczas wielu spotkań z nowo powołanym Ministrem Zdrowia Samorząd Zawodowy zwracał uwagę na drastyczny brak pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, duże przeciążenie pracą obecnie zatrudnionych pielęgniarek i położnych, co w konsekwencji jest zagrożeniem zarówno dla nich samych jak i dla pacjentów oraz konieczność poprawy warunków pracy i płacy. Przyjęta przez Ministerstwo Zdrowia „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” przygotowana przez Zespół ds. opracowania strategii to dokument, który jest „drogowskazem” i stanowi zwieńczenie wielogodzinnych rozmów i konsultacji zarówno ze środowiskiem zawodowym jak i ze stroną rządzącą. Określa on kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarstwa dla pacjentów. Oczekujemy, aby Strategia ta jak najszybciej była realizowana.

Rok 2018 to także podpisanie Porozumienia pomiędzy NIPiP, OZZP, MZ i NFZ. Wydaje się, że dzięki wynegocjo-

wanym postulatom, nasze zawody stały się atrakcyjniejsze. Stabilizacja wzrostu wynagrodzeń, zapowiedź poprawy warunków pracy poprzez wprowadzenie nowych norm zatrudnienia, dodatkowe urlopy szkoleniowe, wprowadzenie porady pielęgniarstwa czy stypendiów dla studentów oraz dodatkowe wynagrodzenie dla opiekunów staży to tylko niektóre czynniki mogące mieć kluczowy wpływ na pozytywny wizerunek i promocję zawodu pielęgniarki i położnej. Ale czy to wystarczy? Nasze młodsze koleżanki mimo, że chętnie podejmują kształcenie, to jednak niewiele z nich decyduje się na pracę w zawodzie. Dlaczego tak się dzieje? Przecież coraz częściej pracodawcy pytają o pielęgniarki i położne. Co będzie, kiedy zaczną obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wprowadzające nowe wskaźniki? Czas pokaże. Za gąszczem wydawanych aktów prawnych czasem trudno jest nadążyć. Wszystko wydawać by się mogło, że zmierza do lepszego.

A póki co przed nami czas oczekiwania na Święta Bożego Narodzenia. Niech ta magiczna atmosfera pewnie najpiękniejszych Świąt w roku skłania do refleksji i zadumy. Niech będzie również okazją do jednoczenia ludzi i wiary w lepszą przyszłość.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom, Położnym, składam najserdeczniejsze życzenia, niech ten szczególny wieczór, gdy w gronie najbliższych łamiemy się opłatkiem napełni Wasze serca radością i pokojem, a przy stole nie zabraknie miejsca także dla tych, którzy są w naszych sercach i pamięci. Niech gwiazda betlejemska nigdy nie gaśnie w naszych sercach, a wszystkim rozświetla drogę do prawdziwych wartości.



Niech nadchodzący rok upływa w harmonii, przebiega pod znakiem powodzenia i obfitości. Niech nigdy nie zabraknie ciepła drugiej osoby, a każdy dzień będzie pełen niezapomnianych chwil. Niech nowonarodzona Boża Dziecina obdarzy Was wszelkimi łaskami, umacnia w sercu miłość i krzepi nadzieję.

*„Jest taka noc jedyna...  
Noc cudów, noc spełnienia,  
Zakłętą w błogiej ciszy,  
Gdy spełnią się marzenia.*

*Jest taki dzień wspaniały,  
Co zdarza się raz w roku,  
Gdy czas odwrotnie płynie  
I liczy się od zmroku.*

*Jest taki wieczór piękny,  
Gdy radość w sercach gości,  
A gwiazdka łączy wszystkich  
W pokoju i miłości.”*

## Najpiękniejszych Świąt Bożego Narodzenia

życzy

Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Renata Michalska

## Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 października 2018 r. do 30 listopada 2018 r.

### 2 października 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w inauguracji roku akademickiego 2018/2019 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

Udział Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w inauguracji roku akademickiego 2018/2019 w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie.

### 15 – 16 października 2018 r.

Udział Pań: Jadwigi Małek, Doroty Kostrzewy, Małgorzaty Sidor, Zenony Radwańskiej, Ireny Szewczyk, Zdzisławy Winiarczyk i Heleny Rajchel – Sołtysik w „Ogólnopolskiej Konferencji dla pielęgniarskiej i położniczej kadry zarządzającej” zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Konferencja odbyła się w Warszawie.

### 17 października 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w IX posiedzeniu Rady Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie.

### 18 października 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w uroczystości wprowadzenia relikwii błogosławionej Hanny Chrzanowskiej do Kaplicy szpitalnej przy Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodkiem Onkologicznym im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie.

### 23 października 2018 r.

**Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.**

Na posiedzeniu podjęto 15 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie:

przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiego i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarek i wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki i wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, dostępu do usług IBUK LIBRA, wyrażenia zgody na rozwiązanie i zawarcie umowy zlecenia na świadczenie usług księgowych w OIPiP w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto również Stanowisko Nr 4 w sprawie protestu pielęgniarek i położnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku

### **Posiedzenie Komisji finansowo – socjalnej.**

Przyznano 11 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

### **Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.**

8 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

### 26 października 2018 r.

Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Ewa Czupka uczestniczyła w spotkaniu współwłaścicieli nieruchomości położonej w Krośnie

przy ul. Bieszczadzkiej 5. Spotkanie odbyło się w siedzibie Izby.

### 29 października 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w spotkaniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w Rzeszowie w sprawie podwyżek dla pielęgniarek i położnych.

### 6 listopada 2018 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Wiceprzewodniczącej ORPiP Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak i Sekretarza ORPiP Pani Ewy Czupskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki / Położnej Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

### 8 listopada 2018 r.

Spotkanie Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z Pielęgniarkami w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lesku.

### 19 listopada 2018 r.

Spotkanie Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panią Joanną Frydrych Posłem na Sejm RP.

### 20 listopada 2018 r.

**Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.**

Na posiedzeniu podjęto 17 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie:

przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia praw wykonywania zawodu pielęgniarskiego i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpi-

su pielęgniarek do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, cudzoziemcowi oraz wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarek po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w skład Komisji Egzaminacyjnej, zakupu publikacji pt. „Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej”.

**Posiedzenie Komisji finansowo – socjalnej.**

Przyznano 12 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

**Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.**

22 osoby otrzymały dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

**Posiedzenie Komisji do spraw położnych.**

**21 listopada 2018 r.**

Spotkanie Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z Pielęgniarkami w Szpitalu Specjalistycznym w Jasle.

**28 listopada 2018 r.**

Udział Pani Bożeny Jastrzębskiej Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w egzaminie z kursu specjali-

stycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne” organizowanym przez VITAL-MED Kuśnierz w Rzeszowie. Egzamin odbył się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

**29 listopada 2018 r.**

Udział Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Komisji konkursowej powołanej do celu przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa CRR KRUS w Iwoniczu Zdroju.

**30 listopada 2018 r.**

Udział Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak w posiedzeniu Rady Społecznej Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Iwoniczu Zdroju.

## VII Podkarpacki Kongres Położnych



26 października br. sali kolumnowej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie odbyła się konferencja, w której udział wzięła wicewojewoda podkarpacki Lucyna Podhalicz.

W ramach konferencji jej uczestnicy mogli wysłuchać m.in. wystąpień dr Wojciecha Chmielewskiego na temat: „Psychologia relacji położnej z pacjentką i jej rodziną”, dr hab. Jadwigi Wójkowskiej-

Mach z Katedry Mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum: „Flora fizjologiczna matki a bezpieczeństwo noworodka”, mgr Małgorzaty Szeli: „Zaangażowanie pracowników jako



ważny element wpływający na efektywność i jakość funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej”, lek. med. Anny Juzy: „Zastosowanie osobistych pomp insuliniowych w cukrzycy ciążowej” oraz

mgr Krystyny Krygowskiej: „Zadania położnej opiece okołoporodowej zgodne z najnowszymi standardami”.

Zabierając głos, wicewojewoda podkarpacki Lucyna Podhalicz podziękowała

przybyłym położnym za zaangażowanie i trud w codziennej pracy podejmowanej na rzecz całego społeczeństwa.

*Źródło: Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie*

## Od 20 lat w służbie lokalnej społeczności

W tym roku mija dwadzieścia lat od powstania Samodzielnego Publicznego Miejsko-Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jaśle. Dwie dekady działalności to doskonała okazja do dokonania podsumowań.

Uroczyste obchody jubileuszu XX-lecia SP MG ZOZ w Jaśle odbyły się w sobotę 27 października 2018 r. Zainaugurowała je Msza św. dziękczynno-błagalna w intencji pracowników zakładu odprawiona w Sanktuarium Matki Bożej Saletyńskiej

w Dębowcu. Po jej zakończeniu, dyrekcja wraz z pracownikami oraz zaproszeni goście udali się do „Zajazdu pod Skałą”, gdzie zaplanowano część oficjalną uroczystości jubileuszowych.

Uczestników obchodów oraz zaproszonych gości osobiście powitał lek. med. Robert Snoch, dyrektor SP MG ZOZ w Jaśle. Podczas krótkiego przemówienia wrócił pamięcią do chwil, w których zapoczątkowana została historia zakładu. – Wszystko zaczęło się jak wiadomo dwadzieścia lat temu. Wówczas z Zespołu Opieki Zdrowotnej wydzielono Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jaśle. Obejmował on Przychodnię Rejonową nr 1 przy ul. Mickiewicza, Przychodnię Rejonową nr 2 przy ul. Baczyńskiego. Przychodnię „Refineria” przy ul. 3 Maja, ówczesną przychodnię w zakładach „Pektowin” a także ośrodki zdrowia w Osobnicy i w Szebniach. Przez te wszystkie lata zakład pozostawał w dobrej kondycji finansowej, a dobrą kon-





cję budynku Przychodni Rejonowej nr 1. Środki na realizację tego zadania pochodziły w znacznej części ze środków Unii Europejskiej. Dzięki nim udało się przeprowadzić kompleksowy remont dachu, odwodnienia, przyłączenia do sieci kanalizacyjnej czy też zamontowania instalacji centralnego ogrzewania. Przychodnia ta jest doskonałym przykładem na to, jak w ciągu mijających lat z korzyścią dla pacjentów zmieniał się obraz SP MG ZOZ w Jasle. To tutaj, oddano do użytku pracownię ultrasonografii wyposażoną w wysokiej klasy aparat USG. W budynku powstała także sterylizatornia oraz pracownia analityczna wykonująca badania z zakresu bronchologii,

dycję finansową zawdzięczał przede wszystkim coraz lepszemu finansowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Do sukcesu przyczyniła się również współpraca z urzędem gminy Jasło. Kilka sukcesów zaprzęcały zmieniające się przepisy prawa. Mam na myśli świetnie działającą opiekę całodobową w naszym zakładzie, a dzisiaj piąte koło u wozu jasielskiego szpitala. Przez te wszystkie lata udało nam się wiele zrobić. – mówił z satysfakcją.

SP MG ZOZ w Jasle utworzony został jesienią 1998 r. Powstał na mocy zarządzenia ówczesnego wojewody krośnieńskiego, Bogdana Rzońcy. Głównym jego organizatorem był natomiast dyrektor Robert Snoch.

W ciągu dwudziestu lat działalności SP MG ZOZ w Jasle zrealizował wiele inwestycji, które bezpośrednio lub pośrednio znacząco wpłynęły na podniesienie



jakości świadczonych przez zakład usług medycznych. Wśród wspomnianych inwestycji wymienić można moderniza-

morfologii, immunochemii i koagulologii. Tutaj utworzono poradnię pulmonologiczną dla chorych z całego powiatu jasielskiego.

SP MG ZOZ w Jasle świadczy obecnie usługi medyczne dla blisko dwudziestu tysięcy mieszkańców Jasła i powiatu jasielskiego. Zatrudnionych jest w nim 115 osób. Oprócz trzech wymienionych wcześniej przychodni jasielskich częścią zakładu są również Wiejskie Ośrodki Zdrowia w Osobnicy, Warzycach i Szebniach. Warto nadmienić również, że zakład świadczy usługi w zakresie rehabilitacji, czemu służą gabinety w Jasle przy ul. Baczyńskiego, w Bierówce i Osobnicy. Obraz ten uzupełniają: pion stomatologiczny, chirurgia stomatologiczna oraz poradnie specjalistyczne: pulmonologii



dla dzieci, alergologii i medycyny sportowej, a także medycyny pracy.

W dobie nieustannie rosnących oczekiwań ze strony pacjentów, zakład stara się podążać za wymaganiami rynku stale poszerzając wachlarz oferowanych przez siebie usług medycznych. W najbliższych latach dyrekcja zamierza skupić się na rozszerzeniu oferty o coraz popularniejsze wśród pacjentów świadczenia. –Nasz zakład w pewnym sensie jest liderem w zakresie świadczenia usług

medycznych, jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną w powiecie jasielskim. Chcemy się rozwijać tworząc dodatkowo asortyment usług medycznych. Dobro pacjenta jest naszym najwyższym celem – wyjaśnia lek. med. Robert Snoch.

Jubileusz XX-lecia SP MG ZOZ w Jasle stał się dla pracowników zakładu także doskonałą okazją do wspólnego spędzenia czasu przy doskonałej kuchni oraz muzyce. Fantastyczną oprawę muzyczną obchodów zapewnili młodzi artyści

Prywatnej Szkoły Muzycznej w Jasle. Do zabawy gości zaprosił także zespół muzyczny „The Doris”.

Nie obyło się bez podziękowań, upominków oraz okolicznościowych przemówień, które sobotniego wieczoru wygłosili: Stanisław Pankiewicz wójt gminy Jasło, Adam Pawluś starosta jasielski, Paweł Rzońca sekretarz w Urzędzie Miasta Jasła oraz Stanisław Zajac członek Zarządu Powiatu Jasielskiego.

## Odpowiedź Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na Apel Nr 2 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w sprawie podjęcia pilnych działań zmierzających do zapewnienia wzrostu wynagrodzeń pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w Domach Pomocy Społecznej



MINISTERSTWO RODZINY,  
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ  
DEPARTAMENT POMOCY  
I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

DPS.V.076.19.2018.WW

Warszawa, 29 listopada 2018 r.

### **Pani Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Krośnie

#### **Szanowna Pani Przewodnicząca**

Odpowiadając na Apel Nr 2, przesyłamy do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie podjęcia pilnych działań zmierzających do uwzględnienia wszystkich pielęgniarek i położnych, wykonujących zawód stosownie do przepisów ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w podwyżkach wynagrodzeń. De-

partament Pomocy i Integracji Społecznej przekazuje poniższe wyjaśnienia.

Problematykę dotyczącą zasad wynagradzania pielęgniarek i położnych, w tym również możliwości wypłat dodatków do pensji lub rekompensat, należałoby rozpatrywać na tle przepisów regulujących status prawny tej grupy pracowników oraz status prawny zatrudniających ich pracodawców (z uwzględnieniem zasad gospodarki finansowej

poszczególnych zakładów pracy i sposobu finansowania wynagrodzeń pracowniczych).

Status prawny pielęgniarek i położnych regulują przepisy szczególne, w tym m. in. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160) oraz ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123).



Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarzy i położnych mogą one wykonywać swój zawód w ramach: umowy o pracę, stosunku służbowego, umowy cywilnoprawnej, wolontariatu oraz praktyk zawodowych wymienionych w ustawie o działalności leczniczej. W tej ustawie zawarte są regulacje dotyczące m. in. czasu pracy pracowników wykonujących zawody medyczne, niektórych uprawnień płacowych pracowników zatrudnionych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (do dodatku za wysługę lat, nagrody jubileuszowej, odprawy emerytalno-rentowej). W zakresie spraw wynikających z ww. ustawy właściwym jest Minister Zdrowia.

Ponadto pielęgniarki i położne mogą być zatrudnione także w samorządowych jednostkach organizacyjnych. Mają wówczas status pracowników samorządowych w rozumieniu ustawy z dnia 18 marca 2009 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 902, ze zm.), której przepisy wraz z wydanym na jej podstawie rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 maja 201 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 936), określają podstawowe uprawnienia płacowe.

Pracodawcy samorządowi mają swobodę w zakresie kształtowania wysokości wynagrodzenia pracowników, stosownie do potrzeb i możliwości finansowych oraz zasad prowadzonej polityki płac w ramach obowiązujących regulacji prawnych. Przy

określaniu poziomu wynagrodzeń pracowników, w tym pielęgniarek, pracodawca samorządowy musi brać pod uwagę środki finansowe, którymi dysponuje. Instrumentem prawnym umożliwiającym określanie tych zasad w jednostce jest regulamin wynagradzania, wydawany na podstawie ustawy o pracownikach samorządowych, w którym pracodawca samorządowy określa m. in. szczególne warunki wynagradzania, w tym maksymalny poziom wynagrodzenia zasadniczego dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Ponadto w regulaminie pracodawca może określić warunki przyznawania oraz warunki i sposób wypłacania premii i nagród innych niż nagroda jubileuszowa, a także warunki i sposób przyznawania dodatku funkcyjnego, specjalnego oraz innych oraz innych dodatków.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że na podstawie przywołanej wyżej ustawy o działalności leczniczej możliwe jest wydzielenie - w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego — jednostki organizacyjnej w celu świadczenia usług zdrowotnych np. na terenie domu pomocy społecznej, dzięki czemu mieszkańcy mogliby mieć łatwiejszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Niestety w praktyce takie działania nie są podejmowane, mimo że wzrosły środki przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej dostępne w tych podmiotach.

W opinii Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nierówności w wy-

nagradzaniu tej grupy pracowników wynikają z tego, że pielęgniarki w domach pomocy społecznej w przeważającej liczbie są pracownikami samorządowymi.

Trudna sytuacja finansowa samorządów często uniemożliwia podniesienie wysokości wynagrodzeń nie tylko pielęgniarek oraz innych pracowników DPS, ale także pozostałych pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że trwają prace Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z Ministerstwem Zdrowia dotyczące przygotowania nowego produktu: koszyka usług adresowanego do mieszkańców domów pomocy społecznej, który zakładałby całodobowe świadczenie usług pielęgniarzy w domach pomocy społecznej, w wymiarze adekwatnym do potrzeb, łączącego w sobie usługi pielęgniarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej.

Dotychczas zebrano dane dotyczące m. in. liczby pielęgniarek w DPS, stażu ich pracy i wykształcenia w celu oszacowania kosztów ich zatrudnienia w domach pomocy społecznej.

Informacje te w najbliższym czasie zostaną przekazane do Ministerstwa Zdrowia.

*Z poważaniem*  
*DYREKTOR Departamentu*  
*Pomocy i Integracji Społecznej*  
*Krystyna Wyrwicka*



## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

OIPiP.0019.26.2018

Krosno, dnia 19 października 2018 r.

### **Pan Adam Sidor**

Podkarpacki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny  
Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie

Działając w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pragnę poinformować Pana Dyrektora, że w dniu 9 lipca 2018 r. zawarte zostało porozumienie pomiędzy Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczące zasad wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Zgodnie

z przyjętymi przez strony porozumienia ustaleniami, pielęgniarkom i położnym zatrudnionym na podstawie stosunku pracy zagwarantowano wzrost wynagrodzenia zasadniczego od 1 lipca 2019 r. o kwotę 1.200,00 zł z tym, że od dnia 1 września 2018 r. w wysokości nie niższej niż 1.100,00 zł miesięcznie na pełny etat.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Dyrektora z prośbą o podjęcie

działań mających na celu zagwarantowanie w planie finansowym kierowanej przez Pana jednostki środków zapewniających w 2019 r. wzrost wynagrodzeń, dla wszystkich pielęgniarek i położnych w wysokości wynikającej z przyjętego porozumienia.

*Z poważaniem  
Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie  
Renata Michalska*



PODKARPACKI  
PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI  
INSPEKTOR SANITARNY

SX.2111.1.116.2018.HSP

Rzeszów, dnia 20.11.2018 r.

### **Pani Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Krośnie

### **Szanowna Pani Przewodnicząca**

W odpowiedzi na pismo Pani Przewodniczącej z dnia 19 października 2018 r. /data wpływu do WSSE w Rzeszowie 26.10.2018r./ znak OIPiP.0019.26.2018 w sprawie podjęcia działań mających na celu zagwarantowania w planie finansowym środków zapewniających w 2019 wzrost wynagrodzenia zatrudnionych pielęgniarek i położnych w oparciu o porozumienie zawarte w dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia uprzejmie informuję:

Przepis § 1 pkt 13 w/w porozumienia wskazuje, że Minister Zdrowia zgod-

nie z dotychczasową praktyką zapewni wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. W ślad za pismem Ministra Zdrowia z dnia 26.07.2018 r. znak: BFC.320.2037.20i8/MG skierowanym do Wojewodów, Wojewódzka Stacja Sanitarno—Epidemiologiczna w Rzeszowie w dniu 03.08.2018 r. złożyła wnioski do Ministra Finansów o uruchomienie środków na 2018 rok z rezerwy celowej z przeznaczeniem na pokrycie całorocznych skutków kolejnej transzy podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w stacjach sanitarno - epidemiologicznych województwa podkarpackiego w kwocie średnio 400 zł brutto miesięcznie na etat (wraz z pochodnymi od wynagrodzeń). Decyzją Ministra Finan-

sów z dnia 17.09.2018 r. zawnioskowane środki zostały przyznane i przekazane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną do Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych celem sfinansowania podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach.

Jednocześnie informuję, że od dnia 1.07.2017 r. pielęgniarki i położne zostały równoległe objęte ustawą z dnia 8 czerwca 2017r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017r. poz 1473 z późn. zm.).

*Z poważaniem  
Podkarpacki Państwowy  
Wojewódzki Inspektor Sanitarny  
Adam Sidor*



MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI  
DEPARTAMENT WYKONANIA ORZECZEŃ  
I PROBACJI

UNP: 181105-00843

Warszawa 5 listopada 2018

**Komisja ds. Służb Mundurowych  
Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Szanowna Pani Prezes**

W nawiązaniu do korespondencji dotyczącej wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności (pismo NIPiP-NR-PIP-DM-0021.3.2018.MK. z dnia 3 października br.), uprzejmie informuję co następuje.

Podkreślenia wymaga, że Minister Sprawiedliwości nie był uczestnikiem rozmów ani nie partycypował w ustaleniach porozumienia zawartego w dniu 9 lipca br. pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Porozumienie dotyczące wzrostu miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych znalazło swoje odzwierciedlenie w przepisach wskazanego w piśmie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1681), odnoszącego się - zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 17 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) - do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z uwagi na fakt odrębnego finansowania podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności porozumienie nie objęło pielęgniarek i położnych zatrudnionych w tych podmiotach, zaś Służba Więzienna nie uzyskała tym samym dodatkowych środków finansowych.

Zasadniczą większość personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w jednostkach penitencjarnych stanowią funkcjonariusze i w odniesieniu do tej grupy

obowiązującą regulacją uwzględniającą kwestie podwyżek płac są przepisy ustawy z dnia 15 grudnia 2016 r. o ustanowieniu „Programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2017 – 2020” (Dz. U. z 2016 r. poz. 2176 z późn. zm.)- Najbliższy - kolejny po zaistniałym w roku 2017 - wzrost uposażeń będzie miał miejsce od 1 stycznia 2019 r. Nadmienić należy, że przepisy ustawy określają również środki finansowe przeznaczone na wzrost konkurencyjności wynagrodzeń pracowników cywilnych Służby Więziennej.

W podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności pracują również pielęgniarki, pielęgniarze i położne będące funkcjonariuszami - w odniesieniu do tej grupy osób zastosowanie mają również przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1473 z późn. zm.). Zauważyć należy, że przepisy tej ustawy nie były przedmiotem wspomnianego wcześniej porozumienia.

Reasumując - podstawowym działaniem zmierzającym do uatrakcyjnienia warunków wynagrodzenia pracowników i funkcjonariuszy Służby Więziennej jest realizacja przedsięwzięć określonych w ustawie z dnia 15 grudnia 2016 r. o ustanowieniu „Programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2017 – 2020”. W oparciu o przepisy tej ustawy Służba Więzienna otrzymuje środki finansowe na wzrost wynagrodzeń i uposażeń, który realizowany jest w sposób uzgodniony z partnerem społecznym - Związkiem Zawodowym Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa.

*Z wyrazami szacunku  
Naczelnik Wydziału ds Służby Więziennej  
dr Witold Mazurek*





# NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-OIE.060.169.2.2018

Warszawa, 18 lipca 2018 r.

**Pani Józefa Szczurek-Żelazko**  
Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

### Szanowna Pani Minister

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o przedstawienie opinii w kwestii dopuszczalności odbywania w Polsce tzw. studiów pomostowych, przez pielęgniarki, które uzyskały kwalifikacje zawodowe na Ukrainie w szczególności posiadające tytuł młodszego specjalisty w obszarze pielęgniarstwa.

Należy wskazać, iż coraz częściej występują sytuacje, gdy pielęgniarka, która uzyskała kwalifikacje zawodowe na Ukrainie w szczególności posiadająca tytuł młodszego specjalisty w obszarze pielęgniarstwa kontynuuje kształcenie zawodowe w Polsce na studiach I stopnia na kierunku pielęgniarstwo prowadzonych w trybie niestacjonarnym (tzw. studia pomostowe) oraz uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa.

Należy wskazać, iż zgodnie z art. 52 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t Dz. U. z 2018 r., poz. 123 ze zm.) kształcenie w szkole pielęgniarstwa, a więc w uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia może trwać krócej niż 3 lata - w przypadku pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki, jeżeli po ich ukończeniu pielęgniarka uzyska wiedzę, kwalifikacje i umiejętności odpowiadające wiedzy, kwalifikacjom i umiejętnościom uzyskiwanym po ukończeniu studiów, o których mowa

w art. 52 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy. Ponadto zgodnie z § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2012 r. poz. 770) do podjęcia ww. studiów pomostowych, uprawnia świadectwo dojrzałości oraz dyplom ukończenia w przypadku pielęgniarek:

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

Treść ww. przepisów prawa wyraźnie zatem wskazuje, iż możliwość kształcenia zawodowego na studiach pomostowych w odniesieniu do pielęgniarek została przewidziana wyłącznie dla pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki, a więc dla polskich pielęgniarek, które uzyskały kwalifikacje zawodowe w poprzednim systemie kształcenia zawodowego.

W świetle powyższych przepisów powstaje uzasadniona wątpliwość co do dopuszczalności odbywania kształcenia przez pielęgniarki z Ukrainy na studiach I stopnia na kierunku pie-

lęgniarstwo w trybie niestacjonarnym (tzw. studia pomostowe) oraz prawidłowości postępowania uczelni wyższych, które kwalifikują ww. osoby do odbywania takich studiów w Polsce.

W naszej ocenie z uwagi na brzmienie ww. przepisów prawa nie jest dopuszczalne kształcenie w Polsce pielęgniarek, które uzyskały kwalifikacje zawodowe na Ukrainie w ramach studiów prowadzonych w trybie niestacjonarnym (pomostowych), gdyż kształcenie na takich studiach zostało przewidziane wyłącznie dla polskich pielęgniarek, które uzyskały w Polsce kwalifikacje zawodowe w poprzednim systemie kształcenia zawodowego.

Przedstawienie Państwa opinii w powyższej kwestii jest szczególnie istotne z uwagi na fakt, iż ww. osoby z Ukrainy po ukończeniu studiów pomostowych zwracają się do okręgowych rad pielęgniarek i położnych o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki przedkładając dyplomy ukończenia ww. studiów. W związku z zaistniałymi wątpliwościami w zakresie zgodności z przepisami prawa wydanych dla Ukrainek dyplomów ukończenia studiów pomostowych powstaje bowiem problem czy uznawać takie dyplomy przy przyznaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.

Będziemy bardzo wdzięczni za jak najszybsze przekazanie Państwa opinii w przedmiotowej kwestii.

*Z wyrazami szacunku*  
*Zofia Małas*  
*Prezes NRPiP*



MINISTERSTWO ZDROWIA  
SEKRETARZ STANU  
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO

PPK.0762:6:20185:

Warszawa, 30.08.2018 r.

### **Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

#### **Szanowna Pani Prezes**

W odpowiedzi na pismo z dnia 18.07.2018 r., znak: NIPiP-NRPiP-OIE.060.169.2.2018, w sprawie dopuszczalności kształcenia na studiach pomostowych pielęgniarek z Ukrainy, uprzejmie informuję, iż w opinii Ministerstwa Zdrowia, umożliwienie kontynuacji nauki na studiach, w tym pomostowych, pielęgniarkom/położnym ukraińskim (jak też innym, spoza UE), nie stoi w sprzeczności z obowiązującym prawem.

W poruszonej kwestii należy wziąć pod uwagę, iż obecnie obowiązującą podstawą prawną do uznawania świadectw, dyplomów, stopni i tytułów naukowych między Rzeczpospolitą Polską a Ukrainą, jest Umowa o wzajemnym uznawaniu akademickim dokumentów o wykształceniu i równoważności stopni, sporządzona w Warszawie dnia 11 kwietnia 2005 r., gwarantująca osobom, które uzyskały wykształcenie w jednym z państw - stron tej umowy, możliwość kontynuacji kształcenia w placówkach drugiego państwa (uznanie do celów akademickich).

Aby pielęgniarka/położna ukraińska mogła kontynuować kształcenie na studiach I stopnia (pomostowych), musi spełnić 2 warunki, posiadać maturę (czyli w tym przypadku pełne wykształcenie średnie) oraz dyplom pielęgniarki.

Bowiem zgodnie z art. 3 w/w Umowy, świadectwa o pełnym wykształceniu średnim (odpowiednik polskiej matury) wydane na Ukrainie, uprawniają do ubiegania się o przyjęcie na studia w szkole wyższej w Polsce. Tak więc, Umowa dopuszcza uznawanie świadectw potwierdzających posiadanie wykształcenia średniego, co otwiera drogę do kontynuacji kształcenia na studiach I stopnia.

Natomiast w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca

2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej wskazano, konieczność posiadania wykształcenia kierunkowego pielęgniarskiego, w celu rozpoczęcia tych studiów.

Tym samym, pielęgniarka/położna z Ukrainy, przedkładająca dokumenty potwierdzające ukończenie kształcenia profilowego z zakresu pielęgniarstwa (posiadająca dyplom pielęgniarki), o którym mowa w § 1 pkt 1 w/w rozporządzenia, oraz posiadająca świadectwo dojrzałości w rozumieniu art. 3 Umowy, może zostać przyjęta w poczet studentów studiów o których mowa w art. 52 ust 2 pkt 1 i art. 53 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w trybie o którym mowa w art. 52 ust. 3 pkt 2 i art. 53 ust 3 pkt 3 ww. ustawy.

Kwestia umożliwienia pielęgniarkom/położnym z krajów trzecich, studiowania na studiach pomostowych, była wnikliwie rozpatrywana przez resort, szczególnie w aspekcie dużego zainteresowania pielęgniarek z Ukrainy, chcących uzupełnić wykształcenie oraz docelowo podjąć prace w swoim zawodzie jak i zgłaszanych przez pracodawców braków kadrowych. Stanowisko Ministerstwa Zdrowia wychodzi naprzeciw aktualnym potrzebom w zakresie zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej. Ponadto informuję, że stanowisko takie, jest również zgodne z działaniami Rządu, zapisanymi w dokumencie Polityka Migracyjna Polski, przyjętym przez Radę Ministrów w dniu 31 lipca 2012 r. (dokument w trakcie aktualizacji). W strategii tej rekomenduje się tworzenie ułatwień i rozwiązań umożliwiających najbardziej

korzystne warunki pracy i pobytu studentów zagranicznych oraz absolwentów polskich uczelni, co powinno zachęcać te kategorie cudzoziemców do osiedlania się w Polsce i zasilania swoimi kwalifikacjami rynek pracy.

Jednocześnie informuję, że w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego trwają prace nad rozszerzeniem zakresu podmiotowego ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich UE, mające na celu ułatwienie dostępu do polskiego rynku pracy wykwalifikowanym pracownikom migrującym z państw „trzech”. Ułatwienie będzie dotyczyło zasad uznawania kwalifikacji objętych tzw. ogólnym systemem uznawania kwalifikacji, co będzie miało wpływ na pielęgniarki posiadające wyłącznie obywatelstwo państwa obcego (niezależnie czy jest to państwo członkowskie UE czy państwo trzecie).

Niezależnie od powyższego informuję, że uznawanie przez poszczególne izby dyplomów studiów I stopnia (pomostowych), uzyskanych przez obywateli innego państwa jest nieodzowne, ponieważ brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych, a także kompetencji izb do negocjowania ważności dokumentów wydawanych po ukończeniu kształcenia, przez uczelnie posiadające stosowne akredytacje.

Stanowisko takie poparte jest także wyrokiem WSA z dnia 8.02.2007 r. wydanym w Warszawie (VII SA/Wa 1553/06), zgodnie z którym obowiązujące przepisy prawa nie upoważniają samorządu zawodowego do kwestionowania dyplomu wyższej uczelni, powołanej zgodnie z obowiązującymi przepisami i posiadającej uprawnienia do prowadzenia studiów wyższych. Nie stanowią również podstawy do przeprowadzenia dodatkowego postępowania w celu wykazania, iż

poziom nauczania w danej uczelni jest prawidłowy i zgodny ze standardami nauczania. Tym samym brak jest podstaw prawnych do stawiania kandydatom ubiegającym się o prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnictwa innych wymagań, niż określone zostały w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa, która nie przewiduje w ogóle sytuacji poddawania w wątpliwość kwalifikacji wykazanych odpowiednimi dyplomami wyższych uczelni.

Niezależnie od powyższego należy wziąć pod uwagę, że pielęgniarka ukraińska, posiadająca dyplom studiów I stopnia, aby otrzymać prawo wykonywania

zawodu, musi spełnić warunki zapisane w art. 35 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa. Po spełnieniu tych warunków, w opinii MZ, brak jest przeciwwskazań do wydania prawa wykonywania zawodu.

Jednocześnie zwracam uwagę, że zgodnie z danymi przekazanymi przez NRPiP, dotyczącymi liczby pielęgniarek i położnych pochodzących z krajów trzecich, do 2017 roku zarejestrowano w Polsce 82 pielęgniarki ukraińskie, na podstawie zarówno dyplomów ukraińskich szkół średnich uznanych w Polsce za równoważne z dyplomami liceum lub studium medycznym jak i dyplomów

studiów pomostowych. W tej sytuacji wydaje się nieuzasadnione różnicowanie pielęgniarek ukraińskich i dowolność izb w przyznawaniu im prawa wykonywania zawodu.

Informuję również, że w przedmiotowej sprawie zwróciłam się o opinię do Krajowej Rady Szkół Pielęgniarek i Położnych. W załączeniu, przekazuję do wiadomości stanowisko Rady w kwestii pozostającej w Państwa zainteresowaniu.

*Z poważaniem*  
*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia*  
*Józefa Szczurek-Żelazko*

## KRAJOWA RADA AKREDYTACYJNA SZKÓŁ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

### Stanowisko Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych w sprawie polityki migracyjnej kadr pielęgniarek i położnych

Warszawa, 30.08.2018 r.

**Sz. P. Prof. Łukasz Szumowski**  
Minister Zdrowia

#### **Szanowny Panie Ministrze,**

W obliczu publicznej debaty wokół przyszłości zasobów kadrowych polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz alokacji dodatkowych środków przyznanych w ramach zwiększenia finansowania systemu opieki zdrowotnej do poziomu 6% PKB, w szczególności wobec konieczności zabezpieczenia populacji Polski w odpowiednią dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej świadczonej przez pielęgniarki i położne Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych, w uzupełnieniu Strategii na Rzecz Rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce przedstawia stanowisko w sprawie konieczności przyjęcia aktywnej polityki imigracyjnej na rzecz ustanowienia stabilnego dostępu do powyższych świadczeń.

Od kilkudziesięciu lat w krajach OECD utrzymuje się tendencja wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Rozbudowa systemów opieki zdrowotnej, rozwój technologii medycz-

nych, wydłużanie życia oraz starzenie się społeczeństw stanowią istotne czynniki powodujące stale wzrastające zapotrzebowanie na usługi świadczone przez kadrę pielęgniarek i położnych.

Międzynarodowe wskaźniki zatrudnienia pracowników opieki zdrowotnej od wielu lat wskazują na bardzo niskie, względem innych krajów OECD, zatrudnienie pielęgniarek w Polsce, na poziomie 5,2 na 1000 mieszkańców w roku 2015. Wskaźnik ten w roku 2000 wynosił w Polsce 4,96. Średni wskaźnik pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w krajach OECD w analogicznym okresie wzrósł z 7,3 do 9,0.

Opracowana w grudniu 2017 roku przez powołany przez Ministra Zdrowia zespół ekspercki Strategia na Rzecz Rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce jako cel wyznacza dążenie do osiągnięcia wskaźnika liczby pielęgniarek w Polsce na poziomie średniego wskaźnika OECD (9,4 dla 2016 r.) w okresie 15 lat, tj. do roku 2032.

Dotychczas podjęte kierunki polityki kadrowej systemu opieki zdrowotnej w Polsce przejawiały się rozwojem publicznego oraz niepublicznego szkolnictwa akademickiego, rozbudową systemu kształcenia podyplomowego, instytucjonalnym oraz legislacyjnym wzrostem kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych. Obserwowany w Polsce od 2006 roku rozwój struktur akademickich zajmujących się kształceniem na kierunkach pielęgniarstwa i położnictwa pozwolił na blisko podwojenie liczby promowanych każdego roku absolwentów tych kierunków, w których kształcenie na poziomie licencjackim, a więc stanowiącym o uzyskaniu kompetencji uprawniających do wykonywania zawodu, uzyskało w szczytowym 2014 roku 6437 absolwentów. Tendencja ta po roku 2014 wykazuje jednak osłabienie wcześniej obserwowanego trendu wzrostowego. Pomimo tych działań, dostępne analizy struktury wieku pielęgniarek i po-

łożnych publikowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych wskazują na brak zastępowalności pokoleń. W przedziale wiekowym 41-60 lat jest około 173 000 pielęgniarek i położnych, podczas gdy w przedziale wiekowym 21-40 lat, mającym zastąpić osoby wychodzące z okresu aktywności zawodowej jest jedynie około 33 000 pielęgniarek i położnych. W stosunku do dzisiejszej liczebności kadr pielęgniarek i położnych, przy zachowaniu aktualnych trendów demograficznych w roku 2033 będzie w Polsce brakowało 169 tys. pielęgniarek i położnych. Powyższe oznacza, iż dla zapewnienia aktualnej dostępności do świadczeń pielęgniarek i położnych konieczne jest w latach 2018-2033 wprowadzenie na rynek pracy 70 000 nowych pielęgniarek i położnych, czyli dla samego zapewnienia zastępowalności pokoleń każdego roku konieczne jest wprowadzenie do systemu średnio o 4368 (czyli o 70% więcej) pielęgniarek i położnych więcej, niż ilość absolwentów w minionych latach. Ponadto, osiągnięcie założonego w Strategii na Rzecz Rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce wskaźnika średniej OECD zatrudnienia pielęgniarek na poziomie 9,4 na 1000 mieszkańców wymaga zatrudnienia rocznie dodatkowo 8250 pielęgniarek i położnych ponad liczbę rocznie uzyskujących prawo wykonywania zawodu.

Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych pragnie zwrócić uwagę, iż nie jest prawdopodobne osiągnięcie w przeciągu najbliższej dekady takiego zwiększenia potencjału krajowych ośrodków dydaktycznych, by zapewnić utrzymanie dostępności świadczeń z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa na aktualnym poziomie. Zarówno dynamika rozwoju jednostek akademickich, jak i struktura demograficzna kolejnych roczników które rozpoczną w kolejnych latach kształcenie na poziomie uniwersyteckim wykluczają możliwość zapewnienia w Rzeczypospolitej Polskiej stałego, bezpiecznego poziomu dostępności do świadczeń tej grupy specjalistów w ochronie zdrowia.

Trwający od wielu lat proces migracji kadr profesjonalnych pracowników opieki zdrowotnej w istotny sposób przynosi poprawę dostępności do

świadczeń w wielu krajach Unii Europejskiej. W krajach tych sukcesywnie wzrasta odsetek zatrudnianych migrantów spośród pielęgniarek. W wielkiej Brytanii aż 15% pielęgniarek to migranci, w Norwegii 9%, w Niemczech 7%, we Włoszech 5,4%, na Łotwie 3,2% na Węgrzech 1.5%. W tym samym czasie w Polsce odsetek imigrantów spośród pielęgniarek pozostaje na poziomie 0.5%. Tym samym Polska stanowi jedynie obszar transferu wysoko wykwalifikowanych kadr pielęgniarskich, które następnie zasilają systemy opieki zdrowotnej innych krajów Unii Europejskiej, w których wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców są znacznie wyższe niż w Polsce.

Należy ponadto zauważyć, iż bliskość geograficzna oraz znaczne podobieństwo kulturowe, w tym także językowe obywateli szczególnie Ukrainy i Białorusi czynią z Polski potencjalnie bardzo atrakcyjny docelowy kraj zatrudnienia w systemie opieki zdrowotnej obywateli tych państw.

Konieczne jest zatem podjęcie pilnych działań, których kierunkiem będzie wypracowanie sprawnych mechanizmów tworzenia miejsca pracy dla wykształconych poza Rzeczpospolitą Polską pielęgniarek i położnych oraz asymilacji osób pochodzących z krajów nie będących członkami Unii Europejskiej, w szczególności z Ukrainy, Białorusi a także Federacji Rosyjskiej.

Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych postuluje utworzenie na poziomie krajowym programu imigracji pracowników opieki zdrowotnej, który obejmie następujące obszary działań:

- 1) Podjęcie niezbędnych zmian legislacyjnych umożliwiających uznanie za równorzędne wykształcenie pielęgniarek i położnych uzyskane w krajach trzecich na potrzeby podjęcia pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- 2) Wypracowanie modelu rozpoznawania różnic w programach kształcenia uzyskanych w krajach trzecich wraz z mechanizmem rozwoju dedykowanych ścieżek przeddyplomowego szkolenia uzupełniającego oraz szkolenia pomostowego, pozwalającego na uzyskanie kompetencji

zgodnych z wymogami dotyczącymi kształcenia pielęgniarek i położnych, wynikającymi z prawa wspólnotowego

- 3) Uproszczenie zasad przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej obcokrajowcom, którzy ukończyli szkolenie w uczelni zlokalizowanej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej
- 4) Stymulację współpracy akademickiej z uczelniami kształcącymi pielęgniarki i położne na terenie krajów trzecich, gwarantujących możliwość wymiany przeddyplomowej oraz kontynuację kształcenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- 5) Utworzenie programu asymilacji społecznej i językowej nowo przybyłych pracowników opieki zdrowotnej.

Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę, iż podjęcie skoordynowanej, zaplanowanej polityki pozyskiwania z zagranicy wysoko wykwalifikowanego personelu pielęgniarek i położnych według proponowanego powyżej modelu stanowi niezbędny element - obok kontynuacji rozbudowy krajowej bazy szkolnictwa akademickiego, zapewnienia ciągłości i stałości opieki zdrowotnej z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa.

Brak rozbudowy polityki imigracyjnej prowadzić będzie już w najbliższych 5 latach do pogłębiającego się pogorszenia dostępności do świadczeń zdrowotnych obywateli i przyczyni się do pogorszenia wskaźników zdrowotnych oraz pogorszenia oceny jakości systemu opieki zdrowotnej przez obywateli.

Jesteśmy głęboko przekonani, iż Pan Minister zainicjuje debatę oraz działania umożliwiające wdrożenie programu polityki pozyskiwania pielęgniarek i położnych wykształconych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, deklarując jednocześnie pełne wsparcie merytoryczne przy budowaniu takiej strategii.

*Krajowa Rada Akredytacyjna  
Szkół Pielęgniarek i Położnych*



# NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DS.015.204.2018.MG

Warszawa, dnia 2 października 2018 r.

### Członkowie NRPIP VII Kadencji

#### Szanowni Państwo

Dotyczy realizacji wniosku z posiedzenia NRPIP.

Uprzejmie informuje iż w dniu 27 września 2018 r. Minister Zdrowia podpisał nowelizację rozporządzenia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz.

1295), polegającej na przesunięciu terminu wejścia w życie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W dniu 20 września 2018 r. na wniosek NRPIP odbyło się spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z przedstawicielami NRPIP w sprawie zmiany terminu wejścia w życie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świad-

czeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Przedstawiciele NRPIP wnioskowali o zmianę terminu wejścia w życie wspólnej deklaracji.

Propozycja przedstawiona przez NRPIP została uwzględniana. W załączeniu treść pisma skierowana do Ministra Zdrowia.

Prezes NRPIP  
Zofia Małas



# NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NMP-NRPIP-DM.0025.284.2018

Warszawa, dnia 26 września 2018 r.

### Pan Marcin Czech

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

#### Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo, które wpłynęło do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w dniu 24 września 2018 roku (znak: OZO,0212.9.2018), dotyczące zaopiniowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

Jednocześnie wnoszę o ustalenie terminu spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, celem określenia szczegółowych zasad współpracy pomiędzy członkami Zespołu POZ oraz wypracowania narzędzia informatycznego, porządkującego

problem list świadczeniobiorców oraz współpracy pomiędzy świadczeniodawcami.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 9 ust. 3, art. 16, art. 33 i art. 34 ustawy z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017r., poz. 2217) z dniem 1 stycznia 2025 roku świadczeniobiorca może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami tworzących zespół poz, a współpraca w ramach poz polega na stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy. Oznacza to tym samym, że od 1 stycznia 2025 roku świadczenia będą w dalszym ciągu udzielane przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz w ramach współpracy podejmowanej w zespole poz, a nie przez zespół poz.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2018 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie wskazuje, na art. 9 ust. 3, art. 16, art. 33 i art. 34.

Zespół poz zgodnie z uzasadnieniem do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z zasady nie jest świadczeniodawcą, zatem załącznik nr 4 do Rozporządzenia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dniem 01 stycznia 2025 r. nie jest drukiem deklaracji wyboru „Zespołu” udzielającego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jest drukiem możliwości wyboru u jednego świadczeniodawcy lekarza poz, pielęgn-



niarki poz, położnej poz na jednym druku pod warunkami zawartymi w ustawie.

Narzędziem informatycznym comiesięcznej weryfikacji list pacjentów, którzy dokonali wyboru w zakresach świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz jest System Zarządzania Obiegiem informacji (SZOI). System Zarządzania Obiegiem Informacji służy do dwukierunkowej komunikacji między

Oddziałem Wojewódzkim NFZ i podmiotami zewnętrznymi - świadczeniodawcami.

NFZ jest zatem dysponentem informacji umożliwiających bieżące tworzenie list świadczeniobiorców z podziałem na zakresy lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz oraz ma możliwość przekazywania za pomocą systemu - SZOI, zwrotnej informacji świadczeniodawcom - tworzenia listy świadczeniobior-

ców z podziałem na zakresy udzielanych świadczeń w poz. Dlatego istnieje potrzeba wypracowania narzędzia informatycznego, porządkującego problem list świadczeniobiorców oraz współpracy pomiędzy świadczeniodawcami.

*Z wyrazami szcunku  
Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska*

## Aktualizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

1 stycznia 2019 r. wejdą w życie przepisy rozporządzenia MZ z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U., poz. 1756). Szczególne miejsce zajmują w nim przepisy dotyczące organizacji edukacji przedporodowej, wsparcia karmienia piersią, łagodzenia bólu, a także zasad pracy personelu w przypadkach szczególnie trudnych dla kobiet i ich rodzin.

16 sierpnia 2018 r. ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Jest to kontynuacja wcześniejszych rozwiązań prawnych w tym zakresie z roku 2010. Po głębokiej analizie faktycznego stanu realizacji wcześniejszych przepisów, przeprowadzonej przez zespół ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia, wypracowano propozycje wprowadzenia modyfikacji w standardach opieki okołoporodowej. Główne założenia pozostały bez zmian i mają na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych. Mocno akcentowane są także prawa pacjenta, a wśród nich prawo do podejmowania świadomych decyzji.

Standardy opieki okołoporodowej wpłynęły na wprowadzenie licznych pozytywnych zmian, jednak w wielu miejscach w kraju jest jeszcze dużo do zrobienia, by realizowane były w jednakowym zakresie w każdym podmiocie. Z tego względu dokument jest standardem or-

ganizacyjnym, co oznacza, że realizacja świadczeń medycznych musi gwarantować porównywalny ich poziom. Dla przejrzystości realizowanego zadania wprowadzono obowiązek monitorowania wskaźników jakości opieki okołoporodowej w każdym podmiocie. Dodano zapisy pozwalające uszczegółowić procedury postępowania w sytuacjach, które do tej pory budziły wątpliwości świadczeniodawców. Rozszerzono zakres działań mających na celu promocję karmienia naturalnego i mlekiem kobiecym. Usunięto zapisy dotyczące procedur medycznych, a w ich miejsce wpisano nakaz realizowania świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi rekomendacjami. Uporządkowano pozostałe treści dotyczące wymogów organizacyjnych. Dołączono do nich także te, które wynikają z wcześniej obowiązujących rozporządzeń w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego oraz w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, połogu w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Z pewnością rozporządzenie to jest znaczącym krokiem w stronę optymalizacji opieki okołoporodowej. Stanowi

doskonale narzędzie określające wymogi, jakie powinna spełniać prawidłowo zorganizowana opieka okołoporodowa. Niezależnie od dotychczasowych przyzwyczajzeń i oporów przed zmianami - zwłaszcza organizacyjnymi, należy pamiętać, że część zmian wynikających z dostosowania podmiotów do realizowania wyznaczonych standardów jest nieunikniona, bo prawa zobowiązani jesteśmy przestrzegać.

Standard organizacyjny opieki okołoporodowej został opracowany na podstawie zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach, ale także po analizie aktualnej sytuacji w polskim położnictwie. Tworzony był przy współdziałaniu przedstawicieli wielu specjalności lekarskich (w tym ginekologii, położnictwa, neonatologii, anestezjologii, psychiatrii), przedstawicieli NFZ, wielu organizacji konsumenckich i organizacji pozarządowych. W pracach zespołu uczestniczyła także duża reprezentacja położnych: konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego - mgr Leokadia Jędrzejewska, prezes Polskiego Towarzystwa Położnych, prof. UM dr hab. n. o zdr. Beata Pięta, dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus, wiceprezes Stowarzyszenia Dobrze Urodzeni - dr n. o zdr. Dorota Fryc i wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - mgr Ewa Janiuk.

Najważniejsze zmiany i zadania dla podmiotów wykonujących działalność

lecniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

### **I. Ocena jakości udzielanych świadczeń w okresie okołoporodowym:**

- ustalenie wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowanie, nie rzadziej niż raz w roku,\* kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką; sposób realizacji oraz dokumentowanie działań powinien określać regulamin organizacyjny;

- systematyczna ocena założeń realizowanych zgodnie ze standardem pozwoli na wyodrębnienie słabych punktów w opiece i zmobilizuje do pracy nad ich wyeliminowaniem.

### **II. Zmiany w zakresie świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych u kobiet w okresie ciąży:**

- do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się:

- badanie grupy krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi;

- badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy;

- badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM;

- badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży;

- badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji;

- oznaczenie TSH;

- zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek;

- 11.-14. tydzień ciąży:

- ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji;

- 18.-22. tydzień ciąży:

- badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP;

- 21.-26. tydzień ciąży:

- rozpoczęcie edukacji przedporodowej;

- 21.-26. tydzień ciąży:

- badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24.-26. tygodniu ciąży) - trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy;

- 33.-37. tydzień ciąży:

- ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji; a niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży:

- przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu - kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji tak, aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy - indywidualizacja postępowania.

Należy również zwrócić uwagę, że kobieta w okresie fizjologicznej ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3-4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, (w uzasadnionych przypadkach częściej).

### **III. Doprecyzowano obowiązek skierowania ciężarnej do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej, gdy nie jest ona osobą sprawującą opiekę:**

- lekarz sprawujący opiekę nad kobietą w ciąży powinien:

- poinformować ciężarną o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej;

- w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tyg. ciąży skierować kobietę do położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w celu objęcia przez nią edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;

- odnotować w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania jej do położnej;

- położna podstawowej opieki zdrowotnej powinna:

- potwierdzić objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie, dokonując wpisu do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej.

### **Określono ramowe treści przekazywane w ramach edukacji przedporodowej oraz jej organizację:**

- 21.-26. tydzień ciąży - rozpoczęcie edukacji przedporodowej:

- edukację przedporodową w formie indywidualnej lub grupowej powinna realizować położna zgodnie z zakresem tematycznym wskazanym w ramowym programie obejmującym okres prenatalny, poród i połóg; w trakcie edukacji nie należy prowadzić działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt (uczestnicy edukacji nie powinni otrzymywać materiałów z wizerunkiem firm produkujących mleko początkowe, próbek tych produktów, smoczków, butelek, w celu zmniejszenia ryzyka przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią).

### **IV. Wsparcie w karmieniu piersią przez:**

- jak najwcześniejsze objęcie ciężarnej opieką położnej podstawowej opieki zdrowotnej;

- edukację przedporodową poruszającą tematykę związaną z laktacją i rozwiązywaniem problemów z nią związanych;

- wzmocnienie znaczenia nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie, aby jak najszybciej zainicjować pierwsze karmienie; w tym celu:

- ocena noworodka wg skali Apgar powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne;

- lekarz oddziału neonatologicznego nie powinien przeprowadzać badania klinicznego noworodka w trakcie kontaktu „skóra do skóry”, jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia jego życia lub zdrowia;

- dostarczenie matce przez położną informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;

- przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi;

- w przypadku dokarmiania noworodka uwzględnienie prawidłowego doboru metod dokarmiania, które zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększą ryzyka poja-

wienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją;

- przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;

- podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu;

- zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (obowiązek od 1 stycznia 2022 r.);

- noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego;

- równolegle rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;

- przestrzeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne skierowane do kobiet w ciąży i noworodków, wolna od treści i działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią;

- uwzględnienie w zewnętrznej dokumentacji medycznej noworodka informacji dotyczących przeprowadzonego instruktażu matki w zakresie przystawiania do piersi i zasad karmienia piersią;

- profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu matki i jej dziecka;

- ocenę odżywiania noworodka przez położną, w tym sposobu karmienia (wyłącznie piersią, odciąganiem pokarmem matki, mieszanką sztuczną, karmienie łączone), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, oznaki głodu, nasycenia) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, inne);

- zachęcanie matki do karmienia naturalnego, położna udziela porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodze-

nia w laktacji, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;

- kontynuację przez położną wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego także po odbyciu wizyt patronażowych.

#### **V. Inne istotne zmiany organizacyjne:**

■ doprecyzowano przepis dotyczący realizacji praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej, która polega w szczególności na: respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;

■ do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zaliczono również zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz używanie produktów leczniczych w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę;

■ do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania zaliczono przekroczenie 41. tygodnia ciąży lub niepewność co do terminu porodu;

■ w przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka ciężarna, rodząca lub noworodek powinni pozostać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną;

■ w miarę możliwości organizacyjnych należy umożliwić ciężarnej wcześniejsze zapoznanie z miejscem porodu, zorganizować możliwość wypełnienia dokumentacji medycznej, konsultację anestezjologiczną na wypadek zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu;

■ rodzącą zakażoną HIV należy skierować do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej;

■ u każdej rodzącej należy zweryfikować badania na obecność antygeny HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (z 33.-37. tyg. ciąży); w razie bra-

ku aktualnych badań należy je niezwłocznie wykonać;

■ o możliwości spożywania posiłków przez rodzącą decyduje osoba sprawująca nad nią opiekę;

■ opieka pielęgnacyjna nad położnicą i noworodkiem w oddziale porodowym lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu jest realizowana przez położną;

■ obecność lekarza oddziału neonatologicznego w sali porodowej przed lub po urodzeniu noworodka jest wymagana w przypadku: porodu zabiegowego, porodu przedwczesnego, porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego, porodu u ciężarnej z patologicznym przebiegiem ciąży, porodu u ciężarnej z przewidywanymi lub stwierdzanymi u noworodka wadami wrodzonymi, uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych w IV okresie porodu;

■ wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury powinny być wykonywane po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala;

■ przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dokonujący jego wypisu;

■ podmiot wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku zaobserwowania zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu;

■ opieka nad położnicą w miejscu zamieszkania albo pobytu obejmuje w szczególności ocenę stanu psychicz-

nego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej;

- położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach szczególnych lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających;
- podczas wizyt położna w szczególności zwraca uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
- położna prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu, przenikania alkoholu do mleka matki i jego wpływu na rozwój dziecka;
- położna zdejmuje szwy z krocza i brzucha w zakresie swoich kompetencji, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
- po ukończeniu przez dziecko 8. tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakre-

sie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna;

- zdefiniowano opiekę nad kobietą w sytuacjach szczególnych, do których zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi;
- w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej - zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

**Jednocześnie informuję, że z dniem 1 stycznia 2019 r. tracą moc przepisy:**

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki oko-

porodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2016 r. poz. 1132);

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007).

Ewa Janiuk

Położna, wiceprezes NRPiP

Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej Nr 9/2018

## Prawo do świadczeń odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy

Poczekalnia renomowanej przychodni, w kolejce do recepcji stał m.in. mężczyzna w średnim wieku. Już na pierwszy rzut oka widać było, że jest poirytowany. Na prawej ręce w zgięciu łokciowym miał założony dość duży opatrunek. Gdy nadeszła jego kolej, podniesionym głosem powiedział: „Chciałbym rozmawiać z osobą nadzorującą pracę pielęgniarek w tej przychodni. Przyszedłem złożyć skargę na pielęgniarkę pracującą w gabinecie zabiegowym. Jestem rozczarowany poziomem świadczonych usług”. Na twarzy kobiety pracującej w recepcji łatwo było zauważyć zaniepokojenie. Odpowiedziała: „W tej chwili nie ma przełożonej,

ja wszystko powtórzę, proszę spokojnie opowiedzieć, co się stało”. Mężczyzna, zdejmując okład z ręki, odpowiedział: „Spokojny to ja byłem do wczoraj, od dziś będę dochodził swoich praw”, po czym podsunął najpierw jej, a potem mnie pod nos swoją rękę. „Pani zobaczy, tak mi wczoraj pielęgniarka pobrała krew, że pół ręki zajmuje siniak”. Rzeczywiście, na rękę widać było dość duży fioletowo-granatowy wylew. Recepcjonistka powiedziała: „Wie Pan, tak się składa, że jestem pielęgniarką i wiem, że czasami krew po pobraniu wynaczyła się, gdy pacjent zbyt krótko uciska miejsce po nakłuciu”. Mężczyzna odparł: „Wczoraj wieczorem, gdy bardzo

bolała mnie ręka, poszedłem do Nocnej Pomocy Lekarskiej i tam, po zbądaniu przez lekarza, gdy miałem wykonywany okład, pielęgniarka zdziwiona rozmiarem siniaka pytała mnie, czy zastosowałem się do poleceń osoby pobierającej krew, a więc czy przez 5 minut, lekko unosząc rękę, uciskałem miejsce pobrania. Odpowiedziałem, że nikt mi tego nie kazał robić. Pielęgniarka założyła mi tylko gazik, zgięła rękę w łokciu i powiedziała: to wszystko. Po powrocie do domu znalazłem w internecie obowiązujący standard pobierania krwi. Tam było dokładnie napisane to, co mi powiedziała pielęgniarka z gabinetu zabiegowego w Nocnej Pomocy Lekar-

skiej, czyli że błędem jest zginanie ręki w stawie łokciowym, jeśli w zgięciu łokciowym pobierano krew, ponieważ nie stosuje się ucisku i krew wylewa się z naczyń pod skórę. Dlatego pielęgniarka pracująca w gabinecie zabiegowym nie zna aktualnych zaleceń? Dlaczego ich nie stosuje? Ja tego tak nie zostawię. Wiem, jakie mam uprawnienia i że naruszane są moje prawa jako pacjenta”.

To hipotetyczna sytuacja, ale mogła zdarzyć się w każdej placówce medycznej – wykorzystajmy ją zatem by przypomnieć, co w praktyce oznacza „Prawo do świadczeń odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy”.

### Komentarz

Przepis art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyraża prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych. I tak ust. 1 stanowi o prawie do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Natomiast ust. 2 tego przepisu odnosi się do udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w warunkach ograniczonych możliwości. W takim przypadku prawem pacjenta jest dostęp do świadczeń w kolejności ustalonej na podstawie procedury opartej na kryteriach medycznych, która charakteryzuje się przejrzystością oraz obiektywizmem. Przed wejściem w życie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, na gruncie przepisów nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, uprawnienia pacjenta, o których mowa wyżej, określał art. 19 ust. 1 pkt 1 tej ustawy. Przepis ten stanowił, iż pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Z porównania treści obu przywołanych przepisów - tej zawartej w art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz tej określonej art. 6 ustawy o prawach pacjenta wynika, iż uprzednio prawem pacjenta było uzyskanie świadczenia odpowiadającego „wymaganiom wiedzy medycznej”, natomiast aktualnie świad-

czenia udzielane pacjentowi mają odpowiadać „wskazaniom aktualnej wiedzy medycznej”. Różnica pomiędzy obydwoma przepisami polega zatem na tym, że obecnie ustawodawca wprost odwołał się do aktualności wiedzy medycznej. Wydaje się jednak, że także na gruncie art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, świadczenia zdrowotne miały być udzielane zgodnie z wiedzą medyczną cechującą się przymiotem aktualności (T. Sroka: Podstawa prawna zasady udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, [w:] Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku. LEX 2013).

„Z literalnego brzmienia art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jednoznacznie wynika, że prawodawca gwarantuje pacjentowi prawo nie do jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, ale do świadczeń charakteryzujących się tym, że odpowiadają wymaganiom wiedzy medycznej. Pod pojęciem »wymagania wiedzy medycznej« kryją się aktualne, podstawowe zasady, standardy przyjęte we współczesnej medycynie zawarte w dostępnej literaturze i przekazywane studentom wyższych uczelni medycznych” (J. Bujny: Prawa pacjenta... Między autonomią a paternalizmem. C.H. Beck 2007). W tym miejscu zasadnym jest wskazanie na orzecznictwo ukształtowane na gruncie art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i przykładowe wskazanie wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 kwietnia 2013 r., który m.in. stwierdził, iż z art. 19 ust. 1 w zw. z art. L9a u.z.o.z. wynika, że podstawą tam uregulowanego roszczenia o zadośćuczynienie jest niezastosowanie odpowiednich, świadczeń wymaganych wiedzą medyczną, a nie ich niedbałe wykonanie (I ACa 42/13, LEX nr 1315656) oraz wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r. Ujęte w art. L9 ust. 1 pkt 1 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej uzasadnia oczekiwanie pacjenta, że zastosowane wobec niego metody lecznicze i diagnostyczne, odpowiadające związanym z tym potrzebom, będą op-

arte na sprawdzonych i aktualnych metodach, będą więc świadczeniami odpowiedniej jakości. Przyjęcie zawinionego naruszenia prawa pacjenta będzie uzasadnione w przypadku nieuzasadnionego i powstałego z przyczyny niedbalstwa personelu medycznego zaniechania wykonania u pacjenta badania diagnostycznego, które jednocześnie nie mieści się w kategorii błędu medycznego (diagnostycznego), gdyż diagnozy albo w ogóle nie było, albo była ona prawidłowa. VCSK142/11 (LEX nr 1222168).

„W chwili udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do stosowania metod, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej. Przepis ten jednocześnie wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych, niezgodnych z wiedzą medyczną, czyli negatywnie ocenionych na gruncie nauk medycznych. Warunek przeprowadzania czynności medycznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej jest niekwestionowanym warunkiem podejmowania czynności zgodnie z prawem (*lege artis*). Spełnienie tego warunku jest obiektywną kategorią i nie zależy od subiektywnych przekonań osoby biorącej udział w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego ani od przekonań pacjenta. Celem tego warunku jest zagwarantowanie pacjentowi świadczeń zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie. 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 pacjenta. Zgodność z aktualnymi regułami postępowania medycznego ma stworzyć pacjentowi poczucie bezpieczeństwa terapeutycznego oraz ograniczyć związane nierozzerwalnie z tymi czynnościami ryzyko” (D. Karkowska: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Komentarz, Lex 2012).

Prawu pacjenta do uzyskania świadczenia opartego na wskazaniach aktualnej wiedzy medycznej odpowiadają obowiązki zawarte w przepisach ustaw określających powinności osób wyko-

nujących niektóre medyczne zawody regulowane. I tak, art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej zobowiązuje osoby wykonujące te zawody do ich wykonywania z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo oraz z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej. W przypadku osób wykonujących zawód diagnosty laboratoryjnego obowiązek postępowania w sposób respektujący prawo pacjenta do uzyskania świadczenia odpowiadającego aktualnym wskazaniom wiedzy medycznej wyraża art. 21 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej. Przepis ten zobowiązuje diagnostów laboratoryjnych m.in. do postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy zawodowej. Z kolei art. 30 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej nakłada na diagnostów laboratoryjnych obowiązek m.in. pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych. W przypadku lekarzy oraz lekarzy dentystry odwołanie do wskazań aktualnej wiedzy medycznej zawarte zostało w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który wyraża wymóg wykonywania zawodu zgodnie ze „t wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

Do wymogu udzielania świadczeń odpowiadających aktualnemu poziomowi wiedzy, w sposób mniej lub bardziej bezpośredni, odwołują się również postanowienia kodeksów etyki zawodowej poszczególnych korporacji osób wykonujących zawody medyczne. I tak, Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej już w treści pkt 1 i 6 przyrzeczenia zawiera zobowiązanie do sprawowania profesjonalnej opieki nad życiem i zdrowiem ludzkim oraz wdrażania do praktyki nowych zdobyczy nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznego doskonalenia własnych umiejętności i wiedzy dla dobra zawodu. Powiązanie treści obu zapisów prowadzi do wniosku, iż jedną z głównych

cech owego profesjonalizmu będzie sprawowanie opieki nad pacjentem w sposób odpowiadający aktualnym wskazaniom wiedzy medycznej („wdrażanie nowych zdobyczy nauk”). Nakaz udzielania świadczeń odpowiadających aktualnemu poziomowi wiedzy wynika również z zapisu zawartego w pkt i części II Kodeksu, który na pielęgniarki i położne nakłada obowiązek ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. W przypadku lekarzy treść przyrzeczenia zawartego w Kodeksie etyki lekarskiej wyraża powinność stałego poszerzania wiedzy lekarskiej i podawania do wiadomości świata lekarskiego wszystkiego, co uda się wynaleźć i udoskonalić. Powyższe wprost nawiązuje do prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Z kolei przepis art. 4 Kodeksu etyki lekarskiej nakazuje lekarzowi wypełnianie swoich zadań m.in. zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną, natomiast art. 6 wyraża powinność ograniczenia przez lekarza czynności medycznych do rzeczywistych potrzeb chorego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Dalsze przepisy Kodeksu etyki lekarskiej, tj. art. 56 wskazuje jako jedną z powinności każdego lekarza obowiązek stałego uzupełniania i doskonalenia swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywania ich swoim współpracownikom. Natomiast art. 57 zakazuje lekarzowi posługiwania się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo, co zdaje się wprost odnosić również do zabezpieczenia prawa pacjenta do uzyskania świadczeń uznanych w danym momencie za optymalne.

Dla porównania Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego nakazuje diagnostom laboratoryjnym, z uwagi na dynamiczny rozwój laboratoryjnej diagnostyki medycznej, stałe poszerzanie swojej wiedzy fachowej i podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych.

Biorąc pod uwagę powyższe, można stwierdzić, iż prawu pacjenta do uzyskania świadczenia adekwatnego do aktualnych wskazań wiedzy medycznej odpowiadają obowiązki wyrażone w przepisach określających reguły wykonywania poszczególnych zawodów,

medycznych oraz powinności wynikające z kodeksów etyki zawodowej w zakresie ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych. Zarazem podkreślenia wymaga, na co wskazuje D. Karkowska, iż pojęcie „aktualna wiedza medyczna” jest terminem wieloznacznym i często nie istnieje jedna wiedza dotycząca określonego przypadku chorobowego. Związane jest to z bardzo szybkim rozwojem medycyny, a nowe techniki są szybko zarzucające, ponieważ pojawiają się kolejne. Tym samym nie ma stałych i niezmiennych reguł postępowania medycznego. Co więcej, w jednym czasie istnieją w środowisku medycznym szkoły reprezentujące odmienne stanowiska dotyczące sposobu postępowania. (...) Zasadą jest powstrzymanie się od stosowania niesprawdzonych metod, które są 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 (D. Karkowska: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Komentarz, Lex 2013).

### Konkluzja

Pomimo braku jednoznaczności pojęcia „aktualnej wiedzy medycznej” obowiązek udzielania świadczeń cechujących się takim przymiotem daje pacjentowi prawo do oczekiwania świadczeń odpowiedniej jakości, tzn. udzielanych z uwzględnieniem współczesnych reguł postępowania medycznego, przy zastosowaniu nowych technik i nowych produktów. Jeżeli dostęp do takich świadczeń jest ograniczony, kolejność dostępu pacjentów do świadczeń powinna opierać się na obiektywnych kryteriach medycznych.

*Radca prawny Jacek Derlacki  
Kancelaria Naczelnego Rzecznika  
Odpowiedzialności Zawodowej*

*Przedruk za Magazyn Pielęgniarki  
i Położnej Nr 7-8/2018*

# Prawo pacjenta do poszanowania godności

**Lata pracy w przypadku Zofii C. zaowocowały wiedzą, doświadczeniem i tym wszystkim, co można nazwać profesjonalizmem zawodowym. Szkoła pielęgniarstwa ukończona ponad ćwierć wieku temu, potem studia pomostowe, szereg kursów specjalistycznych, a także praca na stanowisku pielęgniarki w różnych szpitalach i przychodniach pozwalały jej ze spokojem i bez zbędnych emocji przyjmować to, co przynosiła szpitalna codzienność. Jednak tego feralnego dnia poranek nie wróżył nic dobrego. „Śpięcie” z mężem, niepotrzebna kłótnia o jakiś drobiazg z córką, awaria samochodu i autobus, który odjechał przed czasem...**

Gdy w końcu dotarła na oddział chirurgii onkologicznej, na którym pracowała machinalnie zajęła się swoimi obowiązkami. Gdy kończyła rozkładać leki dla pacjentów, zadzwonił telefon. Odebrała koleżanka.

- Słuchaj, dzwonił z kadr. Mają jakiś problem z twoim urlopem. Idź tam, a ja dokończę.

- Idę, Idę - powiedziała, otwierając drzwi dyżurki. Po przejściu kilku kroków przypomniała jej się jeszcze jedna ważna rzecz. Drzwi do dyżurki były otwarte. Na korytarzu w pobliżu kręciło się tylko kilka osób.

- Aha, i tej pacjentce, no tej... - uciekło jej z pamięci imię i nazwisko chorej, pamiętała tylko, że cztery albo pięć dni temu przeszła operację mastektomii - No tej spod dziewiątki, wiesz tej z jednym cykiem, trzeba podać leki w pierwszej kolejności - powiedziała podniesionym głosem, tak aby na pewno usłyszała ją koleżanka w dyżurce.

Usłyszała ją także pacjentka, którą miała na myśli. Nie tylko zrobiła jej przykrość pacjentce, ale także naruszyła szereg przepisów, do których przestrzegania jest zobowiązana.

## Analiza prawna

Pielęgniarki i położne na podstawie art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych podlegają odpowiedzialności zawodowej za popełnienie przewinienia zawodowego, którym jest naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu lub zasad etyki zawodowej. Przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej są m.in. regulacje zawarte w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Ustawa określając prawa pacjentów w art. 20 ust. 1 przyznaje prawo do poszanowania godności, w szczególności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 23 maja 2014 r. (I ACa 1523/13) „Godność osobista jest sferą osobowości, która konkretyzuje się w poczuciu własnej wartości człowieka i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi. Poczucie to, które jest istotnym elementem psychiki człowieka, kształtowane jest przez szereg różnych okoliczności zewnętrznych i jest uwarunkowane historycznie i kulturowo. Jego postacie i rozmiar w istotny sposób zależą od cech psychiki człowieka i od całości kształtu jego osobowości. Powoduje to zróżnicowanie poczucia własnej wartości człowieka i naruszenia jego godności” (LEX, nr 1477191).

Jak podkreślił sąd w uzasadnieniu przywołanego wyroku, poczucie godności człowieka - podobnie jak inne niematerialne wartości, w szczególności życie, zdrowie, nietykalność cielesna, wolność i swoboda sumienia, nazwisko, pseudonim, zwane dobrami osobistymi - pozostają pod ochroną prawa, jaką zapewnia przepis art. 23 Kodeksu cywilnego.

Zachowanie polegające na naruszeniu godności drugiego człowieka również pozostaje w obszarze objętym regulacjami prawa karnego. Przepis art. 216 § 1 Kodeksu karnego przewiduje odpowiedzial-

ność karną z tytułu znieważenia innej osoby w jej obecności albo choćby pod jej nieobecność, lecz publicznie lub w zamiarze, aby zniewaga do osoby tej dotarła. Czyn polegający na znieważeniu innego człowieka 2 reguły jest zachowaniem zamierzonym, a zatem charakteryzuje się bezpośrednim zamiarem sprawcy. Wśród przedstawicieli doktryny występuje rozbieżność, co do możliwości dopuszczenia się przestępstwa znieważenia w zamiarze ewentualnym, polegającym na takim nastawieniu psychicznym sprawcy, który co prawda nie chce i nie zmierza swoim zachowaniem w sposób bezpośrednio do naruszenia godności drugiego człowieka, ale z takim skutkiem swojego postępowania się, godzi.

**Zniewagi można dopuścić się w różnej formie np. słowem, gestem lub pismem.**

Niezależnie od nakazu ochrony godności pacjenta wynikającego wprost z przepisów Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, obowiązek respektowania praw pacjenta przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki oraz położnej został pośrednio zaakcentowany także w przepisie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Wskazany przepis zobowiązuje pielęgniarki i położne do wykonywania zawodu, a zatem podejmowania czynności wymienionych odpowiednio w art. 4 i 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, z jednej strony „z poszanowaniem praw pacjenta”, a zatem także z respektem dla godności pacjenta, ale również w sposób zgodny „z zasadami etyki zawodowej”.

Zasady etyki zawodowej pielęgniarek i położnych w formie Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej zostały przyjęte uchwałą nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w grudniu 2003 r. W Kodeksie etyki zawodowej co najmniej w kilku miejscach występują zapisy zawierające normy postępowania

adresowane do pielęgniarek oraz położnych dotyczące, najogólniej rzecz ujmując, kultury obcowania oraz komunikacji z pacjentami, w tym poszanowania ich godności osobistej.

I tak, już w treści przyrzeczenia znajduje się deklaracja mówiąca o konieczności okazywania pacjentom należącego szacunku. Z kolei zapis pkt 1 części ogólnej Kodeksu zobowiązuje pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta (a zatem również ich godności) oraz dbania o godność zawodu.

Punkt pierwszy części szczegółowej Kodeksu zatytułowany „Pielęgniarka / położna a pacjent” został poświęcony m.in. wzajemnym relacjom pomiędzy osobami wymagającymi opieki, a pielęgniarkami lub położnymi ową opiekę nad nimi sprawującymi. W myśl przywołanych zapisów pielęgniarki oraz położne we współpracy z pacjentem powinny okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia, będąc zarazem obowiązane do przestrzegania zasad wynikających z praw pacjenta, czyli respektowania prawa pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych.

Warto zacytować tu fragment z „Prawa medycznego dla pielęgniarek” Doroty Karkowskiej (Wolters Kluwer, Warszawa 2013: 250) - „Pacjent korzystający ze

świadczeń zdrowotnych to nadal „cały” człowiek, a nie tylko „uszkodzona funkcja”, to nadal człowiek posiadający własny system wartości i wiedzy, który ma określone oczekiwania wobec osób udzielających świadczeń zdrowotnych, czyli także wobec pielęgniarki”.

### Konkluzja

Niefortunna wypowiedź pielęgniarki Zofii C., w związku z naruszeniem wskazanych przepisów dotyczących wykonywania zawodu, a także zasad etyki zawodowej może być źródłem odpowiedzialności zawodowej tej pielęgniarki ponoszonej na podstawie przepisów ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Niezależnie od tego opisane zachowanie, z uwagi na to, że wprost naruszyło prawa pacjentki do poszanowania jej godności przez pielęgniarkę podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, może stanowić także podstawę do wszczęcia postępowania wyjaśniającego w przedmiocie naruszenia praw pacjenta na podstawie art. 50 Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Jedną z możliwości, jakimi dysponuje rzecznik po przeprowadzeniu takiego postępowania jest skierowanie wystąpienia do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta. W takim wystąpieniu rzecznik formu-

luje opinie i wnioski co do sposobu załatwienia sprawy, a także może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych. Niezależnie od powyższego pacjentka, której dobra osobiste zostały naruszone dysponuje możliwością wystąpienia przeciwko pielęgniarce Zofii C. z pozwem z tego tytułu, a także skierowania do sądu prywatnego aktu oskarżenia.

W trakcie postępowania w tej sprawie prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej pielęgniarka Zofia C. przeprosiła pacjentkę, wyrażając szczerzy żal i wstyd z powodu swojego zachowania oraz prosząc o zaniechanie wyciągania wobec niej dalszych idących konsekwencji.

*Radca prawny Jacek Derlacki  
Kancelaria Naczelnego Rzecznika  
Odpowiedzialności Zawodowej*

*Repertorium to wykaz, rejestr, spis - zwłaszcza akt, spraw sądowych. W każdym numerze MPiP wskazujemy problemy i sprawy, którymi zajął się naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej, aby uświadomić Państwu, z jakimi konsekwencjami mogą wiązać się wykroczenia zawodowe.*

*Przedruk z Magazynu Pielęgniarki  
i Położnej nr 5 maj 2018*

## Budowanie autorytetu przez pielęgniarkę w miejscu pracy

**Bywa, że czasem narzekamy, - czy to we własnym gronie, czy na forach internetowych, - że pielęgniarstwo w Polsce nie jest zawodem prestiżowym, szanowanym i docenianym. Może dlatego, że tak mało w Polsce mówi się u nas o pielęgniarstwie i autorytetach?... Kiedy więc dowiedzieliśmy się, że temat tegorocznej prezentacji podczas finałowych zmagania w Konkursie „Pielęgniarka Roku” brzmiał: „Budowanie autorytetu zawodowego przez pielęgniarkę w miejscu pracy”, poprosiliśmy laureatkę, by podzieliła się z czytelnikami MPiP swoimi spostrzeżeniami i wnioskami, które konkursowe jury wysoko oceniło. Czekamy także na Państwa refleksje i doświadczenia. Rozpocznijmy dyskusję na ten temat.**

*Pielęgniarka Roku 2017 o randze i prestiżu zawodu*

Pielęgniarstwo na przestrzeni lat ewoluowało - od pierwotnego założenia pomocy lekarskiej, aż do samodzielności zawodowej. Zdobycie autorytetu wymaga czasu i pracy. Jest procesem, który trwa przez całą drogę zawodową pielęgniarki.

Autorytet wg „Encyklopedii dla pielęgniarek i położnych” to „poważanie osoby składające do podporządkowania swoich zachowań jej zaleceniom i radom. Zwykle rozróżnia się autorytet:

- 1) osobisty oparty na wiedzy, umiejętnościach, inteligencji, wartościach moralnych i innych walorach charakteru oraz umysłu,
- 2) formalny, inaczej urzędowy, związany z zajmowanym stanowiskiem,



a w szczególności z zakresem uprawnień do podejmowania decyzji na danym stanowisku.

Autorytet osobisty kierownika powinien być dopełnieniem a. urzędowego”.

Pielęgniarka powinna budować swój autorytet, opierając się na kompetencjach zawodowych, postawie moralnej, etycznej, samodzielności i autonomii zawodowej, współpracy w zespole terapeutycznym oraz wyglądzie zewnętrznym. Obraz pielęgniarki powinien być spójny, łącząc w sobie wszystkie te cechy, umiejętności.

### Kompetencje zawodowe...

to wg prof. Kózki „pojęcie złożone, o szerokim znaczeniu, obejmującym praktykę zawodową, opisujące zbiór umiejętności odzwierciedlających wiedzę, postawy oraz elementy psychomotoryczne”. Kompetencje obejmują:

- wiedzę,
- umiejętności,
- postawę.

To, jakie kompetencje powinna posiadać pielęgniarka, określają standardy kształcenia zawarte w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 9 maja 2012 roku, z późniejszą poprawką z dn. 11 sierpnia 2016 roku.

Pielęgniarka, aby profesjonalnie wykonywać swoją pracę, powinna stale poszerzać swoją wiedzę. Jest zobowiązana do dokształcania się. Kształcenie pielęgniarek odbywa się obecnie tylko w ramach szkolnictwa wyższego, a warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu jest uzyskanie stopnia licencjata. Pielęgniarki uczestniczą również w kursach dokształcających, kwalifikacyjnych, a po 2 latach pracy zawodowej mogą ukończyć kurs specjalizacyjny. W przypadku kształcenia podyplomowego programy określają efekty kształcenia, które składają się na kompetencje.

Zgodnie z badaniami prowadzonymi przez CKPPIP od 2002 do 2017 roku ponad 50 tys. pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty w 27 dziedzinach.

Jedną z kompetencji zawodowych jest udział w badaniach naukowych, co poprawia autorytet pielęgniarki. Pierwsze badania naukowe w dziedzinie pielęgniarstwa zaczęto prowadzić w Polsce, kiedy powstały wydziały pielęgniarstwa na akademiach medycznych. Pierwszy



wydział pielęgniarstwa na uczelni wyższej powstał w Lublinie w 1972 roku.

Zdobyta wiedza, umiejętności i doświadczenie pozwalają na stałe podnoszenie jakości opieki pielęgniarstwa, co jest doceniane przez pacjentów i współpracowników.

Pielęgniarka budująca swój autorytet zawodowy chętnie dzieli się swoją wiedzę z innymi członkami zespołu terapeutycznego oraz pacjentem i jego rodziną.

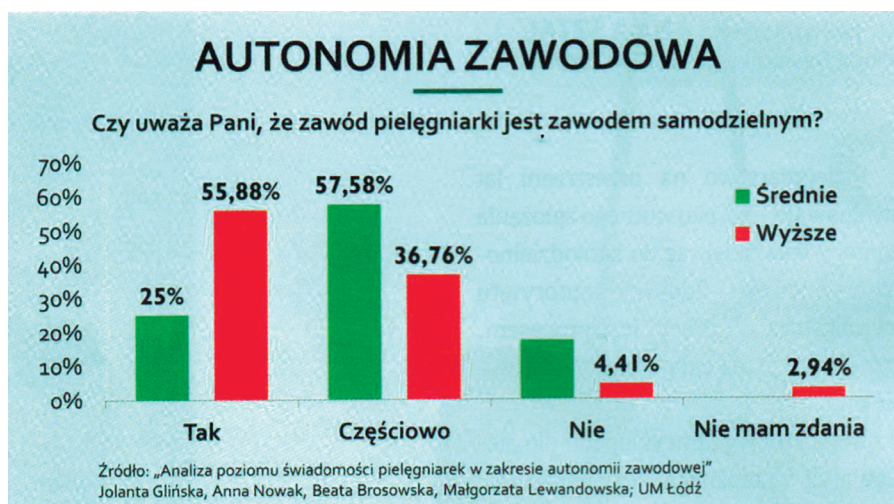
### Postawa moralna...

jest kolejnym elementem budowania autorytetu przez pielęgniarkę. Pomimo tego, że postawa moralna zawiera się w definicji kompetencji zawodowych, to chciałabym poświęcić jej odrębne miejsce w artykule.

Pracy zawodowej pielęgniarki od zawsze towarzyszy moralność i etyka zawodowa. Postawa humanizmu od

początku była związana z zawodem pielęgniarki. Istotą jest uznanie wartości człowieka, poszanowanie jego godności, ochrony zdrowia i życia. Podstawowe cele i wartości zawodu pielęgniarki określa Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej. Podstawowym celem etyki jest sprzyjanie dobremu i odpowiedzialnemu wykonywaniu zawodu, wzbudzaniu zaufania oraz wzmocnieniu poczucia obowiązku. Jeśli chcemy budować swój autorytet, to musimy pamiętać, że jest on zależny od wartości, jakie reprezentujemy i zasad moralnych, jakimi się kierujemy w codziennej pracy.

Powinniśmy także czerpać z przykładów życia i pracy moralnych autorytetów. Niewątpliwie jednym z największych była błogosławiona Hanna Chrzanowska (1902-1973). Postanowiła zostać pielęgniarką, bo chciała poświęcić swoje życie, by pomagać chorym. Przyszły papież Karol Wojtyła bardzo wspie-



rał Hannę w budowaniu pielęgniarstwa domowego. Zaangażowana była w pracę pedagogiczną oraz dobroczynną.

Wzory osobowe stanowią dla nas źródło inspiracji, refleksji i dumy. Wzmacniają w pielęgniarkach poczucie przynależności zawodowej.

### Autonomia zawodowa...

jest następną składową autorytetu pielęgniarki. Za każdą wykształconą pielęgniarką stoją lata pracy naukowej prowadzonej przez jej poprzedniczki i działania rzeszy koleżanek na rzecz utworzenia samorządu w 1991 roku oraz uzyskania autonomii pielęgniarstwa na podstawie Ustawy z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dziennik Ustaw Nr 91). Obecnie obowiązuje Ustawa z 15 lipca 2011 roku.

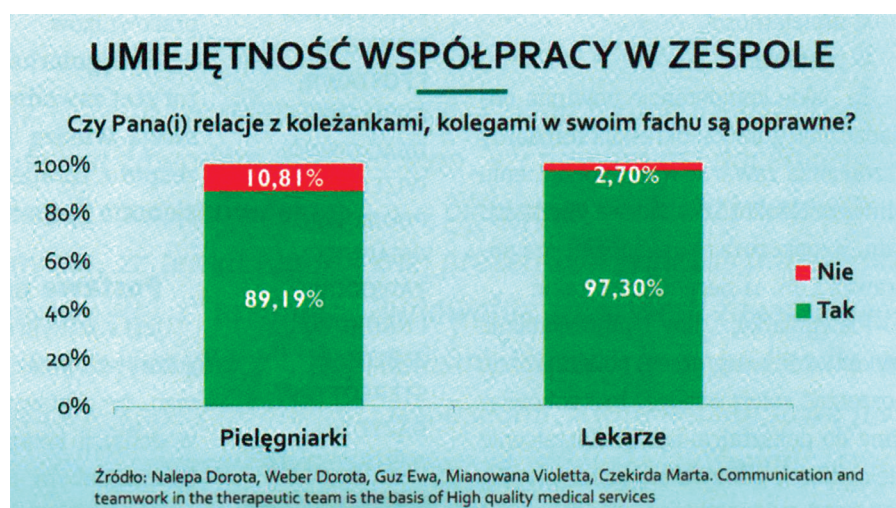
Samodzielność pielęgniarki oznacza, że pracuje ona z pacjentem we współpracy z lekarzami i innymi członkami zespołu terapeutycznego. W centrum znajduje się pacjent objęty holistyczną opieką. Autonomia zawodowa pielęgniarki pozwala jej na możliwość planowania pracy własnej, stawiania diagnoz pielęgniarstkich, wyboru metody pracy i oceny jej wyników.

W badaniu przeprowadzonym przez pracowników Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oceniano poziom świadomości pielęgniarek czynnie pracujących na temat poziomu wiedzy o autonomii zawodowej. W wyniku badania stwierdzono, że nieco ponad połowa pielęgniarek z wykształceniem wyższym uważa, że zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym i tylko 25% badanych z wykształceniem średnim podziela to zdanie. Wynik badania wskazuje, iż należy zwiększyć nacisk na kształtowanie świadomości pielęgniarek w tym zakresie.

Samodzielność pracy znacząco podnosi prestiż zawodowy pielęgniarki, buduje jej autorytet jako fachowca w dziedzinie pielęgniarstwa. Autonomia wiąże się z odpowiedzialnością za własne działania i ich wyniki.

### Kompetencje społeczne...

kompetencje interpersonalne, umiejętność doboru i stosowania metod porozumiewania się z pacjentem, jego bliskimi są również niezbędną składową budowania autorytetu. Pielęgniarka po-



winna umieć porozumiewać się z pacjentem w różnych stanach chorobowych, profesjonalnie przekazać wiedzę.

Współczesny model holistycznej opieki nad pacjentem wymaga profesjonalnej współpracy wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Podstawą tej współpracy jest znajomość zakresów kompetencji, zadań i ról. W przeszłości rola pielęgniarki była postrzegana jako wypełnianie poleceń lekarza. Obecnie, w związku z rozszerzaniem się kompetencji i wzrostem autonomii, pielęgniarka jest partnerem w zespole terapeutycznym. Relacje zachodzące pomiędzy współpracownikami mają duży wpływ na jakość opieki medycznej, istotny jest przepływ informacji oraz atmosfera.

Wynik badania wskazuje na konieczność budowania autorytetu przez pielęgniarki w miejscu pracy, tak aby stały się one autentycznym partnerem w zespole.

Ważna jest współpraca we własnej grupie zawodowej, jednak aby zapew-

nić pacjentowi całościową opiekę, istotne jest współdziałanie wszystkich członków zespołu terapeutycznego.

### Wygląd w miejscu pracy...

jest ostatnim elementem autorytetu pielęgniarki. Ubiór służbowy jest wizytówką pielęgniarki, wskazuje na jej przynależność zawodową. Ważnymi atrybutami pielęgniarki są jej strój i czepek.

W 1990 roku uchylono nakaz noszenia czepka, zastąpił go identyfikator. Schludny ubiór wzbudza zaufanie i szacunek wśród pacjentów. Styl ubierania pielęgniarki podczas pracy wpływa na interakcję z chorym, jego rodziną oraz na sposób, w jaki odbierają oni profesjonalizm pielęgniarki. W kilku badaniach biały mundur był najczęściej kojarzony z profesjonalizmem, choć mali pacjenci oddziałów pediatrycznych preferują pielęgniarki w mundurach wzorzystych i kolorowych.

Pacjent zna swojego lekarza prowadzącego, nie zna pielęgniarki, która się nim opiekuje. Pielęgniarka w pierwszym kontakcie z chorym powinna przedstawić się z imienia i nazwiska, zawsze nosić czytelny identyfikator.

### **Wsparcie dyrekcji, kadry zarządzającej...**

jest niezbędne do tego, aby pielęgniarka mogła budować swój autorytet w miejscu pracy. Istotna jest odpowiednia polityka i kultura organizacyjna sprzyjająca wzmocnieniu autorytetu pielęgniarki. Ten zaś zwiększa jakość opieki medycznej. Na stanowiskach kierowniczych przyczynia się do efektywnego zarządzania zespołem, wzrostu motywacji i zaangażowania podwładnych, a tym samym zwiększa jakość opieki pielęgniarskiej.

W relacji pielęgniarka-pacjent autorytet pielęgniarki buduje zaufanie, chory chętnie i z przekonaniem stosuje się do zaleceń medycznych, zwiększa się satysfakcja pacjenta.

W zespole terapeutycznym poprawia komunikację.

Pielęgniarki powinny budować swój autorytet, opierając się na kompetencjach zawodowych i postawie moralnej, dbać o swój wizerunek, promować osią-

gnięcia zawodowe i naukowe, zmieniać stereotypy, dążyć do mistrzostwa. Pielęgniarka powinna być dobrym człowiekiem - świadomy wybór wartości, sposobu działania i postawy wobec drugiego człowieka zapewnia dobre wykonywanie naszego zawodu. Budowanie autorytetu przez pielęgniarkę nie jest łatwym zadaniem, na autorytet składa się bowiem wiele niezwykle istotnych komponentów.

Pielęgniarka, która kocha swoją pracę, jest zaangażowana, cieszy się wsparciem kadry kierowniczej i czuje się członkiem zespołu, jest w stanie stać się autentycznym autorytetem.

### **O autorce**

Poznajcie bliżej Annę Sztal, Pielęgniarkę Roku 2017.

Jestem absolwentką Medycznego Studium Zawodowego im. Stanisława Liebhartta w Lublinie. Po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu podjęłam pracę na Oddziale Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie, gdzie pracuję do dnia dzisiejszego. W 2011 r. roku uzyskałam tytuł licencjata pielęgniarstwa na WSEI, a obecnie kontynuuję naukę na studiach magisterskich Uniwersytetu Medycznego w Lub-

linie. W ubiegłym roku uzyskałam tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. Z zawodem jestem związana od 20 lat.

Praca na oddziale neurochirurgii wymaga dużo energii i zaangażowania. Każdy dyżur jest inny, przynosi nowe wyzwania i doświadczenia. Znacznym wsparciem jest zgrany zespół i dobra atmosfera. Pomoc drugiemu człowiekowi daje wiele satysfakcji, a wszystko to sprawia, że zawód pielęgniarki jest zawodem niezwykłym i rozwijającym.

Wolny czas spędzam z rodziną - mężem Sebastianem i dwójką dzieci, Martyną i Michałem. Rodzina jest dla mnie bardzo ważna, wspiera mnie we wszystkich moich działaniach. Lubię pracę w ogrodzie oraz wyprawy rowerowe - te krótkie i te dłuższe. Bardzo miło wspominam wyprawę do Rumunii, gdzie wspólnie z mężem przejechaliśmy naszymi jednośladami ponad 500 km po tym pięknym kraju.

*lic. pielęgniarstwa Anna Sztal  
Klinika Neurochirurgii SPSK4 w Lublinie*

*Przedruk z Magazynu Pielęgniarki  
i Położnej nr 05 maj 2018*

## **Pielęgniarki w walkach o NIEPODLEGŁĄ**

**Stulecie odzyskania niepodległości to czas na świętowanie, ale też i na refleksję nad tym, czym jest niepodległość i komu ją zawdzięczamy.**

Niepodległość i wolność są jak zdrowie i powietrze - nie da się bez nich żyć. Dali temu wyraz nasi rodacy, którzy przez 123 lata zaborów nie zapomnieli o wolnej Ojczyźnie. Pamięć i przywiązanie do niej przekazywali z pokolenia na pokolenie. W polskich domach modlono się o odzyskanie niepodległości, dzieci uczono, kim są, śpiewano krzepiące, patriotyczne pieśni, najbardziej ofiarni przygotowywali się do walki i narażali swe życie w kolejnych zrywach powstańczych.

Ukochaną pieśnią była „Rota” napisana przez Marię Konopnicką w 1908 r. jako wyraz buntu przeciw wprowadzonym prawom w zaborze pruskim (melodię skomponował Feliks Nowowiejski). Pieśń ta była uznawana za hymn i śpiewana ze szczególnym szacunkiem.

W takich domach wzrastały i wychowywały się nasze poprzedniczki pielęgniarki - samarytanki, które podejmowały każde wyzwanie, zmierzające do spełnienia pragnień rodziców i dziadków, odzyskania wolnej, niepodległej Ojczyzny. Przygotowania do walki i obrony rozpoczęto na długo przed wybuchem wojny. Absolwentki Lwowskiej Szkoły Pielęgniarek, Szkoły Zawodowych Pie-

lęgniarek Stowarzyszenia PP. Ekonomek św. Wincentego a Paulo, wspierane przez lekarzy społeczników oraz licznie powstające stowarzyszenia, organizowały szkolenia medyczne dla przyszłych pielęgniarek i sanitariuszek.

Wybuch I wojny światowej wskrzesił w Polakach poczucie tożsamości narodowej. Nie przerażały ich dysproporcje sił zaborczych armii, rzucili się do walki o wolną Polskę „póki my żyjemy”. Zaborcy zaczęli wcielać ich do swoich armii. Walki przetaczające się przez ziemie polskie powodowały zastraszające straty wśród żołnierzy, ale też nie oszczędziły ludności cywilnej. Niezbędnym stało się podjęcie zorganizowanej działalności na

rzecz niesienia pomocy rodakom. Dlatego też zaczęto tworzyć liczne stowarzyszenia i organizacje. Spontanicznie organizowano zbiórki funduszy, były to pieniądze, cenne przedmioty, często biżuteria. Gromadzono odzież, materiały opatrunkowe, żywność, którą kobiety wykorzystywały do prowadzenia kuchni polowych i dworcowych. Pielęgniarki, często określane mianem samarytanek, działały we wszystkich tych organizacjach. W zaborze austriackim powstała organizacja „Samaritanin Polski”, która objęła opieką medyczną Legiony Pol-

skie (kilkunastoletnia uczennica Hanna Chrzanowska była zafascynowana Legionami i marzyła, by być starszą i móc pracować w Legionach jako sanitariuszka). W zaborze rosyjskim powołano Polski Komitet Pomocy Sanitarnej, który organizował szpitale, najczęściej na dworcach kolejowych, pociągi sanitarne i bardzo liczne punkty opatrunkowe.

W Krakowie działał od 1915 r. Komitet Książęco-Biskupi (Komitet Sapieżyński). Jego głównym celem była pomoc chorym dotkniętym chorobami zakaźnymi. Dokuczliwy głód, wywózki, brak środków higieny sprzyjały wybuchom groźnych epidemii. Pielęgniarki i sanitariuszki polskie działały w Kolumnach Sanitarnych. Ich nadludzka praca w ciągłym zagrożeniu własnego zdrowia przyczyniała się do wygaszania epidemii.

Książę metropolita A.S. Sapieha starał się zainteresować świat sytuacją Polaków dotkniętych nędzą, fizycznym cierpieniem i licznymi chorobami, poszkodowanych działaniami wojennymi trzech wielkich mocarstw. Pozyskał do współpracy przebywających za granicą Henryka Sienkiewicza i Ignacego Paderewskiego, którzy organizowali zbiórki pieniężne na prace Komitetu. Niezwykle cenną działalność prowadził prof. Maksymilian Rutkowski wraz ze swoją Grupą Chirurgiczną (powstała z inicjatywy Amerykańskiego Czerwonego Krzyża), niosąc pomoc rannym na froncie. W jej skład wchodził wybitny chirurg oraz absolwentki Szkoły PP. Ekonomek, a wśród nich takie autorytety pielęgniarstwa, jak Maria Epstein i Maria Wiszniewska. Pielęgniarki nie tylko opatrywały rannych, ale z narażeniem własnego życia zwoziły ich z pola walki, organizowały szpitale polowe, zmagaly się z epidemiami czerwonki, cholery, tyfusu, ospy.

W zaborze pruskim powstał Poznański Komitet Ratunkowy. Najaktywniejszą w prowadzeniu szkoleń przygotowujących personel medyczny była powstała w 1919 r. pod patronatem Heleny Paderewskiej największa, ogólnopolska organizacja czerwonokrzyżowa pod nazwą Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża. Najliczniejszą przeszkoloną grupę stanowiły pielęgniarki - to one były przeznaczonymi w szpitalach wojskowych lub w pociągach sanitarnych. Podróż w ta-

kich pociągach trwała często ponad rok. Składały się one z kilkunastu wagonów wyposażonych w piętrowe łóżka i dodatkowe miejsca

siedzące dla rannych. Znajdowały się w nich sale operacyjne, opatrunkowe oraz apteka. Ranni wymagający natychmiastowej interwencji chirurgicznej byli operowani nawet podczas transportu. Miejsca dla łez rannych przygotowywano w wagonach towarowych. Pielęgniarki, poza instrumentowaniem do operacji, zaopatrywaniem ran i pielęgnowaniem chorych, prowadziły dokumentację i dbały o higienę otoczenia. Praca w warunkach stałego zagrożenia życia, przeżywania ludzkich cierpień i towarzyszącej im śmierci wymagała ogromnej determinacji i siły zarówno fizycznej, jak i psychicznej.

Nadszedł rok 1918, a z nim upragniona niepodległość i klęska państw zaborczych. Koniec wojny i wielka radość z Odrodzonej Rzeczypospolitej. Radość jednak nie mogła być pełna, ponieważ uznano Polskę za niepodległe państwo, ale nie wyznaczono jego granic. Szybko zorientowano się, że niepodległości nadal trzeba bronić. W 1920 r. wybuchła wojna polsko-bolszewicka. Dowództwo nad wojskiem polskim przejął marszałek Józef Piłsudski.

Polacy z ogromną determinacją walczyli o granice. Jednoczyło ich pragnienie, aby polskie wybrzeże oraz miasta, jak Lwów, Wilno, Poznań, Katowice, znalazły się w granicach II Rzeczypospolitej. W latach 1919-1921 wybuchły trzy powstania śląskie przeciwko zaborcom niemieckim o przyłączenie tych ziem do Polski. Nadszedł rok 1920 i bitwa zwana „cudem nad Wisłą”, zwycięska Bitwa Warszawska, której Europa zawdzięcza ocalenie przed groźnym, bolszewickim totalitaryzmem. Nastała Polska Odrodzona i NIEPODLEGŁA. Przez cały ten czas pielęgniarki nie ustawały w niesieniu pomocy potrzebującym. Wiele z nich wstąpiło do powołanej w 1921 r. formacji pomocniczej armii polskiej - Ochotniczej Legii Kobiet, gdzie podejmowały służbę ratowniczą, patrolową i bojową, uczestniczyły w powstaniach śląskich.

W wolnej ojczyźnie włączyły się do budowania, często od podstaw, opieki zdrowotnej i społecznej. Było to niezwykle trudne i odpowiedzialne zadanie.

*Nie rzucim ziemi, skąd nasz ród,  
Nie damy pogrześć mowy,  
Polski my naród, polski lud,  
Królewski szczep piastowy.  
Nie damy, by nas zniemczył wróg!*

*Tak nam dopomóż Bóg!  
Tak nam dopomóż Bóg!*

*Do krwi ostatniej kropli z żył  
Bronić będziemy ducha,  
Aż się rozpadnie w proch i w pył  
Krzyżacka zawierucha.  
Twierdzą nam będzie każdy próg.*

*Tak nam dopomóż Bóg!  
Tak nam dopomóż Bóg!*

*Nie będzie Niemiec pluć nam w twarz,  
Ni dzieci nam germani!  
Orężny wstanie hufiec nasz,  
Duch będzie nam hetmani!  
Pójdziem, gdy zabrzmi złoty róg.*

*Tak nam dopomóż Bóg!  
Tak nam dopomóż Bóg!*

*Nie damy miana Polski zgnieść,  
Nie pójdziem żywo w trumnę.  
Na Polski imię, na jej cześć  
Podnosim czoła dumne.  
Odzyska ziemię dziadów wnuk.*

*Tak nam dopomóż Bóg!  
Tak nam dopomóż Bóg!*

SŁOWA: MARIA KONOPNICKA  
MUZYKA: FELIKS NOWOWIEJSKI



1. Grupa Chirurgiczna prof. UJ dr Maksymiliana Rutkowskiego (w środku od lewej: M. Wiszniewska, J. Konopczewska, M. Epstein).

Jego realizacja w zrujnowanym kraju przepełnionym osieroconymi dziećmi, bezdomnymi, okaleczonymi, zakaźnie i przewlekle chorymi ludźmi przy braku kadry medycznej, małej liczbie szpitali i środków do leczenia i pielęgnacji była nie lada wyzwaniem. Podjęły je jednak z radością i wiarą w sukces. Świat dowiedział się o istnieniu Polski, napływała pomoc. W krótkim czasie zaczęły powstawać nowoczesne, świeckie szkoły pielęgniarstwa i w okresie międzywojennym powstało profesjonalne pielęgniarstwo. Polskie pielęgniarki cieszyły się zasłużonym szacunkiem zarówno w kraju, jak i na arenie międzynarodowej. Wiele z nich za zasługi w walce o NIEPODLEGŁĄ otrzymało znaczące wyróżnienia i odznaczenia. Bardzo duża liczba pielęgniarek otrzymała za obronę zdrowia i życia ludzkiego z narażeniem własnego życia najwyższe światowe odznaczenie, jakim jest medal Florence Nightingale.

Na zakończenie tego artykułu pragnę dołączyć świadectwa tamtych dni - notki biograficzne zaledwie trzech z wielu pielęgniarek - uczestniczek walk o niepodległość:

HALINA ANTONOWICZ

W latach 1917-19 pracowała w Komisji Likwidacyjnej do spraw Królestwa Polskiego w Piotrogradzie. W kwietniu 1919 r. po ukończeniu kursu PCK dla

sióstr pogotowia sanitarnego objęła stanowisko przełożonej pociągu sanitarnego na froncie wschodnim. Jej podróż w pociągu sanitarnym trwała ponad rok. Wymagało to od niedoświadczonej jeszcze w pracy pielęgniarki niezwykłego poświęcenia, cierpliwości i odwagi. Podczas walk jeździła z kuzynką Aldoną na pola bitwy po rannych. Zaopatrywały chorych i czuwały przy nich przez długie godziny, aż do czasu umieszczenia ich w wozach sanitarnych. Bardzo przeżywała swą bezradność w obliczu jakże często spotykanej śmierci. Zawsze miała obawy, czy zrobiła wszystko, aby temu zapobiec.

Po likwidacji pociągu w lipcu 1920 r. zaciągnęła się do Ochotniczej Legii Kobiet. Do 10 lutego 1921 r. przebywała w koszarach w Krakowie, znosząc trudy żołnierskiej musztry i ćwiczeń wojskowych. W randze podchorążego została przeniesiona do Warszawy, gdzie do lipca 1923 r. pełniła dyżury w izbie przyjęć warszawskiej jednostki wojskowej. W 1929 r. została wyróżniona Medalem 10-lecia Odzyskania Niepodległości.

MARIA EPSTEIN

Była założycielką pierwszej w Polsce świeckiej Szkoły Pielęgniarek - Zawodowych Stowarzyszenia Panien Ekonomek św. Wincentego a Paulo w 1911 r. Szkoła cieszyła się bardzo wysokimi oce-

nami zarówno przygotowania zawodowego, jak postaw etycznych jej absolwentek. W obliczu wybuchu wojny tak przygotowane pielęgniarki stały się niezwykle cenne. W latach 1914-1916 Maria Epstein zorganizowała 6-tygodniowe kursy samarytańskie, prowadzone przez absolwentki szkoły. Przeszkoliła ok. 400 ochotniczek. Każda z grup przeszkolonych kandydatek obejmowała któryś ze zorganizowanych szpitali wojskowych w rejonie przyfrontowym lub w głębi kraju. W porozumieniu z wojskowym zarządem sanitarnym grupy te były kierowane do formacji polskich w armii austriackiej. M. Epsteinówna i A. Rydlówna kierowały tą akcją, równocześnie pracując w grupie chirurgicznej prof. Rutkowskiego w przyfrontowych lazaretach, w punktach sanitarnych na stacji wypoczynkowej dla żołnierzy na dworcu krakowskim. Z ogromnym zaangażowaniem uczestniczyła w akcji niesienia pomocy ofiarom wojny zorganizowanej przez Galicyjski Czerwony Krzyż oraz Komitet Książęco - Biskupi (Komitet Sapieżyński). Działała w Sekcji sanitarnej u boku prof. Emila Godlewskiego. Celem sekcji była ochrona ludności przed chorobami zakaźnymi. Prowadziła szpitale epidemiczne, punkty szczepień, stacje dezynfekcyjne. M. Epstein była przełożoną w szpitalu w Bielczy koło Tarnowa podczas wybuchu epidemii czerwonki, tyfusu plamistego, duru brzuszego. W znacznym stopniu przyczyniła się do ich wygaśnięcia. Prowadziła szkolenie pielęgniarek, z którymi organizowała kolejne placówki. Pozostawała w nich aż do rozpoczęcia prac, a następnie wraz z prof. Godlewskim przeprowadzała inspekcje podległych placówek. W 1916 r., po wznowieniu działalności Szkoły Zawodowych Pielęgniarek, ponownie została jej dyrektorką, borykając się z wielkimi trudnościami finansowymi. Otrzymała pomoc Fundacji Rockefellera i zgodę Uniwersytetu na uruchomienie Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek (1925 r.), została mianowana jej dyrektorką. M. Epstein i grupa przyszłych nauczycielek przed rozpoczęciem pracy przeszły przeszkolenie za granicą. Dzięki energii i wytrwałości dyrektorki szkoła, mimo bardzo trudnych warunków, rozwijała się pomyślnie. W dniu 31 grudnia 1930 r. ustąpiła



2. Maria Epstein z rannymi żołnierzami. Krakowska Dworcowa Stacja Opatrunkowa.

ze stanowiska dyrektorki szkoły. Realizowała swoje wielkie pragnienie całkowitego oddania się Bogu. Wstąpiła do klasztoru SS. Dominikanek w Krakowie na Gródku. Przyjęła imię zakonne Maria Magdalena. Przez szesnaście lat życia zakonnego była przykładem pokornej służy. Umarła w 1947 r. w opinii świętości. Do końca życia interesowała się żywo sprawami szkoły i losami absolwentek. Ks. kardynał Franciszek Macharski 30 września 2004 r. otworzył proces bea-

tyfikacyjny s. Marii Magdaleny Epstein. W dniu 20 kwietnia 2007 r. ks. kardynał Stanisław Dziwisz, nowy ordynariusz Archidiecezji Krakowskiej, zamknął postępowanie procesowe na szczeblu diecezjalnym. Za działalność w ramach Galicyjskiego Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża otrzymała dwa czerwono krzyżskie austriackie odznaczenia, w tym Srebrny Medal za zasługi wojenne.

Źródło: B. Weber, praca zbiorowa. Panmnie prowadził. Mniszki Zakonu Ka-

znodziejskiego w Krakowie „Na Gródku”, Kraków 2017, s. 50.

MARIA HADERA

Pielęgniarka, działaczka społeczna. Urodzona w 1901 r. w Ożegowie. W latach 1919-20 ukończyła kursy Polskiego Czerwonego Krzyża oraz odbyła praktykę w szpitalu wojskowym w Poznaniu. Uczestniczyła w III powstaniu śląskim jako sanitariuszka Kompanii Szturmowej w Ożegowie. Kompania ta walczyła w okolicach Gliwic, Kędzierzyna, Kłodnicy i w rejonie Góry św. Anny. Po zakończeniu walk została pielęgniarką w szpitalu powstańczym w Mysłowicach, a gdy w 1922 r. szpital zlikwidowano, podjęła pracę w PCK. W 1923 r. pracowała na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala Spółki Brackiej w Chorzowie, skąd oddelegowano ją do 2-letniej Szkoły Pielęgniarskiej w Warszawie. Po powrocie została przełożoną pielęgniarek. Od 1936 r. pracowała w Poradni Przeciwgruźliczej w Katowicach. W czasie wojny wysiedlona do Generalnej Guberni, osiedliła się w Boguchwale k. Rzeszowa. Była pielęgniarką Armii Krajowej o pseudonimie „Szarotka”. W 1945 r. powróciła do Katowic i podjęła pracę na rzecz emigrantów w Kolejowej Misji Dworcowej, a następnie w jedynym w Katowicach ambulatorium chirurgiczno-zabiegowym. W 1947 r. została kierowniczką ośrodka repatriacyjnego dla dzieci zagubionych w czasie okupacji.

W latach 1949-1961 była Miejską Instruktorką Pielęgniarek, a następnie przeniosła się do Zakładu Fizykoterapii w Katowicach.

Była założycielką i przez siedem lat przewodniczącą koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach. Odznaczona m.in. Medalem im. Florence Nightingale, Śląskim Krzyżem Powstańczym, Śląską Wstęgą Waleczności i Zasługi, Krzyżem Partyzanckim.

Źródło: zbiory Centralnego Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego.

*mgr pielęgniarstwa KRYSZYNA WOLSKA-LIPIEC  
przewodnicząca Głównej Komisji Historycznej, Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego przy ZG PTP*

*Przedruk za Magazyn Pielęgniarek i Położnych Nr 7-8/2018*

## Opinia w sprawie dokonywania wpisów w kartach zleceń lekarskich przez pielęgniarki

Zasady prowadzenia przez lekarza i pielęgniarkę dokumentacji medycznej reguluje kilka aktów prawnych między innymi: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku (t.j.Dz.U. z 2018 r. poz. 617), ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku. (t.j.Dz.U. z 2018 r. poz. 123). ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (t.j.Dz.U. z 2017r. poz.1318) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015. poz.2069).

Art.41.1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art.18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na lekarza i pielęgniarkę obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej określają zasady jej prowadzenia. § 17.2 pkt.5 wspomnianego rozporządzenia określa, że **wpisu w karcie zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowa-**

**dzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, natomiast wpisu o wykonaniu zlecenia dokonuje osoba wykonująca zlecenie (np. pielęgniarka, położna).**

Pielęgniarka jest uprawniona do wykonania wyłącznie zlecenia lekarskiego, które jest zapisane czytelnie w dokumentacji medycznej (art.15 ust.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Wymagania dla tych zapisów to: nazwa, postać, dawka i droga podania leku, częstość lub określone godziny (lekarz zlecający: imię i nazwisko, specjalizacja oraz numer prawa wykonywania zawodu) oraz realizacja - godzina i podpis pielęgniarki, położnej realizującej zlecenie wraz z imieniem i nazwiskiem, numerem prawa wykonywania zawodu. Wersja elektroniczna dokumentowania musi zawierać wszystkie dane jak wyżej, wraz z akceptowalnym prawem i elektronicznym rodzajem identyfikacji osoby dokonującej wpisu.

Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wpisu do

dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a każdy wpis opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

Z brzmienia tych przepisów wyraźnie wynika, iż wpisy te w zakresie zlecenia a nie wykonywania zleceń wypełnia lekarz, także gdy nastąpi potrzeba zmiany ww. wpisu uprawnionym jest ten ostatni, nie zaś osoba wykonująca zlecenie.

Powyższe przepisy precyzują także zasady prowadzenia dokumentacji medycznej wskazując, iż każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

Zatem pielęgniarki nie posiadają uprawnień do dokonywania wpisu w karcie zleceń lekarskich w części należącej wyłącznie do kompetencji lekarza.

*Z wyrazami szacunku i poważania  
dr n. o zdr. Ewa Zawilińska  
Konsultant Wojewódzki  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa*

## Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z alergią układu oddechowego

### Profilaktyka i leczenie alergii układu oddechowego

Zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu, musimy unikać styczności z alergenami, np. z pyłkami, sierścią zwierząt oraz innymi [Hockenberry M. J., Wilson D. 2009, s.71].

W tabeli 1. przedstawiono zakres profilaktyki dotyczący opisywanej przeze mnie alergii:

W nawiasach podano kategorie wiarygodności zaleceń:

A) badania z randomizacją, liczne dane pochodzą z prawidłowo zaplanowanych

badania z randomizacją; B) badania z randomizacją, nieliczne dane pochodzą z badań interwencyjnych przeprowadzonych w niewielkich grupach chorych; C) badania bez randomizacji oraz obserwacyjne; D) uzgodniona opinia grupy ekspertów.

Leczenie obejmuje różne terapeutyki i jest wielokierunkowe.

W terapii lekowej możemy wyróżnić:

■ Antybiotykoterapia – zazwyczaj rozpoczyna proces leczenia. Stosowane

są antybiotyki betalaktamowe, fluorogwinolony oraz makrolidy. Do stanów chorobowych, jakie należy wyleczyć, a następnie zwalczać zalicza się: „sezonowe i całoroczne nieżyty górnych dróg oddechowych, przerost układu adenoidalnego gardła, skrzywiona przegroda nosa, listwy i kolce przegrody, polipy nosa”. Również ciała obce u dzieci, nurkowanie, palenie tytoniu czy pływanie. Wyleczenie przy trafnie dobranej antybiotykote-

**Tabela 1. Metody zmniejszenia zakażenia na czynniki uczulające drogi oddechowe.**

Czynnik uczulający	Metoda zmniejszenia ekspozycji
zwierzęta z sierścią	- usunięcie zwierzęcia z mieszkania - dokładne wyczyszczenie domu (stosowanie filtrów HEPA), szczególnie dywanów i innych powierzchni, które mogą magazynować sierść [D]
roztocze kurzu domowego	- pranie pościeli oraz ubrań w gorącej wodzie 1x/1-2 tygodnie - mrożenie pluszaków i innych zabawek magazynujących kurz 1x/tydzień - zmniejszenie wilgotności pomieszczeń - dokładne sprzątanie domu - usunięcie dywanów, wykładzin, firan, zasłon - stosowanie pokrowców z materiałów nieprzepuszczalnych dla alergenów [B]
Karaluchy	- uszczelnienie szpar w ścianach i w podłodze - zmniejszenie dostępu do żywności - zmniejszenie wilgotności - środków chemicznych i pułapek [C]
zarodniki grzybów	- usunięcie przedmiotów, na których gromadzą się zarodniki (np. kwiatów doniczkowych) - zmniejszenie wilgotności - stosowanie filtrów HEPA - mycie powierzchni słabym roztworem wybielacza
żywności	- ograniczenie czas przechowywania- regularne usuwanie odpadków
pyłki roślin	- zamykanie okien, wietrzenie w godzinach nocnych - używanie filtrów powietrza - unikanie wychodzenia z domu w godzinach największego pylenia - podróżowanie samochodem z klimatyzacją - noszenie okularów ochronnych - przemywane oczu i nosa oraz zmiana odzienia po pobycie na zewnątrz w okresie pylenia
alergeny pokarmowe	- dieta eliminacyjna [D]
leki	- zakaz stosowania [A]
dym tytoniowy	- wyeliminowanie z otoczenia pacjenta
otyłość	- zmniejszenie masy ciała [B]
zakażenia	- szczepienie przeciwko grypie [D] - ochrona przed innymi zakażeniami
stres emocjonalny	- łagodzenie (w miarę możliwości)

Źródło: Jaworska J., Lange J., Kulus M.: Leczenie astmy oskrzelowej u dzieci [W:] *Alergia Astma Immunologia* 2010, 15 (1): 5-18.

rapii następuje po 14 dniach. Jeżeli wystąpią dwa epizody choroby, także można zastosować dwie 14-dniowe tury leczenia. Kiedy natomiast częstotliwość zachorowań wynosi więcej niż dwa razy rocznie oraz kiedy wystąpią powikłania, antybiotykoterapia powinna trwać 4-6 tygodni. Stosowane są: Amoxicillin, Cefaclo, Ciprofloxacyn czy Axetil.

- Leki adrenomimetyczne – do obkurczenia naczyń błon śluzowych nosa dochodzi przy zastosowaniu leków doustnie, jak i miejscowo. Dzięki temu poszerzają się ujścia zatok przynosowych i zmniejszają procesy zapalne. Preparaty doustne podaje się teraz częściej, niż miejscowe (Cirrus, Clarinase, Rhinopront). Pomijając leki antyhistaminowe, zawierają one też phenylefrynę i pseudoefedrynę (Cirrus, Clarinase). Poprzez stosowanie ich wraz z antybiotykami, skró-

cą czas choroby. Są bezpieczne i niedrogie. Adrenomimetyki stosowane miejscowo (Afrin, Betadrin, Oxalin, Tymazen) podaje się krótko, do 7 dni.

- Sterydoterapia miejscowa – mają korzystny wpływ, nie zważając na to, czy podłożem procesu jest stan alergiczny. Poprawa następuje po kilku dniach, zarówno w samopoczuciu, jak i w obrazie RTG. Do najczęstszych należą: beclomethasone dipropionate, flunizolid, budesonid oraz tramcynolon.
- Mukolityki –stosowane przy gęstej wydzielinie (quaifensin, mistabron i mukosolwan)[Zawisza E.: Choroby alergiczne [W:] Borgis - Postępy Nauk Medycznych 11/2007, s. 445-452]. Zmniejszają jej lepkość w oskrzelach, aby ułatwić odkrztuszenie, co jest ważnym działaniem, które wspomaga siły obronne ustroju. Leki te można podawać drogą wziewną lub doustnie

[Albrecht P., Radzikowski A.: Leczenie objawowe zakażeń dróg oddechowych [W:] Borgis - Nowa Medycyna 1/2009, s. 21-26].

- Antyhistaminiki – skuteczne, kiedy podłoże stanowi proces alergiczny. Niwelują wpływ wodnistej wydzieliny oraz napady kichania. Leki I generacji wywołują działanie antycholinergiczne, nie działają selektywnie jako blokery receptorów H1, powodują senność. Natomiast II i III generacji są przeciwwzpalne (Zyrtec, Alerius i Telfast), bardziej selektywne względem receptorów H1 oraz nie skłaniają ku senności [Zawisza E.: Choroby alergiczne, Borgis - Postępy Nauk Medycznych 11/2007, s. 445-452].

Aerzoloterapia polega na podawaniu leku pod postacią roztworu w nebulizacji bądź proszku prosto do drzewa oskrzelowego. U dzieci podaje się aerozol z inhalatorów ciśnieniowych z komory inhalacyjnej albo w formie nebulizacji. Leki podawane w formie nebulizacji przy zastosowaniu odpowiednich rozcieńczeń oraz wydłużaniu czasu nebulizacji, doprowadzają do poprawy depozycji leków [Bokiej J.: Zaostrzenia w astmie oskrzelowej u małych dzieci. Borgis - Postępy Nauk Medycznych 9/2008, s. 611-614].

Immunoterapia lub szczepionki mogą być pomocne, gdy przyjmowanie leków nie przynosi efektu. Zaleca się ją przy kontakcie z takimi alergenami, jak roztocze kurzu domowego, sierść zwierząt, pyłki kwiatowe, pleśń czy ukąszenia owadów. Leczenie to powtarzające się i stopniowe podawanie przez kilka lat substancji, która wywołuje u dziecka reakcję alergiczną. Podaje się, zwiększając ilość tak, aby osiągnąć w organizmie stan tolerancji i dojść do wyciszenia okazywania reakcji alergicznej [Roselló R. 2009, s.62].

Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z alergią układu oddechowego

1. Pielęgniarka powinna zapobiegać wystąpieniu ciężkich reakcji alergicznych bądź anafilaktycznych w chwili wykonywania testów skórnych, trzymając w pobliżu strzykawkę z zawartością epinefryny (adrenaliny) [Muscari M. E. 2005, s.171]. Do zadań w tym momencie także trzeba zaliczyć monitorowanie stanu układu oddechowego dziecka, podczas i po zakończeniu testów skór-



nych. W czasie, kiedy występuje ryzyko pojawienia się ciężkich odczynów, zaleca się, aby dziecko poczekało przez 30 minut na terenie placówki służby zdrowia.

2. Do zadań należy zwracanie uwagi na objawy, jakie mogą pojawić się od strony układu oddechowego i ich ocena. W celu zapobiegnięcia znacząca jest cisza, spokój, eliminacja stresu oraz także zadbanie o pozycję w ułożeniu poprawiającym proces oddychania [Kędziora-Kornatowska K. 2010, s.348].

3. Aby zmniejszyć świąd należy rozproszyć uwagę dziecka i podać leki antyhistaminowe, przeciwświądowe bądź miejscowe steroidy. U alergików cierpiących na atopowe zapalenie skóry powinno się zastosować mokre opatrunki. Korzystny wpływ może przynieść również natłuszczenie. Roztwór mąki ziemniaczanej powinno się używać do kąpieli, a ubrania najlepiej, aby wykonane były z miękkiej tkaniny i prane w delikatnym środku piorącym. Zaleca się omijać wełnę i szorstkie materiały. Nawilżanie powietrza pozwoli zniwelować suchość skóry i podrażnienia błon śluzowych w układzie oddechowym.

4. Ważne jest, aby zapobiegać infekcjom. Między innymi podczas czynności pielęgnacyjnej dziecka, jaką może być częste obcinanie mu paznokci oraz stosowanie usztywniaczy na łokcie, aby uniemożliwić zgięcie rąk w łokciach w celu zapobiegnięcia drapaniu i uniknięcia infekcji wtórnych.

5. Asystowanie podczas zabiegu odczulania (immunoterapii) polega na podawaniu iniekcji podskórnych, jeżeli dziecko jest na terenie placówki

służby zdrowia i do dyspozycji pielęgniarki jest sprzęt potrzebny przy udzieleniu pierwszej pomocy. Zadbać należy również o to, by w pobliżu znajdował się ten sprzęt i leki dostępne do użycia w każdej chwili. Opieka nad dzieckiem na obszarze placówki powinna polegać na kontakcie, ciągłej kontroli zachowania, samopoczucia dziecka i trwać jeszcze przez co najmniej 30 minut po podanej iniekcji [Muscari M. E. 2005, s.172].

6. Podawanie leków według zlecenia lekarskiego dożylnie czy też drogą wziewną w postaci nebulizacji (inhalacji) oraz tlenoterapia.

7. Równie istotny jest proces edukacji dziecka i jego rodziny. Tematami, o których powinni wiedzieć są: istota choroby, unikanie alergenów, nauka o prawidłowym stosowaniu leków wziewnych [Kędziora-Kornatowska K. 2010, s.348].

*Artykuł jest fragmentem pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Sylwii Biskup, której promotorem była mgr Wiesława Szarek.*

## Bibliografia

1. Ackley B. J.: Upośledzona wymiana gazowa [W:] Zarzycka D., Ślusarska B. (red.): Podręcznik diagnoz pielęgniarских. Przewodnik planowania opieki oparty na dowodach naukowych. GC Media House, Warszawa 2011, s. 678.

2. Albrecht P., Radzikowski A.: Leczenie objawowe zakażeń dróg oddechowych. *Borgis - Nowa Medycyna* 1/2009, s. 21-26

3. Anderson K. A.: Gotowość do lepszego rodzinnego radzenia sobie z profilaktyką choroby [W:] Zarzycka D., Ślusarska B. (red.): Podręcznik diagnoz pielęgniarских. Przewodnik planowania opieki oparty na dowodach naukowych. GC Media House, Warszawa 2011, s. 466.

4. Apanowicz J.: Metodologia nauk. Wydawnictwo TNOiK, Toruń 2003.

5. Bennett S.: Jak zwalczyć alergię w 7 dni: prosty sposób na pozbycie się alergii i zregenerowanie organizmu. Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2015.

6. Bloom K. C., Olinzock B. J.: Niedostateczna wiedza rodziców [W:] Zarzycka D., Ślusarska B. (red.): Podręcznik diagnoz pielęgniarских. Przewodnik planowania opieki oparty na dowodach naukowych. GC Media House, Warszawa 2011, s. 664.

7. Bokiej J.: Zaostrzenia w astmie oskrzelowej u małych dzieci. *Borgis - Postępy Nauk Medycznych* 9/2008, s. 611-614.

8. Bonarek P., Fuerst J., Kucharczyk G., Łętocha G., Sołtys E., Stypińska K., Szuryn M., Tuliński P., Twardowska M.: *Encyklopedia Biologia*. Wydawnictwo Greg, Kraków 2011.

9. Bowman KF, Rose JH., Radziewicz RM et al.: Family caregiver engagement in a coping and communication support intervention tailored to advanced cancer patients and families, *Cancer Nurs* 32(1):73-81, 2009.

10. Chałubiński M., Kowalski M. L.: Choroby alergiczne i alergeny [W:] Majkowska-Wojciechowska B. (red.): *Alergia na roztocze*. MEDITON Oficyna Wydawnicza, Łódź 2005, s.13.

# Opieka pielęgniariska nad pacjentką z rwą kulszową w przebiegu choroby Hashimoto

## Rola i zadania pielęgniarki wobec pacjenta z chorobą Hashimoto

Opieka pielęgniariska nad pacjentem z chorobą Hashimoto sprowadza się do działań diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, edukacyjnych i profilaktycznych. (G. Jurkowska, K. Łągoda 2011, M. Popiel, A. Plucińska, D.

Owczarek, Z. Rębiś 2013, D. Talarska, D. Zozulińska - Ziółkiewicz 2011)

Zadania diagnostyczne, które powinna podejmować pielęgniarka w procesie pielęgnowania chorego z autoimmunizacyjnym zapaleniem tarczycy to m.in. przygotowywanie zarówno fizyczne jak i psychiczne pacjenta do badań zleconych przez lekarza, mierzenie wzrostu cho-

rego, wykonywanie pomiaru masy ciała oraz obliczanie z powyższych danych wartości BMI, kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych, w tym ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, sprawdzanie pracy serca poprzez wykonywanie EKG, ocenianie wyglądu skóry pacjenta, jej przydatków, nawyków żywieniowych pacjenta, tj. regularności,

ilości i jakości przyjmowanych pokarmów oraz płynów, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stanu psychicznego, aktywności fizycznej, wytrzymałości, stanu wiedzy na temat choroby, jej przyczyn, badań diagnostycznych, sposobów terapii, stylu życia (w tym diety), jaki powinno się prowadzić w tej chorobie oraz wypełnienie 2. pierwszych punktów ww. procesu pielęgnowania oraz zakresu edukacji pacjenta. (G. Jurkowska, K. Łagoda 2011, M. Popiel, A. Plucińska, D. Owczarek, Z. Rębiś 2013, D. Talarska, D. Zozulińska - Ziółkiewicz 2011)

Do działań terapeutycznych wykonywanych przez pielęgniarkę w przebiegu choroby Hashimoto należą: zachęcanie pacjenta do regularnego spożywania leków (w okresie niedoczynności tarczycy stosowanie L-tyroksyny na czczo, pół godziny przed posiłkiem), wykonywanie badań laboratoryjnych, odwiedzanie poradni endokrynologicznej i leczenia chorób współistniejących, informowanie o konwencjonalnych, jak i niekonwencjonalnych sposobach leczenia, diecie oraz konieczności samoobserwacji w celu rozpoznania możliwych powikłań, objawów ubocznych leczenia (w przypadku niedoczynności tarczycy - ból w klatce piersiowej, arytmia serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, rozwolnienie, drżenia rąk itp.). (G. Jurkowska, K. Łagoda 2011, M. Popiel, A. Plucińska, D. Owczarek, Z. Rębiś 2013, D. Talarska, D. Zozulińska - Ziółkiewicz 2011)

W skład rehabilitacyjnych zadań pielęgniarki wchodzi: pokazanie pacjentowi ćwiczeń oddechowych oraz relaksacyjnych, przedstawienie form walki ze stresem i poinformowanie o rodzaju aktywności fizycznej, jaką w przebiegu przewlekłego limfocytarnego zapalenia tarczycy można podejmować, tj. codzienna gimnastyka przez 20 - 30 min, ok. godzinny spacer, jazda na rowerze, pływanie, gra w kręgle, tenisa itp., oraz jakiej lepiej unikać, np. ćwiczenia z dużym obciążeniem czy długotrwały wysiłek. (G. Jurkowska, K. Łagoda 2011, D. Talarska, D. Zozulińska - Ziółkiewicz 2011)

W celu realizacji zadań edukacyjnych oraz profilaktycznych pielęgniarka powinna: poinformować pacjenta o jego chorobie, przyczynie, możliwych obja-

wach, sposobach terapii, diecie, suplementacji, stylu życia, konieczności samoobserwacji, negatywnym wpływie tytoniu oraz stresu na jej przebieg, metodach walki z paleniem papierosów oraz stresem, sposobie obliczania bilansu płynów, BMI na podstawie aktualnych wartości wzrostu oraz masy ciała, motywować chorego do regularnej kontroli podstawowych parametrów życiowych, pielęgnacji skóry, poprzez jej mycie łagodnymi środkami myjącymi, nawadnianie, nawilżanie, natłuszczanie przynajmniej 2. razy dziennie przy użyciu emolientów, unikania światła słonecznego, używania kosmetyków zawierających witaminę C itp., dbania o włosy i paznokcie, zachęcać do zakładania bawełnianej bielizny oraz szczególnego dbania o higienę ciała, poinformować o konieczności unikania osób chorych bądź przeziębionych w celu prewencji powikłań choroby, sposobach ułatwiania zasypiania, potrzebie robienia przerw w pracy na komputerze, unikania sztucznego oświetlenia oraz przekazać rodzinie chorego wiedzę na temat jego choroby, możliwych objawach ubocznych terapii, zalecić im wspieranie psychiczne pacjenta, motywowanie go do aktywności fizycznej oraz nauczyć postępowania w przypadku ryzyka wystąpienia śpiączki hipometabolicznej, objawiającej się drgawkami, zaburzeniami oddychania oraz nagłym spadkiem ciepłoty ciała, na skutek zaostrzenia fazy niedoczynności tarczycy w przebiegu choroby Hashimoto. (G. Jurkowska, K. Łagoda 2011, M. Popiel, A. Plucińska, D. Owczarek, Z. Rębiś 2013, D. Talarska, D. Zozulińska - Ziółkiewicz 2011, W. Ka- pała 2011)

### **Rola i zadania pielęgniarki wobec pacjenta z rwą kulszową**

Pierwszorzędną rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rwą kulszową jest zmniejszenie odczuwania bólu przez chorego, zalecanie i kontrolowanie przyjmowania preferowanych zachowań pacjenta podczas ataku omawianego zespołu bólowego, pomaganie w zmianie sposobu aktywności fizycznej oraz prewencja wystąpienia kolejnego zaostrzenia choroby, powikłań ze strony układu neurologicznego, dlatego też jej zadania sprowadzają się głównie do pełnienia

funkcji terapeutycznej, rehabilitacyjnej, edukacyjnej i profilaktycznej. (K. Jaracz, W. Kozubski 2012)

W celu złagodzenia dolegliwości bólowych pacjenta podczas zaostrzenia rwy kulszowej pielęgniarka powinna: unieruchomić pacjenta i zastosować oraz kontrolować odpowiednią ww. pozycję ułożeniową, niwelować możliwość wystąpienia nadmiernego napięcia tłoczni brzusznej poprzez napinanie mięśni, kichanie, stosować ciepłe okłady na okolicę lędźwiową kręgosłupa, wytłumaczyć choremu konieczność reżimu łóżkowego oraz podawać leki przeciwbólowe i przeciwzapalne na zlecenie lekarza. Podczas unieruchomienia pacjenta powinno się również zwrócić uwagę na profilaktykę przeciwodleżynową, wykonywanie gimnastyki oddechowej, odpowiednie nawodnienie pacjenta i sprawdzanie ilości oddawanego moczu oraz stosowanie wspomnianej wcześniej wysokobiałkowej diety. Pielęgniarska powinna również pamiętać, że pacjenci cierpiący na rwę kulszową, a szczególnie ci, ze starszej grupy wiekowej, nie wiedzą jak sobie radzić z bólem. Większość z nich stosuje jedynie farmakoterapię, a nie zna sposobów niekonwencjonalnych, w tym przede wszystkim fizykoterapii. Rolą pielęgniarki jest zatem informowanie ich o metodach walki z bólem, sposobie ich wykonywania indywidualnie, a także dostępności punktów rehabilitacyjnych, działaniach, jakie należy podjąć, aby móc uczestniczyć w zajęciach i zabiegach tam przeprowadzanych. (K. Jaracz, W. Kozubski 2012, H. Doroszkiewicz, B. Bień 2010)

Pielęgniarka, chcąc zapobiec ponownemu zaostrzeniu rwy kulszowej, bierze udział w jego rehabilitacji wedle zaleceń fizjoterapeuty, stopniowo aktywizując pacjenta. Udziela mu informacji, w jaki sposób przyjmować bezpieczne pozycje ciała, np. stojącej poprzez wysokie podniesienie głowy, napięcie pośladków, wciągnięcie brzucha oraz naprzemienne trzymanie stóp na podłodze. Tłumaczy choremu, by unikał sięgania po różne przedmioty oraz skręcania tułowiem, a także by chcąc się schylić, prostował plecy a nogi zginał w stawach kolanowych. Informuje, że podczas siedzenia jego uda powinny tworzyć kąt prosty z tułowiem, a plecy winny być podpar-

te poduszkami i klinami, zapobiegając wyginaniu się ku przodowi i tyłowi. Pielęgniarka zakazuje również pacjentowi krzyżowania nóg oraz siedzenia na miękkich fotelach z wyprostowanymi kończynami dolnymi. Zaleca także wstawanie z łóżka poprzedzone obrotem na mniej bolesną stronę ciała, zgięciem nóg w stawach kolanowych i biodrowych pod kątem 90 stopni tak, by kolana i stopy wystawały poza krawędzie łóżka oraz podparciem się łokciem. Wtedy należy równocześnie i powoli unosić górną połowę ciała oraz kłaść stopy na podłódze do pozycji siedzącej. W przypadku kładzenia się do łóżka pacjent powinien wykonywać te same czynności, lecz w odwrotnej kolejności. (K. Jaracz, W. Kozubski 2012, K. Klimaszewska, E. Krajewska - Kułak, D. Kondzior, K. Kowalczyk, B. Jankowiak 2011, A. Bejer 2014)

Bardzo ważną rolę pielęgniarki w pielęgnowaniu pacjenta z rwą kulszową jest edukowanie go w celu zapobiegania możliwości nawrotu choroby poprzez: do-

kładne wytłumaczenie istoty choroby, jej przyczyn, objawów, możliwości nawrotów, sposobu przyjmowania właściwej postawy ciała, stosowania odpowiednich form aktywności fizycznej, stylu życia, diety oraz zachęcenie do unikania czynników nasilających rozwój choroby. (K. Jaracz, W. Kozubski 2012, H. Doroszkiewicz, B. Bień 2010, K. Klimaszewska, E. Krajewska - Kułak, D. Kondzior, K. Kowalczyk, B. Jankowiak 2011)

*Autor: Magdalena Wilusz*

*Promotor: dr n. med. Renata Rabiasz*

### **Bibliografia:**

1. Bejer A.: Zdrowy kręgosłup to nasza podstawa [W:] *Zdrowie i uroda* 2014; nr 3; Maj/Czerwiec: 12-13.
2. Doroszkiewicz H., Bień B.: Profil zachowań osób starszych w walce z bólem narządu ruchu [W:] *Problemy pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): 260-265.
3. Jaracz K., Kozubski W. (red.): *Pielęgniarstwo neurologiczne*. WL PZWL, Warszawa 2012, s. 358-365.

4. Jurkowska G., Łagoda K. (red.): *Pielęgniarstwo internistyczne*. WL PZWL, Warszawa 2011, s. 533-550

5. Kapała W.: Jak sobie radzi sucha skóra [W:] *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2011; 3: 10-11.

6. Klimaszewska K., Krajewska - Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa [W:] *Problemy pielęgniarstwa* 2011; 19 (1): 47-54.

7. Popiel M., Plucińska A., Owczarek D., Rębiś Z.: Edukacja pacjentów z chorobami tarczycy. [W:] *Chory przewlekle – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne*, pod. red. Rosińczuk - Tonderys J., Uchmanowicz I. MedPharm Polska, Wrocław 2013, s. 427-434.

8. Talarska D., Zozulińska - Ziółkiewicz D. (red.): *Pielęgniarstwo internistyczne*. WL PZWL, Warszawa 2011, s. 59-70, 243-248.

Szanowni Państwo,

Miło nam jest poinformować, że Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie od dnia 1 grudnia 2018 r. ponownie zakupiła dla pielęgniarek i położnych bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny. Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwi nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Więcej informacji można uzyskać pod numerem telefonu:  
13 43 694 60



## Serdeczne gratulacje!!!

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackim Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza w dniu 16 lipca 2018 r. została wybrana i wskazana do pełnienia tej funkcji

**Pani ZENONA RADWAŃSKA.**

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym na stanowisko Pielęgniarki/Położnej Naczelnej Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie w dniu 6 listopada 2018 r. została wybrana i wskazana do pełnienia tej funkcji

**Pani DOROTA KOSTRZEWA.**

W związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie w dniu 26 lutego 2018 r. zostały wybrane i wskazane do pełnienia tej funkcji Panie:

**HALINA FILIP**

- Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Rehabilitacyjnego z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej,

**EWA GINALSKA-WILK**

- Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Opieki Paliatywnej,

**EWA GRYSZTAR**

- Pielęgniarka Oddziałowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć Planowych,

**WŁADYSŁAWA MACIEJKOWICZ**

- Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodków,

**STANISŁAWA STOPARCZYK**

- Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Otolaryngologii i Otolaryngologii Dziecięcej,

*Gratulacje oraz życzenia pomyślności i sukcesów zarówno*

*w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym składa Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.*





**KONFERENCJA  
DLA POŁOŻNYCH**

*Zadania położnej w opiece  
nad matką i dzieckiem*

**15 lutego 2019**

**Hotel Nafta**

**Krosno, ul. Lwowska 21**

Informacja i rejestracja: tel. 13 43694 60

## Na gwiazdkę co najlepsze każdy dziś wybiera...

Współcześnie Święta Bożego Narodzenia atakują nas już w listopadzie. W sklepach pojawiają się czekoladowe Mikołaje, ozdoby choinkowe, a z głośników płyną dobrze znane melodie bożonarodzeniowych piosenek. Nie zawsze tak to wyglądało.

Polska, I wojna światowa i dwudziestolecie międzywojenne, Historia życia codziennego i obyczajowości, Artykuły. Najczęściej gdy myślimy o Bożym Narodzeniu w okresie międzywojennym, to zwykle pierwsze na myśl przyjdą nam święta ziemiańskie. Ale jak mogło wyglądać Boże Narodzenie w domu „inteligencji pracującej” w latach trzydziestych XX wieku? Spójrzmy jak pomagały w tej kwestii gazety.

Kiedy zacząć przygotowania? W większości wypadków pierwsze wzmianki o przygotowaniach do świąt Bożego Narodzenia pojawiają się w gazetach dopiero w numerach grudniowych. Poszczególne artykuły wskazywały jakie potrawy warto przygotować, jak udekorować choinkę i stół, a także jak przygotować własnoręcznie ozdoby choinkowe. Gazety często wychodziły naprzeciw warunkom ekonomicznym czytelników. Pożyteczne informacje mogły więc zdobyć tak gospodynie z zamożnych domów, jak również te, które miały skromne dochody. W grudniowym numerze Praktycznej Pani z 1937 roku, możemy przeczytać: „Niech nam zamożniejsze panie nie wezmą za złe, że podawać będziemy skromne (dania — B.M.), ale musimy liczyć się z tem, że korzystają z naszych przepisów osoby młode, niedoświadczone i mające ograniczony budżet.” W dalszej części zapewniano jednak, że w następnym numerze zostaną przedstawione potrawy wystawniejsze. Z kolei ciasta należało zacząć piec w okolicy 20 grudnia, tak aby: „(...) w dniu wigilijnym móc wytworzyć atmosferę pełną spokoju, odpoczynku i radości.” Artykuły miały również aspekt wychowawczy. Rodzicom podpowiadano, aby w przygotowania wciągnąć także dzieci i mło-

dzieź, która mogła przygotowywać dodatki do ciast, albo pomóc w sprzątanii.

Gdy pani posiadała w swoim gospodarstwie domowym urządzenia gazowe, na których przygotowywała posiłki, to przed świętami mogła skorzystać z pomocy Gazowni Miejskiej. Ta ostatnia organizowała bowiem bezpłatne pokazy pieczenia ciast właśnie na takich urządzeniach.

Co w żołądku? W teorii na stole wigilijnym powinno pojawić się 12 postnych potraw. Jednak patrząc na menu, przedstawiane w gazetach, nierzadko ograniczano się tylko do trzech potraw: zupy, ryby (w różnej postaci) oraz słodkiego deseru. Dbano jednak o to, aby zgodnie z tradycją były dania z kapustą, grzybami i makiem. Gospodyni nie musiała jednak podawać specjalnie dla tych „produktów przyrządzanych i potraw, gdyż: „W dzisiejszych i ścieśnionych jadłospisach, nie pomieścimy wszystkiego, jeżeli jednak mak podamy w leguminie, a kapustę w zupie, czy w paszteciku, nie będzie to złamanie tradycji.” Usprawiedliwiano to przede wszystkim kwestiami ekonomicznymi, ale także, praktycznymi: „Nie ma wiele sensu, przygotowanie dla tradycji tych potraw, które odchodzą nietknięte od stołu.” Ponadto uważano, że przy wigilijnym stole nikt nie jest już w stanie posmakować 12 dań, więc należy pamiętać: „(...) żeby było smacznie, zdrowo dla nas i dla naszej kieszeni.”

Sugerowano, aby prace „sezonowe” jak pranie, czy mycie okien zrobić około dwóch tygodni przed świętami.

Jeżeli natomiast komuś koniecznie zależało na choince, to w cukierni można było kupić małe sztuczne drzewka, które były jednocześnie bombonierkami, na których wisiały słodczyce.

Niektóre produkty potrzebne do przygotowania potraw zaradna gospodyni nabywała wcześniej, gdy były dużo tańsze. Chodziło przede wszystkim o masło, jajka, mąkę, cukier, które można było przechowywać. Z kolei ryby i mięso kupowano na ostatnią chwilę, szczegól-

nie jeżeli pogoda nie uraczyła mrozem. Nie można było wówczas przechowywać mięsa w chłodnym miejscu i łatwo się ono psuło.

Co dokładnie podawano? W większości wypadków menu proponowane w gazetach nie różniło się zbyt od tych dań, które znane są nam dzisiaj. Mogliśmy tam znaleźć m.in. zupę grzybową z kluseczkami, karpia smażonego, kompot z suszonych owoców, panierowane i smażone grzybki. Uważano, że muszą być to dania polskie, a nie zagraniczne. W odróżnieniu od innych uroczystych kolacji, wieczerza wigilijna rozpoczynała się od razu od zupy, wcześniej nie były przewidziane żadne przekąski. Wszystkie potrawy były tradycyjnie postne. Gdybyśmy chcieli dziś odtworzyć taką kolację możemy odwołać się przykładowego menu z Pani domu z roku 1938:

Zupa grzybowa czysta z naleśnikami pokrojonymi jak makaron, Ryba po grecku na zimno, Grzyby z zupy smażone, Ryba faszzerowana - pieczona, Ziemniaki z wody, Sos chrzanowy, Kompot z owoców suszonych i surowych.

Jak można zauważyć większość z tych potraw jest znana również dzisiaj. Przygotowanie ich nie zajmuje dużo czasu, a wykonując je możemy poczuć smak wigilii naszych przodków. Na sam koniec należy oczywiście podać jakieś słodkości. W tym samym numerze gazety możemy odnaleźć również przepis na pierniczki krajane i orzechy kawowe. W taki oto sposób można przygotować kolację 24 grudnia.

Co na stole? Jak się to często podkreśla, ludzie najpierw „jedzą” wzrokiem. O jedzeniu już było, czas więc wspomnieć o otoczeniu podawanych rarytasów. Duże znaczenie miało ozdabianie stołów wigilijnych. Podkreślano w ten sposób uroczysty charakter tego dnia, Gazety wychodziły w tej kwestii naprzeciw zapotrzebowaniu czytelników, przedstawiając artykuły poświęcone dekorowaniu, gdyż: „(...) tradycja nie daje ustalonych form”, ale „Możemy je sami

wytworzyć. Powinniśmy je nawet wytworzyć, jeżeli chodzi o zwyczaj dekoracji stołu w ogóle, na co jeszcze mało zwraca się u nas uwagi”. Dawało to duże pole do popisu autorom tekstów.

Musiano pamiętać, aby udekorowany stół stanowił całość, nawet wówczas, gdy nie było na nim żadnej zastawy stołowej. Nic nie wolno było pozostawić przypadkowi. Jeżeli dane gospodarstwo nie mogło pozwolić sobie na kupno choinki, to nic nie stało na przeszkodzie temu, aby pani domu, dzięki swojej pomysowości, wprowadziła do mieszkania trochę świątecznego klimatu w inny sposób. Według M. S. na białym obrusie, który był nieodzowny w czasie uroczystych kolacji, wystarczyło położyć wieńiec z iglastych gałęzi, w środku którego umieszczano miseczkę z makiem. Nie trzeba było zresztą przejmować się brakiem gałązek - wystarczyło wówczas wyciąć kilka gwiazdek z kolorowego papieru (srebrny, złoty, niebieski, czerwony) i ułożyć je pod salaterki, maselniczki, szklanki. Jeżeli natomiast komuś koniecznie zależało na choince, to w cukierni można było kupić małe sztuczne drzewka, które były jednocześnie bombonierkami, na których wisiały słodycze. Inni kupowali malutkie żywe drzewka i stawiali je na środku stołu.

Inspiracje do dekorowania stołów, nie tylko w tradycyjną biel, brano z różnych stron. Można było podążyć za trady-

cją rolniczą i wykorzystać: jabłka, orzechy, makówki lub szyszki. Kolejne pomysły mogła dać choinka, pomimo że: „nie jest ona rdzennie polskim zwyczajem, ale uświęciła ją już tradycja”. Można było wykorzystać rzeczy, które się na niej znajdowały: gałązki, świece, włosy anielskie w kolorze srebra i złota. Aby stół był jeszcze piękniejszy pisano także o wykorzystaniu kolorowych tkanin, co miało złamać biel obrusu świątecznego i nawiązać do kolorowych ozdób na choince. W latach trzydziestych często stosowano również w domach jako element ozdobny różnego rodzaju formy rękodzieła ludowego. Ono także mogło pojawić się na stołach w postaci: „pięknie polerowanych mis i talerzy na jabłka i słodycze”. Nie zapomniano również o jemiolo i ostrokrzewie, ale podkreślano że są to elementy niepolskie.

Oczywiście nieodzownym elementem była duża, żywa choinka, niestety nie wszyscy mogli sobie na nią pozwolić. Ubrane drzewko mogło stanowić jedyną ozdobę tego wieczoru, szczególnie jeżeli stało w jadalni. Nie trzeba było wówczas przejmować się dekorowaniem stołu. Samą choinkę można było ubrać w gotowe zestawy bombek, a ich reklama w *Mojej przyjaciółce* głosiła, iż w skład kompletu wchodziło prawie 150 szklanych ozdób. W zależności od pieniędzy jakimi dysponowano, można było nabyć komplet „Popularny” 5,90 zł, „Lu-

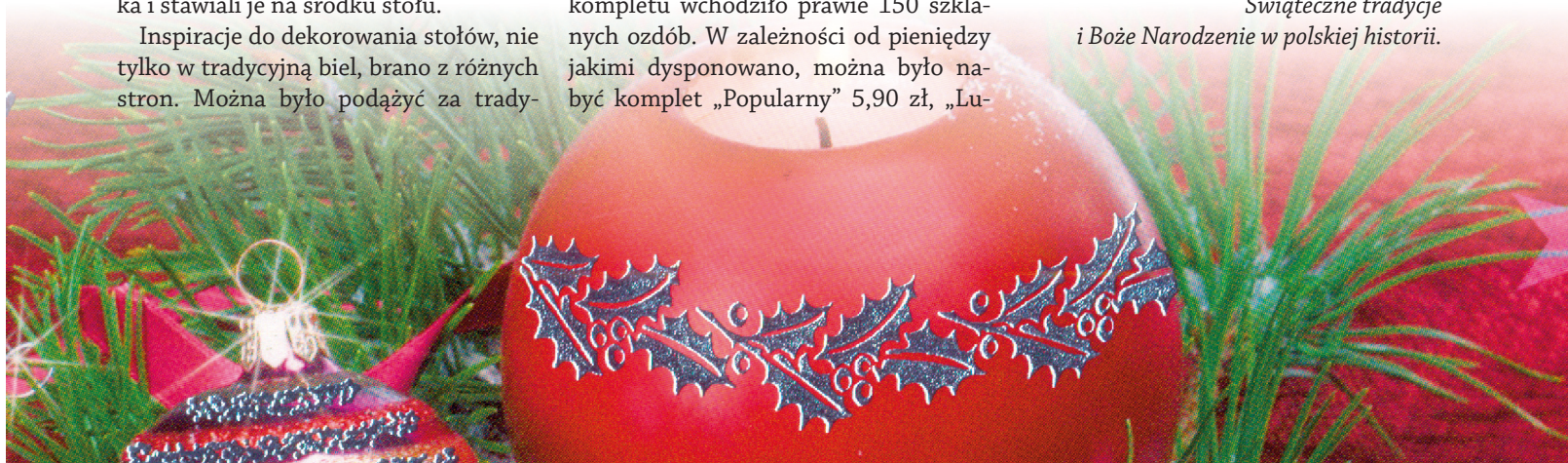
dowy” za 7,90 zł, „Wykwintny” 9,85 zł, oraz „Wykwintny-najwyższy” z „ogromnymi bombami i potrójnymi reflektorami” za 11,95 zł. Za darmo do wysyłki otrzymywano dodatkowo książkę „Kolędy — pieśni”, a całość była zapakowana w drewnianą skrzynię.

Jeżeli w tegoroczne święta chcemy ubrać choinkę tak jak sugerowano to w gazetach z lat trzydziestych, to należy pamiętać o tym, aby nie umieszczać na niej zbyt dużej liczby ozdób. Według ówczesnych autorów powodowało to, że drzewko stawało się cięższe i było mniej „estetyczne”. Z kolei lampki powinny być umieszczone na środkowych częściach gałęzi, gdyż: „Choinka ma swoisty i bajkowy czar, jeśli światło wydobywa się z głębi gałęzi.”

Niech za zakończenie posłuży te kilka słów, które powinny być naszą myślą przewodnią w trakcie przygotowań do świąt:

Pamiętajmy - że „Gwiazdka” zarówno w pałacu, jak i na poddaszu może być radosna. Potrzebuje tylko atmosfery ciepła i serdecznej łączności zrodzonej z uczucia kochających i oddanych sobie wzajemnie serc.

PRZEDRUK ZE STRONY:  
*Świąteczne tradycje  
i Boże Narodzenie w polskiej historii.*



ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60  
www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błazejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska  
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa  
DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 7 XII 2018 roku.

## ***Szanowni Państwo, pielęgniarki i pielęgniarze oraz położne z woj. Podkarpackiego***

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie informuje, że w związku z realizacją projektu „**Wyższe pielęgniarskie kwalifikacje – na przyszłość obligacje**” nasza Placówka Szkoleniowa w Krośnie organizuje nieodpłatne, dofinansowane ze środków Unii Europejskiej:

### KURSY KWALIFIKACYJNE:

- ➔ **PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE i INTENSYWNEJ OPIEKI” dla pielęgniarek**
- ➔ **PIELĘGNIARSTWO RODZINNE” dla pielęgniarek**
- ➔ **PIELĘGNIARSTWO TRANSPLANTACYJNE dla pielęgniarek**

### KURSY SPECJALISTYCZNE:

- ➔ **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych**
- ➔ **Wykonywanie i interpretacja zapisów EKG dla pielęgniarek i położnych**
- ➔ **Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych**
- ➔ **Leczenie ran dla pielęgniarek**

Każdy uczestnik może skorzystać tylko z jednego wybranego kursu projektowego. Zainteresowani skorzystaniem z ww. nieodpłatnych szkoleń mogą zgłaszać się do Ośrodka z własnej inicjatywy, bez konieczności uzyskania oddelegowania przez pracodawcę. Warunkiem formalnym jest zamieszkanie lub zatrudnienie na terenie woj. podkarpackiego (w rozumieniu KC).

**Preferowaną w projekcie grupą uczestników są pielęgniarki/arze i położne wieku 50+ lub z wykształceniem co najwyżej średnim (w tym przypadku co najwyżej liceum medyczne).**

Bliższe informacje na temat naboru i rekrutacji w zakładce projektu na [www.okppip.pl](http://www.okppip.pl); w Systemie Monitorowania Kształcenia (SMK) oraz bezpośrednio w Placówce w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, tel. kom. 508 868 063

**Chętnych prosimy o kontakt: 508 868 063, 13 43 72 781**

*Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*