

FORUM ZAWODOWE



CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

ISSN 1213-2046

W numerze

3	Słowo Przewodniczącej
4	Wybory
10	Regulamin Okręgowej Komisji Wyborczej
13	Podział obszaru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na rejony wyborcze
15	Terminarz wyborów
20	Prawo do informacji na temat zdrowia dziecka
22	Standardy pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego
36	Podawanie penicyliny prokainowej przez pielęgniarkę w ambulatorium
37	Raport pielęgniarski w formie ustnej
37	Penicylina prokainowa
38	Podawanie penicyliny dzieciom
39	Bezpieczeństwo w bcg terapii
40	Kurs dla położnych
40	„Karta stomika” gwarancją bezpieczeństwa i intymności osób ze stomią
42	Indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych

Ogłoszenie Okręgowej Komisji Wyborczej

1. Listy wyborców znajdują się w biurze OIPiP w Krośnie, ul. Bieszczadzka 5. Aby się sprawdzić na listach wyborczych prosimy o telefon do biura 13 43 69 460 podając numer prawa wykonywania zawodu.

2. Podział na rejony wyborcze, terminy wyborów oraz osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie wyborów na stronie - www.oipip.krosno.pl

3. Na stronie internetowej Izby znajdują się inne informacje dotyczące wyborów na VII kadencję.

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, 13 43 249 44
www.oipip.krosno.pl
e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

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

Podania o zapomogi prosimy składać
do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

WIECZÓR W BZACH

*Wiosenny wiatr mię bzami owiał,
Trąciłaś ogród lekkim ruchem,
Twój płaszcz przygasnął, poliliowił
I stał się kolorowym puchem.*

*Zmierzch ci jak pająk na sukienkach
Koronki w dzwonki wyhaftował,
Jak pióro senne po mych rękach,
Po twarzy twój przepływa owal.*

*W latarniach ulic drżą motyle,
Ciemnieje dal i gra bezkresnie;
Mglisz się, zanikasz w światłał pyle,
Rozwiewasz mi się w bzach jak we śnie.*

Kazimierz Wierzyński

Słowo Przewodniczącej



Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Z końcem listopada ubiega VI kadencja samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Nasz samorząd zawodowy powstał na mocy ustawy „O samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych” z dnia 19 kwietnia 1991 r. (Dz. U. Nr 41 poz. 178 z późn. zmianami). Kadencja samorządu trwa cztery lata. Dlatego pod koniec listopada 2015 roku odbędzie się Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy wyborczy delegatów OIPiP w Krośnie, podczas którego delegaci wybiorą swoich przedstawicieli do organów naszej Izby – Okręgowej Rady, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu i Okręgowej Komisji Rewizyjnej. W pierwszej kolejności, muszą odbyć się wybory delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych. W chwili obecnej obszar OIPiP został podzielony na 14 okręgów wyborczych i przygotowywane są listy wyborcze pielęgniarek i położnych. W maju i w czerwcu w w/w rejonach odbywać się będą zebrania wyborcze delegatów na VII kadencję.

Apeluję do Was Koleżanki i Koledzy, abyście bardzo poważnie potraktowali ten temat i przyszli na zebrania wyborcze.

Odpowiedzialność, uczciwość, zaangażowanie, poczucie godności, koleżeńskość, życzliwość to główne cechy które powinny charakteryzować delegata. To od Waszego podejścia zależy jakość pracy w samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych.

Każda pielęgniarka/pielęgniarski, położna/położny wykonujący zawód jest członkiem samorządu i na nas wszystkich spoczywa zbiorowy obowiązek i odpowiedzialność za całą grupę zawodową.

Dlatego nie zastanawiaj się i nie daj się prosić, przyjdź na zebranie wyborcze – jeżeli chcesz zostać delegatem lub przyjdź, żeby wybrać odpowiedzialnych delegatów, którzy w VII kadencji będą reprezentować Ciebie i Twoje sprawy.

Jeżeli chcesz się dobrze przygotować do wyborów proszę zapoznaj się z:

- Uchwałą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych (ORPiP) w Krośnie w sprawie powołania Okręgowej Komisji Wyborczej i regulaminem jej działania.
- Uchwałą ORPiP w Krośnie w sprawie zarządzenia wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, ustalenia rejonów wyborczych i określenia liczby delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych,
- Z kalendarzem wyborczym,
- Wykazem rejonów wyborczych,
- Regulaminem wyborów do organów Izby,

Przeczytaj, zostały one zamieszczone na dalszych stronach tego Biuletynu.

Wybory do organów izb pielęgniarek i położnych są równe i odbywają się w głosowaniu tajnym przy nie ograniczonej liczbie kandydatów.

Czynne prawo wyborcze – prawo wybierania – prawo przysługuje członkom samorządu, które zapewnia im możliwość udziału w głosowaniu i oddania głosu na swojego kandydata do organów do organów samorządu.

Bierne prawo wyborcze to prawo do kandydowania do organów samorządu pielęgniarek i położnych.

Bierne prawo wyborcze przysługuje wszystkim członkom izby, z wyłączeniem ukaranych:

- bierne prawo wyborcze do sądów pielęgniarek i położnych przysługuje pielęgniarce i położnym mającym, co najmniej siedmioletni staż pracy,
 - kandydować można tylko w jednym rejonie wyborczym i tylko w jednej okręgowej izbie,
 - wyboru dokonuje się poprzez wskazanie na karcie do głosowania kandydata, (kandydatów) na którego (których) głosujący oddaje swój głos. Wskazanie następuje poprzez skreślenie kandydatów na których głosujący nie głosuje i pozostawienie nazwiska kandydata (kandydatów) na którego (których) głosujący oddaje swój głos, zgodnie z pouczeniem na karcie do głosowania.
 - Delegat wybrany na zebraniu wyborczym jest delegatem na okręgowy zjazd. Członków organów izb wybiera się z pośród delegatów na zjazd. Okręgowy zjazd dokonuje wyboru przewodniczącego okręgowej rady, przewodniczącego komisji rewizyjnej, przewodniczącego okręgowego sądu, okręgowego rzecznika oraz odrębnie członków okręgowej rady pielęgniarek i położnych, członków okręgowej komisji rewizyjnej i członków okręgowego sądu pielęgniarek i położnych oraz zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz delegatów na Krajowy Zjazd.
 - Okręgowy zjazd odbywa się raz w roku i jest zwoływany przez okręgową radę.
- Okręgowy zjazd w szczególności:

1. Ustala zasady gospodarki finansowej izby oraz uchwała budżet,

2. Rozpatruje i zatwierdza roczne i kadencyjne sprawozdania okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu i okręgowego rzecznika,

3. Ustala liczbę członków oraz szczegółową organizację, zasady i tryb działania organów izby,

4. Dokonuje wyboru przewodniczącego i członków: okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu, oraz wybiera okręgowego rzecznika i jego zastępców,

5. Wybiera delegatów na Krajowy Zjazd,

6. Odwołuje członków organów izb przed upływem kadencji,

7. Udziela absolutorium ustępującej okręgowej radzie,

8. Podejmuje uchwały w innych sprawach objętych zakresem działania izby,

■ Pełnomocny Przedstawiciel ORPiP.
1. ORPiP w celu zapewnienia prawidłowego obiegu informacji i należytej ochrony interesów zawodowych członków samorządu na terenie zakładów pracy realizuje swoje zadania przez swoich pełnomocników.

2. ORPiP za zgodą delegata, wskazanego przez delegatów lub członków samorządu danego rejonu, powierzy mu obowiązki związane z pełnieniem funkcji pełnomocnika.

3. ORPiP udziela pełnomocnictwa na piśmie.

4. Pełnomocnictwo może być udzielone na określony czas i dotyczyć pewnej kategorii spraw lub być udzielane oddzielnie dla każdej sprawy zależnie od potrzeb i ustaleń ORPiP.

5. Pełnomocnik okręgowej rady działa w granicach pełnomocnictwa w imieniu rady i na rzecz członków samorządu danego zakładu pracy lub określonego rejonu.

Wszystkim członkom naszej izby życzę pomyślnych wyborów delegatów na VII kadencję

*Przewodnicząca ORPiP VI kadencji
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

Uchwała nr 9

VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków

Na podstawie art. 31 pkt 6 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§ 1. Ustala się Regulamin wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr 10 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz trybu odwoływania ich członków.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., poza następującymi

przepisami Regulaminu wprowadzanego niniejszą uchwałą: § 6 ust. 4, § 20 i § 36, które wchodzi w życie z dniem podjęcia niniejszej uchwały uzupełniając lub zmieniając Regulamin przyjęty uchwałą, o której mowa w § 2.

*PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU
Halina Synakiewicz*

Załącznik do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków

REGULAMIN WYBORÓW DO ORGANÓW IZB ORAZ TRYB ODWOŁYWANIA ICH CZŁONKÓW

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1. Regulamin określa tryb wyborów i odwoływania członków organów izb pielęgniarek i położnych.

§ 2. Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:

1) ustawie - należy przez to rozumieć ustawę z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038);

2) Krajowym Zjeździe - należy przez to rozumieć Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych;

3) Naczelnej Radzie - należy przez to rozumieć Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych;

4) Prezydium Naczelnej Rady - należy przez to rozumieć Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;

5) Naczelnej Komisji Rewizyjnej - należy przez to rozumieć Naczelną Komisję

Rewizyjną, organ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;

6) Naczelnym Sądzie - należy przez to rozumieć Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych, organ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;

7) Naczelnym Rzeczniku - należy przez to rozumieć Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, organ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;

8) Naczelnej Izbie – należy przez to rozumieć Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych;

9) okręgowej izbie – należy przez to rozumieć okręgową izbę pielęgniarek i położnych;

10) okręgowej radzie – należy przez to rozumieć okręgową radę pielęgniarek i położnych, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;

11) okręgowej komisji rewizyjnej – należy przez to rozumieć okręgową komisję rewizyjną, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;

12) okręgowym sądzie – należy przez to rozumieć okręgowy sąd pielęgniarek i położnych, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;

13) okręgowym rzeczniku – należy przez to rozumieć okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;

14) organie izby – należy przez to rozumieć okręgowy zjazd, okręgową radę, okręgową komisję rewizyjną, okręgowy sąd, okręgowego rzecznika, Krajowy Zjazd, Naczelną Radę, Naczelną Komisję Rewizyjną, Naczelny Sąd i Naczelnego Rzecznika;

15) kandydacie – należy przez to rozumieć kandydata na członka organu izby;

16) członku samorządu – należy przez to rozumieć osobę będącą członkiem samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych;

17) zgromadzeniu wyborczym – należy przez to rozumieć zebranie rejonu wyborczego dokonujące wyboru delegatów na okręgowy zjazd oraz okręgowy zjazd i Krajowy Zjazd;

18) delegacie – należy przez to rozumieć delegata na okręgowy zjazd lub Krajowy Zjazd.

§ 3. Wybory do organów izb pielęgniarek i położnych są równe i odbywają się w głosowaniu tajnym przy nieograniczonej liczbie kandydatów.

§ 4. 1. Wybory do organów izb dokonywane są zwykłą większością głosów, w sposób określony w ust. 2-6 niniejszego paragrafu oraz § 20 ust. 2.

2. W sytuacji, gdy w danych wyborach jest więcej niż dwóch kandydatów na dane stanowisko, wybrana zostaje osoba, która uzyskała największą liczbę głosów.

3. W sytuacji, gdy dokonuje się wyboru więcej niż jednej osoby na jednakowe stanowiska, wybrane zostają osoby, które uzyskały kolejno największą liczbę głosów.

4. Jeżeli w wyborach, o których mowa w ust. 2 największą liczbę głosów uzyskała więcej niż jedna osoba albo w wyborach, o których mowa w ust. 3 najmniejszą liczbę głosów uprawniającą do uzyskania mandatu otrzymała więcej niż jedna osoba, zarządza się wybory uzupełniające, w których biorą udział wyłącznie te osoby. Przepisy ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

5. Wybory uzupełniające zarządza się również w sytuacji, gdy w wyborach gdzie dokonuje się wyboru jednej osoby na daną funkcję i na funkcję tę kandyduje dwie osoby, kandydaci uzyskują taką samą liczbę głosów.

6. W sytuacji, gdy dokonuje się wyboru więcej niż jednej osoby na jednakowe stanowiska, a liczba kandydatów nie przekracza liczby stanowisk do obsadzenia, wybrane zostają wszystkie osoby, które uzyskały jakąkolwiek liczbę głosów „za”.

§ 5. 1. Czynne prawo wyborcze, z zastrzeżeniem ust. 2, przysługuje:

1) na zebraniu rejonu wyborczego – członkom samorządu z danego rejonu wyborczego;

2) na okręgowym zjeździe – delegatom wybranym na zebraniach wyborczych w rejonach wyborczych;

3) na Krajowym Zjeździe – delegatom wybranym na okręgowych zjazdach.

2. Czynne prawo wyborcze nie przysługuje członkowi samorządu:

1) wobec, którego okręgowy sąd lub Naczelny Sąd orzekł karę zakazu pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu albo zawieszenia prawa wykonywania zawodu;

2) wobec, którego sąd orzekł prawomocnie środek karny pozbawienia praw publicznych lub środek karny polegający na zakazie wykonywania zawodu albo sąd lub prokurator wydał postanowienie o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia wykonywania zawodu.

§ 6. 1. Bierne prawo wyborcze na danym zgromadzeniu wyborczym przysługuje, z zastrzeżeniem ust. 2-7, osobom wymienionym w § 5 ust. 1.

2. Bierne prawo wyborcze nie przysługuje członkowi samorządu:

1) wobec którego okręgową radą wydana uchwała o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu z powodu całkowitej albo częściowej niezdolności do wykonywania zawodu spowodowanej stanem zdrowia;

2) wobec, którego okręgowy sąd lub Naczelny Sąd orzekł karę inną niż kara upomnienia;

3) wobec którego sąd orzekł prawomocnie środek karny pozbawienia praw publicznych lub środek karny polegający na zakazie wykonywania zawodu albo sąd lub prokurator wydał postanowienie o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia wykonywania zawodu;

4) skazanych prawomocnym wyrokiem sądu za popełnione umyślnie przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,

– do czasu upływu terminu zatarcia kary, upływu terminu, na który został orzeczony środek karny lub upływu terminu na który został orzeczony środek zabezpieczający albo uchylecia zawieszenia prawa wykonywania zawodu orzeczonego w trybie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1.

3. Bierne prawo wyborcze nie przysługuje członkowi samorządu, który za okres co najmniej jednego roku w okresie pięciu ostatnich lat przed dniem wyborów nie wykonał obowiązku opłacenia składki członkowskiej, do dnia opłacenia tej składki.

4. Bierne prawo wyborcze w wyborach na funkcje: Prezesa Naczelnej Rady, Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Przewodniczącego Naczelnego Sądu, Naczelnego Rzecznika, przewodniczącego okręgowej rady, przewodniczącego okręgowej komisji rewizyjnej, przewodniczącego okręgowego sądu i okręgowego rzecznika nie przysługuje osobie, która pełniła daną funkcję przez 2 następujące po sobie kadencje poprzedzające kadencję, na którą ma być przeprowadzany wybór. Pełnienie danej funkcji dłużej niż przez 24 miesiące w danej kadencji przyjmuje się za pełnienie jej przez pełną kadencję.

5. Bierne prawo wyborcze w wyborach na funkcje: Naczelnego Rzecznika i jego zastępcy oraz okręgowego rzecznika

ka i jego zastępcy, a także na członka Naczelnego Sądu i okręgowego sądu przysługuje osobom, które wykonując zawód pielęgniarstwa lub położnej nieprzerwanie co najmniej od 10 lat przed dniem wyborów.

6. Osoba będąca członkiem organu izby albo pełniąc funkcję zastępcy Naczelnego Rzecznika bądź okręgowego rzecznika może być kandydatem jeżeli złoży na ręce komisji skrutacyjnej oświadczenie o zrzeczeniu się mandatu w organie izby pod warunkiem wyboru na stanowisko, na które kandyduje. Oświadczenie to jest nieodwołalne. W przypadku wyboru tej osoby, komisja skrutacyjna przekazuje oświadczenie osobie przewodniczącej zgromadzeniu wyborczemu w celu niezwłocznego przekazania go organowi, którego oświadczenie to dotyczy. Mandat w organie izby wygasa z momentem doręczenia oświadczenia właściwemu organowi.

7. Warunek, o którym mowa w ust. 6 nie dotyczy kandydatów w wyborach na członków organów izb będących delegatami na okręgowy zjazd bądź Krajowy Zjazd, a także członków okręgowej rady kandydujących w wyborach na członków Naczelnej Rady.

§ 7. 1. Wyboru dokonuje się poprzez wskazanie na karcie do głosowania kandydata (kandydatów), na którego (których) głosujący oddaje swój głos. Wskazanie następuje poprzez postawienie krzyżyka przy nazwisku kandydata, na którego głosujący oddaje swój głos. Nazwiska kandydatów umieszcza się na karcie do głosowania w kolejności alfabetycznej.

2. Karta do głosowania zawiera informacje o dopuszczalnej liczbie wskazań, nie większej niż liczba członków organu, do którego przeprowadzane jest głosowanie.

3. Głosowanie odbywa się przy użyciu jednakowo oznakowanych kart do głosowania.

4. Wzory kart do głosowania dotyczące głosowań na zgromadzeniach wyborczych ustala właściwa komisja wyborcza.

5. Głos jest nieważny wówczas, gdy liczba wskazań jest większa od określonej w karcie do głosowania, jak również gdy karta do głosowania została przedarta albo dokonano na niej jakichkolwiek dopisków lub skreśleń sprzecznych

ze sposobem głosowania określonym w ust. 1.

6. Brak jakichkolwiek wskazań oznacza oddanie głosu ważnego.

7. Głosować można tylko osobiście.

8. Wybory dokonywane na Krajowym Zjeździe i okręgowych zjazdach mogą być przeprowadzone przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów (głosowanie elektroniczne), przy czym w przypadku wyborów dokonywanych na okręgowym zjeździe, możliwość taką powinien przewidywać regulamin danego okręgowego zjazdu. System używany do głosowania elektronicznego musi zapewniać możliwość przeprowadzenia wyborów przy zachowaniu charakteru głosowania tajnego.

Rozdział II Wybory delegatów na okręgowy zjazd.

§ 8. 1. Wybory delegatów na okręgowy zjazd zarządza okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

2. Zarządzając wybory okręgowa rada ustala rejon wyborczy obejmujące swoim zasięgiem część obszaru działania okręgowej izby, określa liczbę delegatów na okręgowy zjazd z każdego rejonu wyborczego oraz powołuje okręgową komisję wyborczą. Okręgowa komisja wyborcza działa na podstawie regulaminu uchwalonego przez okręgową radę. Ustalenie rejonów wyborczych oraz określenie liczby delegatów jest dokonywane na podstawie rejestrów prowadzonych przez okręgową radę.

3. Obliczenia liczby delegatów z danego rejonu wyborczego dokonuje się poprzez podzielenie liczby osób wynikającej z rejestru wyborczego danego rejonu przez liczbę określoną przez okręgową radę jednolicie dla wszystkich rejonów wyborczych. Jeżeli w wyniku takiego dzielenia reszta dzielenia przewyższa połowę tej liczby, w danym rejonie wyborczym dokonuje się wyboru dodatkowego delegata.

4. Okręgowa rada ustalając liczbę delegatów na okręgowy zjazd może określić liczbę mandatów przypadających na pielęgniarkę i położną proporcjonalnie do ich liczby w rejonie wyborczym. W takim przypadku głosujący dokonuje wyboru głosując odrębnie na pielęgniarkę i położną.

5. Regulamin działania okręgowej komisji wyborczej winien określać:

1) sposób udostępniania do publicznej wiadomości rejestrów wyborców;

2) sposób powiadamiania o terminach i miejscach zebrań wyborczych;

3) zasady organizacji oraz porządek zebrania wyborczego;

4) wzór karty do głosowania;

5) zasady i tryb głosowania;

6) wzór protokołu komisji mandatowo-skrutacyjnej;

7) rodzaje dokumentów przekazywanych z rejonów wyborczych do okręgowej komisji wyborczej;

8) sposób i zasady archiwizowania dokumentów dotyczących wyborów.

6. Regulamin działania okręgowej komisji wyborczej może w sposób szczegółowy regulować zagadnienia unormowane w § 10-15 niniejszego regulaminu i określać wzór zawiadomienia o zebraniu wyborczym oraz wzór protokołu zebrania wyborczego.

§ 9. 1. Rejony wyborcze powinny obejmować podmioty lecznicze i jednostki organizacyjne, w których wykonują zawód pielęgniarstwa i położne. W dużych podmiotach leczniczych może być tworzony więcej niż jeden rejon wyborczy.

2. Dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki, rejon wyborczy mogą być tworzone na określonym terytorium.

3. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio w przypadku małych podmiotów leczniczych i jednostek organizacyjnych, w których z uwagi na liczbę wykonujących zawód pielęgniarek i położnych nie można utworzyć rejonu wyborczego.

§ 10. 1. Okręgowa komisja wyborcza na podstawie rejestrów prowadzonych przez okręgową radę przygotowuje rejestry osób posiadających bierne prawo wyborcze (rejestry wyborcze) oddzielnie dla każdego rejonu wyborczego, z podaniem imienia, nazwiska i numeru prawa wykonywania zawodu, a także informacji odnośnie tego czy w stosunku do danej osoby zachodzą okoliczności wyłączające czynne prawo wyborcze.

2. Rejestry wyborców z wyłączeniem podawania informacji odnośnie wyłączenia czynnego prawa wyborczego winny być wywieszane w rejonie wybor-

czym na tablicach ogłoszeń lub podane do publicznej wiadomości w inny sposób, określony przez okręgową radę, co najmniej na miesiąc przed terminem zebrań wyborczych.

3. Członek samorządu niewykonujący zawodu, w tym emeryt lub rencista może uczestniczyć w wyborach we wskazanym przez siebie rejonie wyborczym na obszarze okręgowej izby, której jest członkiem.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3 powinien zostać wniesiony do okręgowej komisji wyborczej nie później niż na 14 dni przed terminem zebrań wyborczych. Okręgowa komisja wyborcza umieszcza daną osobę w rejestrze wyborczym.

5. Inne wnioski w przedmiocie umieszczenia we właściwym rejestrze wyborczym mogą być składane do okręgowej komisji wyborczej przez zainteresowanych członków samorządu nie później niż na 14 dni przed terminem wyborów.

6. Można brać udział w zgromadzeniu wyborczym tylko jednego rejonu wyborczego.

§ 11. 1. Zebranie wyborcze rejonu wyborczego zwołuje i nadzoruje okręgowa komisja wyborcza.

2. Pielęgniarki i położne należące do rejonu wyborczego powinny być powiadomione o terminie i miejscu zebrania wyborczego co najmniej na 14 dni przed wyznaczonym terminem.

§ 12. 1. Zebranie wyborcze rejonu wyborczego otwiera przedstawiciel okręgowej komisji wyborczej. Zebranie wyborcze w głosowaniu jawnym wybiera przewodniczącego zebrania, sekretarza oraz co najmniej 2 członków komisji mandatowo-skrutacyjnej spośród pozostałych uczestników zebrania wyborczego. Brak lub niemożliwość dokonania wyboru osób na wskazane wyżej funkcje na zebraniu wyborczym oraz minimalnej liczby członków komisji mandatowo-skrutacyjnej uniemożliwia przeprowadzenie wyborów.

2. Członkowie komisji mandatowo-skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach przeprowadzanych przez zebranie wyborcze rejonu wyborczego.

3. Przedstawiciel okręgowej komisji wyborczej po wyborze przewodniczącego zebrania pełni funkcję doradcy.

4. Przed wydaniem kart do głosowania, wyborcy potwierdzają swój udział

w głosowaniu podpisem w rejestrze wyborców rejonu wyborczego.

5. Z zebrania wyborczego sporządza się protokół, który po zakończeniu głosowania i ustaleniu wyniku wyborów przekazuje się do okręgowej komisji wyborczej wraz z protokołem komisji mandatowo – skrutacyjnej.

§ 13. 1. Kandydatów zgłasza się podczas zebrania wyborczego ustnie lub pisemnie.

2. Zgłoszenie powinno zawierać:

- 1) imię i nazwisko zgłaszającego;
- 2) imię, nazwisko oraz zawód kandydata;
- 3) miejsce pracy kandydata.

3. Kandydaturę może zgłosić wyłącznie biorący udział w zebraniu wyborczym uprawniony uczestnik, w tym samodzielnie kandydat.

4. Zgłoszony kandydat obowiązany jest oświadczyć, czy wyraża zgodę na kandydowanie. Oświadczenie to może być złożone pisemnie.

5. Kandydaci powinni przedstawić informację o przebiegu pracy zawodowej i społecznej, a uczestnicy zebrania wyborczego mogą zadawać pytania zgłoszonym kandydatom.

§ 14. 1. Głosowanie przeprowadza i nadzoruje komisja mandatowo-skrutacyjna.

2. Wybory są ważne bez względu na liczbę głosujących.

3. Dokonanie wyboru mniejszej liczby delegatów w danym rejonie wyborczym niż liczba ustalona na podstawie § 8 ust. 3 i 4 nie ma wpływu na ważność wyborów.

4. Do zadań komisji mandatowo-skrutacyjnej należy:

- 1) przyjmowanie zgłoszeń kandydatów na delegatów na okręgowy zjazd;
- 2) sporządzanie list kandydatów;
- 3) przygotowanie kart do głosowania ze wskazaniem kandydatów w kolejności alfabetycznej;
- 4) czuwanie w dniu wyborów nad przestrzeganiem regulaminu wyborów;
- 5) ustalenie wyników głosowania po przeliczeniu oddanych głosów i sporządzenie listy wybranych delegatów na okręgowy zjazd;
- 6) ogłoszenie wyników wyborów w rejonie wyborczym.

5. Komisja sporządza protokół, który powinien zawierać:

- 1) alfabetyczną listę zgłoszonych kandydatów;
- 2) liczbę uprawnionych do głosowania;
- 3) liczbę oddanych głosów;
- 4) liczbę oddanych głosów ważnych;
- 5) liczbę oddanych głosów nieważnych;
- 6) liczbę oddanych głosów na poszczególnych kandydatów;
- 7) listę wybranych delegatów;
- 8) podpisy członków komisji.

§ 15. 1. Okręgowa komisja wyborcza na podstawie otrzymanych protokołów stwierdza ważność wyborów i sporządza listę delegatów na okręgowy zjazd, którą przekazuje okręgowej radzie.

2. Okręgowa komisja wyborcza rozpatruje skargi na nieprawidłowości w przebiegu wyborów, które można wnosić w terminie 2 tygodni od ich zaistnienia.

3. W przypadku stwierdzenia naruszenia zasad wyborów okręgowa komisja wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.

4. W przypadku odrzucenia skargi przez okręgową komisję wyborczą, wnoszącemu przysługuje odwołanie do okręgowej rady w terminie 2 tygodni od dnia doręczenia uchwały odrzucającej skargę. Uchwała okręgowej rady w przedmiocie rozpoznania odwołania jest ostateczna.

Rozdział III

Wybory członków organów izb oraz delegatów na Krajowy Zjazd.

§ 16. W trybie określonym w niniejszym rozdziale:

1) okręgowy zjazd dokonuje wyboru: przewodniczącego okręgowej rady, przewodniczącego okręgowej komisji rewizyjnej, przewodniczącego okręgowego sądu, okręgowego rzecznika oraz odrębnie członków okręgowej rady, członków okręgowej komisji rewizyjnej, członków okręgowego sądu oraz zastępców okręgowego rzecznika, a także delegatów na Krajowy Zjazd.

2) Krajowy Zjazd dokonuje wyboru: Prezesa Naczelnej Rady, Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Przewodniczącego Naczelnego Sądu, Naczelnego Rzecznika oraz odrębnie członków Naczelnej Rady, członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej, członków Naczelnego Sądu i zastępców Naczelnego Rzecznika.

§ 17. 1. Wybory przeprowadza komisja skrutacyjna. Członkowie komisji skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach przeprowadzanych przez dane zebranie wyborcze.

2. Postanowienia § 13 i § 14 ust. 3-5 stosuje się odpowiednio, przy czym:

1) kandydatów zgłasza się wyłącznie pisemnie;

2) w wyborach przeprowadzanych do organów Naczelnej Izby należy obok imienia i nazwiska kandydata podać siedzibę okręgowej izby, w której delegat otrzymał mandat;

3) wyniki poszczególnych wyborów stwierdzane są przez komisję skrutacyjną w oddzielnych protokołach.

3. Przed oddaniem głosu delegat okazuje członkowi komisji skrutacyjnej, mającemu pieczę nad urną wyborczą, dokument stwierdzający posiadany mandat.

4. W przypadku głosowania elektronicznego komisja skrutacyjna nadzoruje prawidłowość przeprowadzania takiego głosowania.

§ 18. Dla ważności poszczególnych wyborów wymagana jest obecność w momencie głosowania co najmniej połowy uprawnionych do głosowania.

§ 19. 1. Wybory do organów izby odbywają się odrębnie dla każdego organu i w sposób umożliwiający kandydowanie kolejno do poszczególnych organów.

2. Krajowy Zjazd określa liczbę członków organów Naczelnej Izby i liczbę zastępców Naczelnego Rzecznika. Właściwy okręgowy zjazd określa liczbę członków organów danej okręgowej izby i liczbę zastępców okręgowego rzecznika.

§ 20. 1. Wybory na stanowiska: Prezesa Naczelnej Rady, Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Przewodniczącego Naczelnego Sądu, przewodniczącego okręgowej rady, przewodniczącego okręgowej komisji rewizyjnej i przewodniczącego okręgowego sądu dokonuje się przed wyborem pozostałych członków tych organów. Wybory na stanowiska: Naczelnego Rzecznika i okręgowego rzecznika dokonuje się przed wyborem odpowiednio zastępców Naczelnego Rzecznika i zastępców okręgowego rzecznika.

2. Jeżeli żaden z kandydatów nie uzyskał co najmniej połowy ważnie oddanych głosów, przeprowadza się ponowne głosowanie, w którym uczestniczy tyl-

ko dwóch kandydatów, którzy otrzymali największą liczbę głosów. W przypadku natomiast, gdy jest tylko jeden kandydat, zostaje on wybrany, gdy uzyska co najmniej połowę ważnie oddanych głosów.

W przeciwnym wypadku konieczne jest przeprowadzenie kolejnych wyborów.

§ 21. Liczbę delegatów na Krajowy Zjazd z poszczególnych okręgowych izb określa Naczelna Rada, która dokonuje stosownego obliczenia dzieląc liczbę członków danej okręgowej izby wynikającą z rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego dla tej izby przez liczbę określoną przez Naczelną Radę w uchwale o zwołaniu Krajowego Zjazdu. Jeżeli w wyniku takiego dzielenia reszta dzielenia przewyższa połowę tej liczby, okręgowy zjazd dokonuje wyboru dodatkowego delegata.

§ 22. Protokoły komisji skrutacyjnej z wyników poszczególnych wyborów stanowią podstawę sporządzenia uchwał stwierdzających wybór. Uchwała uważana jest za podjętą po jej podpisaniu. Wymienienie wybranej osoby w takiej uchwale jest warunkiem uzyskania przez nią mandatu.

§ 23. Okręgowa rada obowiązana jest powiadomić Naczelną Radę o osobach wybranych do organów okręgowej izby, na funkcję zastępców okręgowego rzecznika oraz na delegatów na Krajowy Zjazd, w terminie 30 dni od dnia dokonania wyboru.

Rozdział IV **Tryb odwoływania delegatów i członków organów izb. Wygaśnięcie mandatu.**

§ 24. Mandat delegata, członka organu izby oraz zastępcy Naczelnego rzecznika i zastępcy okręgowego rzecznika wygasa wskutek odwołania przez zgromadzenie wyborcze, które dokonało jego wyboru.

§ 25. Do odwoływania delegata, członka organu izby oraz zastępcy Naczelnego rzecznika i zastępcy okręgowego rzecznika stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące wyborów na dane stanowisko z uwzględnieniem przepisów niniejszego Rozdziału.

§ 26. 1. Wniosek o odwołanie delegata na okręgowy zjazd wraz z uzasadnieniem powinien być zgłoszony do okręgo-

wej rady przez co najmniej 1/5 członków rejonu wyborczego tego delegata.

2. Jeżeli wniosek spełnia wymogi określone w ust. 1 okręgowa rada zarządza wszczęcie procedury odwołania delegata. Zebranie wyborcze rejonu wyborczego, z którego wpłynął wniosek powinno zostać wyznaczone przez komisję wyborczą na dzień przypadający nie później niż 45 dni od dnia wpłynięcia wniosku.

3. O zebraniu zawiadamia się delegata, którego wniosek dotyczy listem poleconym, który winien zostać wysłany nie później niż 14 dni przed terminem zebrania.

4. Odwołanie delegata na okręgowy zjazd wymaga obecności na zebraniu wyborczym co najmniej połowy liczby osób wynikającej z zaktualizowanego rejestru wyborczego tego rejonu.

5. Okręgowa rada powiadamia Naczelną Radę o odwołaniu delegata na okręgowy zjazd będącego członkiem organu Naczelnej Izby w terminie 30 dni od dnia odwołania.

§ 27. 1. Wniosek o odwołania członka organu okręgowej izby, zastępcy okręgowego rzecznika lub delegata na Krajowy Zjazd wraz z uzasadnieniem powinien być zgłoszony do okręgowej rady przez co najmniej 1/5 delegatów na okręgowy zjazd. Wniosek o odwołanie członka okręgowej rady może złożyć również Naczelna Rada lub okręgowa komisja rewizyjna.

2. Przepisy § 26 ust. 2-3 stosuje się odpowiednio, przy czym okręgowy zjazd, na którym ma być rozpatrzony wniosek o odwołanie powinien zostać zwołany w ciągu miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku, a termin obrad wyznaczony na dzień przypadający nie później niż miesiąc od dnia podjęcia uchwały o jego zwołaniu.

3. Niezależnie od treści ustępów powyższych, odwołanie członka organu okręgowej izby, zastępcy okręgowego rzecznika lub delegata na Krajowy Zjazd może zostać dokonane na corocznym okręgowym zjeździe. Wniosek o odwołanie składany na okręgowym zjeździe powinien zostać podpisany przez co najmniej 1/5 delegatów.

4. W przypadku odwołania członka organu okręgowej izby, zastępcy okręgowego rzecznika lub delegata na Krajowy

Zjazd postanowienie § 26 ust. 5 stosuje się odpowiednio.

§ 28. Zwołanie Krajowego Zjazdu w celu rozpatrzenia wniosku o odwołanie członka organu Naczelnej Izby lub zastępcy Naczelnego Rzecznika odbywa się w trybie przewidzianym dla zwołania Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu określonym w Regulaminie Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

§ 29. Odpowiednio okręgowa rada lub Naczelna Rada zawiadamia niezwłocznie osobę odwołaną o jej odwołaniu.

§ 30. Postanowienia dotyczące odwołania członka organu okręgowej izby albo członka organu Krajowej Izby stosuje się odpowiednio do odwołania składu organu izby.

§ 31. 1. Mandat delegata, członka organu izby oraz zastępcy Naczelnego rzecznika i zastępcy okręgowego rzecznika wygasa ponadto w innych sytuacjach określonych w ustawie.

2. Wygaśnięcie mandatu stwierdza w formie uchwały odpowiednio okręgowa rada albo Naczelna Rada.

Rozdział V

Wybory uzupełniające.

§ 32. 1. Wybory uzupełniające są zarządzane odpowiednio przez okręgową radę lub Naczelną Radę w sytuacji wygaśnięcia mandatu delegata, członka organu izby, zastępcy Naczelnego rzecznika lub zastępcy okręgowego rzecznika.

2. W sytuacji wygaśnięcia mandatu delegata na okręgowy zjazd zebranie wyborcze rejonu wyborczego powinno zostać wyznaczone przez komisję wy-

borczą na dzień przypadający nie później niż 45 dni od dnia wygaśnięcia mandatu. W przypadku utraty mandatu delegata na okręgowy zjazd skutek jego odwołania, wybory uzupełniające mogą się odbyć na zebraniu wyborczym rejonu wyborczego, na którym dokonano odwołania delegata.

3. W sytuacji wygaśnięcia mandatu członka organu okręgowej izby, zastępcy okręgowego rzecznika lub delegata na Krajowy Zjazd, jeżeli wybory uzupełniające nie odbyły się wcześniej, dokonywane są one na najbliższym corocznym okręgowym zjeździe. W przypadku wygaśnięcia mandatu danej osoby na skutek jej odwołania na corocznym okręgowym zjeździe, wybory uzupełniające mogą się odbyć na tym okręgowym zjeździe.

4. W sytuacji wygaśnięcia mandatu członka organu Naczelnej Izby lub zastępcy Naczelnego Rzecznika, Naczelna Rada ma obowiązek zarządzić wybory uzupełniające jedynie w sytuacji jeżeli ich niedokonanie uniemożliwia lub znacznie utrudnia funkcjonowanie danego organu. Nie wyklucza to zarządzenia wyborów w innych przypadkach.

5. Wybory uzupełniające na członka organu okręgowej izby, zastępcy okręgowego rzecznika, delegata na Krajowy Zjazd, członka organu Naczelnej Izby albo zastępcy Naczelnego Rzecznika są zarządzane również w przypadku, gdy wniosek w tym przedmiocie złożą podmioty uprawnione do wnioskowania o zwołanie odpowiednio okręgowego zjazdu albo Krajowego Zjazdu.

§ 33. Do wyborów uzupełniających stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące wyborów na dane stanowisko.

§ 34. Postanowienia dotyczące wyborów uzupełniających na członków organów okręgowej izby i Naczelnej Izby stosuje się odpowiednio w sytuacji, gdy dany organ działa pierwotnie w niepełnym składzie z uwagi na niedokonanie wyboru ustalonej liczby członków. Postanowienie to stosuje się odpowiednio do zastępców okręgowego rzecznika i zastępców Naczelnego Rzecznika.

§ 35. Wybory uzupełniające na członków organów okręgowej izby i Naczelnej Izby oraz wybory w sytuacji, o której mowa w § 34 nie są zarządzane, a wybory zarządzone nie są przeprowadzane, jeżeli odpowiednio okręgowy zjazd albo Krajowy Zjazd podejmie uprzednio uchwałę zmieniającą liczbę członków danego organu w ten sposób, iż dokonywanie wyborów stanie się bezprzedmiotowe. Postanowienie to stosuje się odpowiednio do zastępców okręgowego rzecznika i zastępców Naczelnego Rzecznika.

Rozdział VI

Przepis przejściowy

§ 36. Dla potrzeb stosowania § 6 ust. 4 pełnienie funkcji w organach izb wymienionych w tym przepisie, które funkcjonowały na podstawie przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy, wlicza się do liczby kadencji, o której mowa w tym przepisie na zasadach w nim określonych.

Uchwała Nr 517/VI/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 19 lutego 2015 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Okręgowej Komisji Wyborczej

Na podst. art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) w związku z § 8 ust. 2 załącznika do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków uchwała się co następuje:

§ 1. Zatwierdza się Regulamin Okręgowej Komisji Wyborczej stanowiący załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr 333/V/2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie uchwalenia regulaminu działania Okręgowej Komisji Wyborczej.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Renata Michalska*

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

Regulamin Okręgowej Komisji Wyborczej

§1

1. Okręgowa Komisja Wyborcza (OKW) powoływana jest w drodze uchwały przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

2. Pierwsze posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej zwołuje Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, kolejne posiedzenia zwołuje Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej.

3. Na pierwszym posiedzeniu komisji, w głosowaniu jawnym dokonuje się wyboru: Przewodniczącej/ego Okręgowej Komisji Wyborczej, Wiceprzewodniczącej/ego i Sekretarza.

4. Zawiadomienie o terminie i miejscu posiedzeń przesyła się na 7 dni przed dniem spotkania. Powiadomienie o spotkaniu może również być przekazywane telefonicznie, faksem lub drogą elektroniczną.

5. Pracami Okręgowej Komisji Wyborczej kieruje Przewodnicząca/y, a w razie jej nieobecności Wiceprzewodnicząca/y.

6. Decyzje Okręgowej Komisji Wyborczej podejmowane są na posiedzeniach, zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy członków Komisji.

7. Z przebiegu posiedzenia sporządza się protokół, który zawiera stwierdzenie przebiegu obrad, stosunek głosów przy podejmowanych decyzjach. Do protokołu załącza się listę obecności.

8. Obsługę biurową Okręgowej Komisji Wyborczej zapewnia biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

§2

1. Okręgowa Komisja Wyborcza na podstawie rejestrów prowadzonych przez okręgową radę, przygotowuje rejestry osób posiadających bierne prawo wyborcze (rejestry wyborcze) oddzielnie dla każdego rejonu wyborczego według stanu na dzień 1 marca 2015 r.

2. Rejestry wyborcze zawierają następujące dane: imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz informacje odnośnie tego czy w stosunku do

danej osoby zachodzą okoliczności wyłączone czynne prawo wyborcze.

3. Rejestry wyborcze z wyłączeniem informacji odnośnie wyłączenia czynnego prawa wyborczego są jawne i dostępne do wglądu w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie co najmniej na miesiąc przed terminem zebrania wyborczych. Informację o możliwości sprawdzenia rejestrów wyborczych umieszcza się na stronie internetowej oraz w biuletynie informacyjnym okręgowej izby.

4. Członek samorządu, wpisany do rejestru prowadzonego przez okręgową radę, niewykonyjący zawodu, w tym emeryt lub rencista może na swój wniosek uczestniczyć w wyborach we wskazanym przez siebie rejonie wyborczym na terenie działania Okręgowej Izby w Krośnie.

5. Wniosek o którym mowa w pkt. 4 powinien zostać wniesiony do Okręgowej Komisji Wyborczej nie później niż na 14 dni przed terminem zebrania wyborczego. Na podstawie tego wniosku Okręgowa Komisja Wyborcza umieszcza daną osobę w rejestrze wyborczym wskazane go przez wnioskodawcę rejonu wyborczego.

6. Inne wnioski w przedmiocie umieszczenia we właściwym rejestrze wyborczym składa się do Okręgowej Komisji Wyborczej nie później niż na 14 dni przed terminem wyborów. W przypadku przesyłek listowych decyduje data stempla pocztowego. Komisja Wyborcza po rozpatrzeniu wniosków może w sytuacjach uzasadnionych dokonać stosownych zmian w rejestrach wyborczych.

7. Można brać udział w zgromadzeniu wyborczym tylko jednego rejonu wyborczego.

8. Reklamacje związane z rejestrem wyborców składane są na piśmie do Okręgowej Komisji Wyborczej na adres Biura OIPI w terminie 14 dni przed terminem wyborów. W przypadku przesyłki listowej decyduje data stempla pocztowego.

9. Reklamacje, o których mowa w pkt.8 rozpatrywane są przez Okręgową Komisję Wyborczą w terminie 7 dni od daty wpływnięcia wniosku, a o podjętych decyzjach niezwłocznie informuje się ORPiP.

10. Decyzja Komisji Wyborczej jest decyzją ostateczną.

11. O podjętych decyzjach w sprawie złożonych reklamacji powiadamia się na piśmie osoby wnoszące reklamację, niezwłocznie po zakończeniu prac Okręgowej Komisji Wyborczej.

12. Okręgowa Komisja Wyborcza nie rozpatruje reklamacji nie podpisanych, opatrzonych nieczytelnym podpisem lub złożonych po terminie określonym w pkt.8.

§3

1. Zebranie wyborcze rejonu wyborczego zwołuje i nadzoruje Okręgowa Komisja Wyborcza.

2. Pielęgniarki i położne należące do rejonu wyborczego powinny być powiadomione o terminie i miejscu zebrania wyborczego, co najmniej na 14 dni przed wyznaczonym terminem.

3. Zawiadomienia o zebraniu wyborczym umieszcza się na stronie internetowej OIPI, przekazuje do podmiotów leczniczych, jednostek organizacyjnych, indywidualnych lub grupowych praktyk zawodowych. W przypadku przesyłki pocztowej decyduje data stempla pocztowego.

4. Zapis ust.2 nie dotyczy wyborców, którzy złożyli wnioski zgodnie z §2 ust. 4-6. Osoby te powiadamia się o terminie, miejscu i planowanym porządku zebrania po rozpatrzeniu wniosku przez Okręgową Komisję Wyborczą.

5. Zawiadomienie zawiera informacje o miejscu, terminie zebrania, wykaz podmiotów leczniczych, jednostek organizacyjnych, indywidualnych lub grupowych praktyk zawodowych wchodzących w skład danego rejonu wyborczego, projekt porządku zebrania.

§4

1. Zebranie wyborcze rejonu wyborczego otwiera przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej.

2. Zebranie wyborcze w głosowaniu jawnym wybiera: przewodniczącą, sekretarza oraz komisję mandatowo - skrutacyjną składającą się z co najmniej dwóch członków, spośród uczestników zebrania wyborczego.

3. Brak lub niemożność dokonania wyboru przewodniczącej zebrania, sekretarza zebrania oraz minimalnej liczby członków komisji mandatowo - skrutacyjnej uniemożliwia przeprowadzenie wyborów.

4. Członkowie komisji mandatowo - skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach w rejonie wyborczym.

5. Przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej po wyborze przewodniczącej zebrania pełni funkcję doradcy.

6. Przed wydaniem kart do głosowania wyborcy potwierdzają swój udział w zebraniu wyborczym podpisem w rejestrze wyborców rejonu wyborczego stanowiącym listę obecności.

7. Z zebrania wyborczego sporządza się protokół, który po zakończeniu głosowania, ustaleniu wyniku wyborów przekazuje się do Okręgowej Komisji Wyborczej wraz z protokołem komisji mandatowo - skrutacyjnej.

§5

1. Kandydatów zgłasza się podczas zebrania wyborczego ustnie lub pisemnie.

2. Liczba kandydatów jest nieograniczona.

3. Kandydaturę może zgłosić wyłącznie biorący udział w zebraniu wyborczym uprawniony uczestnik, w tym samodzielnie kandydat.

4. Zgłoszenie powinno zawierać:

- imię, nazwisko kandydata,
- wykonywany zawód kandydata
- miejsce pracy kandydata.
- imię, nazwisko i podpis zgłaszającego (podpis w przypadku zgłoszenia na piśmie)

5. Zgłoszony kandydat obowiązany jest oświadczyć, czy wyraża zgodę na kandydowanie. Oświadczenie może być złożone w formie pisemnej.

6. Kandydat powinien przedstawić informację o przebiegu pracy zawodowej i społecznej.

7. Uczestnicy zebrania wyborczego mogą zadawać pytania zgłoszonym kandydatom.

§6

1. Głosowanie przeprowadza i nadzoruje komisja mandatowo - skrutacyjna.

2. Do zadań komisji mandatowo - skrutacyjnej należy:

2.1 przyjmowanie zgłoszeń kandydatów na delegatów na okręgowy zjazd,

2.2 sporządzenie listy kandydatów,

2.3 przygotowanie kart do głosowania ze wskazaniem kandydatów w kolejności alfabetycznej,

2.4 ustalenie wyników głosowania po przeliczeniu oddanych głosów i sporządzenie listy wybranych delegatów na okręgowy zjazd,

2.5 ogłoszenie wyników wyborów,

2.6 czuwanie w czasie zebrania wyborczego nad przestrzeganiem regulaminu wyborów.

3. Wybory są ważne bez względu na liczbę osób głosujących.

4. Dokonanie wyboru mniejszej liczby delegatów w danym rejonie wyborczym niż maksymalna ustalona dla danego rejonu, nie ma wpływu na ważność wyboru.

5. Po stwierdzeniu prawomocności zebrania wyborczego, komisja mandatowo - skrutacyjna przyjmuje zgłoszenia kandydatów na delegatów na okręgowy zjazd.

6. Komisja mandatowo - skrutacyjna tworzy alfabetyczną listę kandydatów na delegatów.

7. Komisja mandatowo - skrutacyjna przygotowuje odpowiednią liczbę kart do głosowania ze wskazaniem kandydatów w kolejności alfabetycznej.

8. Karty do głosowania wydają wyborcom członkowie komisji mandatowo - skrutacyjnej, kolejno wszystkim zgromadzonym zgodnie z listą obecności. Każdy wyborca może otrzymać tylko jedną kartę do głosowania.

9. Karty do głosowania, opatrzone pieczęcią okrągłą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zawierają następujące informacje:

- a) oznaczenie rejonu wyborczego,
- b) alfabetyczną listę kandydatów,
- c) informację o dopuszczalnej liczbie mandatów w rejonie,

d) pouczenie o sposobie oddania ważnego głosu.

10. Wyboru dokonuje się poprzez wskazanie na karcie do głosowania kandydata (kandydatów), na którego (których) głosujący oddaje swój głos. Wskazanie następuje poprzez postawienie znaku x przy nazwisku kandydata, na którego głosujący oddaje swój głos.

11. Głos jest nieważny, gdy:

a) liczba wskazań jest większa od określonej na karcie do głosowania,

b) karta do głosowania została przedarta,

c) w karcie do głosowania dokonano jakichkolwiek dopisków lub skreśleń sprzecznych z ustalonym sposobem głosowania,

12. Brak jakichkolwiek wskazań oznacza oddanie głosu ważnego.

13. Głosować można tylko osobiście.

14. Głosowanie odbywa się przy użyciu jednakowo oznakowanych kart do głosowania.

15. Wzór karty do głosowania stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu Okręgowej Komisji Wyborczej.

16. Okręgowa Komisja Wyborcza zapewnia warunki umożliwiające zachowanie tajności głosowania, zabezpieczając urnę i zapewniając odpowiednie warunki podczas wypełniania kart do głosowania.

17. Ustala się następujące zasady pracy komisji mandatowo - skrutacyjnej przy obliczaniu wyników głosowania:

a) pracą komisji kieruje przewodnicząca/y wyłoniony spośród członków komisji,

b) karty do głosowania przygotowuje się w liczbie zgodnej z listą obecności,

c) po wyjęciu wypełnionych kart z urny, przelicza się ilość zebranych kart, ilość prawidłowo oddanych głosów, ilość głosów nieważnych,

d) z kart prawidłowo wypełnionych oblicza się liczbę głosów oddanych na poszczególnych kandydatów,

e) ustala się listę wybranych kandydatów,

f) karty do głosowania wraz z dokumentacją z liczenia głosów, zabezpiecza się w zaklejonej kopercie. Na miejscu zaklejenia kopert podpis składa przewodnicząca/y komisji mandatowo - skrutacyjnej.

18. Po zakończeniu głosowania komisja mandatowo - skrutacyjna sporządza protokół, który zawiera:

- a) alfabetyczną listę zgłoszonych kandydatów,
- b) liczbę uprawnionych do głosowania,
- c) liczbę oddanych głosów,
- d) liczbę oddanych głosów ważnych,
- e) liczbę oddanych głosów nieważnych,
- f) liczbę oddanych głosów na poszczególnych kandydatów,
- g) listę wybranych delegatów,
- h) podpisy członków komisji.

19. Wzór protokołu komisji mandatowo - skrutacyjnej stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu Okręgowej Komisji Wyborczej.

20. Protokół komisji mandatowo - skrutacyjnej wraz z zabezpieczonymi kartami do głosowania, przekazywany jest niezwłocznie Okręgowej Komisji Wyborczej przez przedstawiciela Okręgowej Komisji Wyborczej.

§7 1. Dokumentację zebrania wyborczego stanowią:

- a) zawiadomienie o zebraniu wyborczym,
- b) rejestr wyborczy danego rejonu wyborczego,

c) rejestr wyborczy z potwierdzeniem obecności osób uprawnionych do głosowania,

- d) alfabetyczna lista kandydatów na delegatów,
- e) protokół komisji mandatowo - skrutacyjnej,
- f) protokół z zebrania wyborczego w rejonie wyborczym,
- g) karty do głosowania, zabezpieczone w zaklejonych i podpisanych przez przewodniczącą/ego komisji mandatowo - skrutacyjnej kopertach.

§8

1. Okręgowa Komisja Wyborcza na podstawie otrzymanych protokołów stwierdza ważność wyborów i sporządza listę delegatów na okręgowy zjazd, którą przekazuje Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

2. Skargi na nieprawidłowości z przebiegu wyborów wnoszą się do Okręgowej Komisji Wyborczej w terminie 2 tygodni od ich zaistnienia.

3. W przypadku naruszenia zasad wyborów Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia uchwałę wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.

4. Okręgowa Komisja Wyborcza podejmuje uchwałę w sprawie odrzucenia skarg.

5. O podjętej decyzji w sprawie skargi wyborczej Okręgowa Komisja Wyborcza powiadamia wnoszącego skargę, przysyłając mu uchwałę w przedmiotowej sprawie oraz okręgową radę.

6. W przypadku odrzucenia skargi przez Okręgową Komisję Wyborczą, wnoszącemu skargę przysługuje odwołanie do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w terminie 2 tygodni od dnia doręczenia uchwały odrzucającej skargę. Uchwała okręgowej rady w przedmiocie rozpoznania odwołania jest ostateczna.

§9

1. Dokumentację z wyborów, o której mowa w § 7 należy zabezpieczyć przed ich utratą wskutek wystąpienia zdarzeń losowych.

2. Dokumentacja przechowywana jest w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przez okres jednej kadencji - do czasu zakończenia następnego wyborów, a po tym okresie podlega brakowaniu i zniszczeniu.

Uchwała Nr 523/VI/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 12 marca 2015 r.

w sprawie zarządzenia wyborów delegatów na XXX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Na podst. art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) w związku z §8 ust. 1 załącznika do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków uchwała się co następuje:

§1. Zarządza się wybory delegatów na XXX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w roku 2015.

§2. Rejestr wyborców stanowią pielęgniarki i położne wykazane w rejestrach prowadzonych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych na dzień 1 marca 2015 r., którym przysługuje bierne prawo wyborcze.

§3. Rejestr wyborców zawiera następujące dane:

1. Imię i nazwisko,
2. Numer prawa wykonywania zawodu,

3. Informacja czy w stosunku do danej osoby zachodzą okoliczności wyłączające czynne prawo wyborcze.

§4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Renata Michalska*

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

Uchwała Nr 524/VI/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 12 marca 2015 r.

w sprawie podziału obszaru objętego działaniem Okręgowej Izby na rejony wyborcze

Na podst. art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) w związku z §8 ust. 2 załącznika do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków uchwała się co następuje:

§1. Dokonuje się podziału obszaru objętego działaniem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na rejony wyborcze.

§2. Wykaz rejonów wyborczych stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§2. Traci moc uchwała Nr 334/V/2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie podziału obszaru objęte-

go działaniem Okręgowej Izby na rejony wyborcze.

§3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Okręgowej Rady

Pielęgniarek i Położnych

Renata Michalska

Przewodnicząca Okręgowej Rady

Pielęgniarek i Położnych

Barbara Błażejowska-Kopiczak

Załącznik do Uchwały Nr 524/VI/2015 z dnia 12 marca 2015 r. w sprawie podziału obszaru objętego działaniem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na rejony wyborcze

PODZIAŁ OBSZARU OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE NA REJONY WYBORCZE

I Okręg Wyborczy Nr 1 — Brzozów

1. Szpital Specjalistyczny Brzozów, ul. Ks. Bielańskiego 18
2. Publiczne i Niepubliczne Zespoły Opieki Zdrowotnej miasta i powiatu Brzozów
3. Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna Brzozów
4. Zakłady Pracy Chronionej

II Okręg Wyborczy Nr 2 - Iwonicz

1. Uzdrawisko Iwonicz S. A.
2. Sanatoria i Prewentorium branżowe
3. KRUS
4. Publiczne i Niepubliczne ZOZ-y z terenu Gminy Iwonicz Zdrój
5. DPS-y

III Okręg Wyborczy Nr 3 - Jasło

1. Szpital Specjalistyczny Jasło, ul. Lwowska 22
2. Medyczo – Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Jasło
3. Terenowy Oddział Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa Jasło
4. NZOZ Centrum Dializ Fresenius Jasło

IV Okręg Wyborczy Nr 4 - Jasło

1. Publiczne i Niepubliczne Zespoły Opieki Zdrowotnej miasta i powiatu Jasło

2. Zakłady Pracy Chronionej
3. Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna Jasło
4. Indywidualne praktyki z powiatu Jasło
5. DPS Folsz

V Okręg Wyborczy Nr 5 - Krosno

1. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie - pielęgniarki według alfabety od A – Ł
2. Centrum Dializ Fresenius Krosno

VI Okręg Wyborczy Nr 6 - Krosno

1. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie - pielęgniarki według alfabety od M – Ź
2. Terenowy Oddział Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa Krosno
3. Centrum Kardiologii Inwazyjnej Intercard Krosno

VII Okręg Wyborczy Nr 7 - Krosno

1. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie – położne

VIII Okręg Wyborczy Nr 8 - Krosno

1. Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe Krosno
2. Miejska Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna Krosno
3. Poliklinika MSW

4. Publiczne i Niepubliczne Zespoły Opieki Zdrowotnej miasta i powiatu Krosno
5. Zakłady Pracy Chronionej
6. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa Krosno
7. Indywidualne praktyki z powiatu Krosno

IX Okręg Wyborczy Nr 9 - Lesko

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Lesko
2. Publiczne i Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej na terenie miasta i powiatu Lesko
3. Indywidualne praktyki pielęgniarskie i położnicze
4. Sanatoria Polańczyk
5. Zakład Karny

X Okręg Wyborczy Nr 10 — Rymanów

1. Uzdrawisko Rymanów S. A.
2. Sanatorium „Stomil”
3. Publiczne i Niepubliczne ZOZ-y z terenu Gminy Rymanów
4. Zakład Pracy Chronionej

XI Okręg Wyborczy Nr 11 - Sanok

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Sanok
2. NZOZ Diaverum Sanok
3. Centrum Kardiologii Inwazyjnej Intercard Sanok

4. Terenowy Oddział Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Sanok

XII Okręg Wyborczy Nr 12 - Sanok

1. Samodzielny Publiczny Miejski Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej Sanok
2. Publiczne i Niepubliczne Zespoły Opieki Zdrowotnej powiat Sanok
3. Pozostałe placówki służby zdrowia powiat Sanok
4. Indywidualne praktyki z powiatu Sanok

5. DPS Zagórz
6. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa Sanok
7. Areszt Śledczy Sanok

XIII Okręg Wyborczy Nr 13 - Ustrzyki Dolne

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Ustrzyki Dolne
2. Publiczne i Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej miasta Ustrzyk i powiatu bieszczadzkiego
3. Indywidualne praktyki pielęgniarskie i położnicze

4. Zakłady Pracy Chronionej
5. Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna Ustrzyki Dolne

XIV Okręg Wyborczy Nr 14

1. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
2. Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa w Krośnie
3. Osoby bezrobotne i emeryci
4. DPS Krosno

Uchwała Nr 525/VI/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 12 marca 2015 r. w sprawie ustalenia ilości delegatów

Na podst. art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) w związku z §8 ust. 2 załącznika do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków uchwała się co następuje:

§1. W celu zapewnienia należytej reprezentacji pielęgniarek i położnych w organach Okręgowej Izby zebranie wyborcze rejonu wyborczego dokonuje

wyboru spośród swoich członków delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w stosunku:

- jeden delegat na 50 pielęgniarek
- jeden delegat na 50 położnych
- jeden delegat na 50 pielęgniarek i położnych

§2. Jeżeli w wyniku podzielenia liczby pielęgniarek i położnych należących do rejonu wyborczego przez liczbę wymienioną w /w uchwale, reszta dzielenia przewyższa połowę tej liczby, w danym rejonie wyborczym dokonuje się wyboru dodatkowego delegata.

§3. Traci moc uchwała Nr 336/V/2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie ustalenia ilości delegatów.

§4 Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Renata Michalska*

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

Uchwała Nr 526/VI/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 12 marca 2015 r. w sprawie ustalenia terminów wyborów delegatów w rejonach wyborczych

Na podst. art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) w związku z §8 ust. 2 załącznika do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków uchwała się co następuje:

§1. Ustala się terminy wyborów delegatów dla każdego rejonu wyborczego, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3. Traci moc uchwała Nr 335/V/2011 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie ustalenia terminów wyboru delegatów w rejonach wyborczych na

XXV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

§4 Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

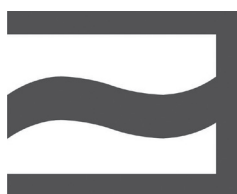
*Sekretarz Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Renata Michalska*

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

Załącznik do Uchwały Nr 526/VI/2015 z dnia 12 marca 2015 r.
w sprawie ustalenia terminów wyborów delegatów w rejonach wyborczych
Terminarz wyborów

Nr Okręgu	Placówki wchodzące w skład okręgu	Terminy zebrań	Miejsce zebrań	Miejsce sprawdzania list wyborczych	Osoba odpowiedzialna z Komisji Wyborczej za organizację zebrań
1 Brzozów	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Publiczne i Niepubliczne ZOZ-y miasta i powiatu Brzozów Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna Brzozów Zakład Pracy Chronionej	zebranie – 9 czerwiec 2015r. godz. 12.00	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie ul. Ks. Bielańskiego 18 Sala konferencyjna	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie ul. Ks. Bielańskiego 18 Bożena Mendyka Brzozów	Bożena Mendyka tel.(13) 43-09-707
2 Iwonicz	1. Uzdrawisko Iwonicz 2. Sanatoria i Prewentorium branżowe 3. KRUS 4. Publiczne i Niepubliczne ZOZ-y Gminy Iwonicz 5. DPS-y	zebranie – 28 maj 2015r. godz. 13.00	Uzdrawisko Iwonicz ul. Torosiewiczza 2 świetlica Iwonicz	Uzdrawisko Iwonicz ul. Torosiewiczza 2 Janina Czerwińska - Sowa	Janina Czerwińska – Sowa tel.(13)43-08-803
3 Jasło	1. Szpital Specjalistyczny w Jasle 2. Medyczno – Spoleczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Jasle 3. Terenowy Oddział Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Jasło 4. NZOZ Centrum Dializ Fresenius Jasło	zebranie – 2 czerwiec 2015r. godz. 12.00	Szpital Specjalistyczny w Jasle ul. Lwowska 22 świetlica	Szpital Specjalistyczny w Jasle ul. Lwowska 22 Urszula Zabierowska	Urszula Zabierowska tel.(13) 44-620-41
4 Jasło	Publiczne i Niepubliczne ZOZ -y miasta i powiatu Jasło Zakłady Pracy Chronionej Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Jasle Indywidualne praktyki z powiatu Jasło DPS Folusz	zebranie – 2 czerwiec 2015r. godz. 13.00	Centrum Domowej Opieki Pielęgniarskiej „Libra” ul. Baczyńskiego 29 Jasło	Centrum Domowej Opieki Pielęgniarskiej „Libra” ul. Baczyńskiego 29 Jasło	Teresa Witusik tel.(13) 44-820-47
5 Krosno	1. Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie Pięlegniarki od A do Ł 2. Centrum Dializ Fresenius Krosno	zebranie – 2 czerwiec 2015r. godz. 11.00	Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie ul. Korczyńska 57 Sala konferencyjna Krosno	Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie ul. Korczyńska 57 Bożena Moskal	Bożena Moskal tel. (13) 43- 78-274
6 Krosno	1. Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie Pięlegniarki od M do Ź 2. Terenowy Oddział Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Krosno 3. Centrum Kardiologii Inwazyjnej Intercard Krosno	zebranie – 2 czerwiec 2015r. godz. 12.30	Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie ul. Korczyńska 57 Sala konferencyjna Krosno	Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie ul. Korczyńska 57 Barbara Marcinkiewicz	Barbara Marcinkiewicz tel.(13) 43-78-494

7	Krosno	1. Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie Położne	zebranie – 2 czerwiec 2015r. godz. 9:30	Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie ul. Korczyńska 57 Sala konferencyjna	Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie ul. Korczyńska 57 Krystyna Krygowska	Krystyna Krygowska tel. (13) 43- 78-400
8	Krosno	1. Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Krośnie 2. Miejska Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Krośnie 3. Poliklinika MSW 4. Pielęgniarki/położne na indywidualnych kontraktach powiat Krosno 5. Publiczne i Niepubliczne ZOZ-y miasta i powiatu Krosno 6. Zakłady Pracy Chronionej 7. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa Krosno	zebranie – 11 czerwiec 2015r. godz. 12:00	OIPiP Krosno ul. Bieszczadzka 5 Pokój 210 Sala konferencyjna	OIPiP Krosno ul. Bieszczadzka 5 Pokój 210 Agnieszka Wilusz	Agnieszka Wilusz 883-966-739
9	Lesko	1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku 2. Publiczne i Niepubliczne ZOZ-y miasta i powiatu Lesko 3. Zakład Karny 4. Indywidualne praktyki pielęgniarstwa i położnicze 5. Sanatoria w Polańczyku	zebranie – 2 czerwiec 2015r. godz. 14:30	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku ul. Kazimierza Wielkiego 4 Świetlica szpitalna	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku ul. Kazimierza Wielkiego 4 Anna Dybaś	Anna Dybaś 607-824-910
10	Rymanów	1. Uzdrowisko Rymanów 2. Sanatorium Stomil 3. Publiczne i Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej z terenu Gminy Rymanów 4. Zakład Pracy Chronionej	zebranie – 9 czerwiec 2015r. godz. 14:00	Uzdrowisko Rymanów ul. Zdrojowa 48 świetlica	Uzdrowisko Rymanów ul. Zdrojowa 48 Agnieszka Rychlicka	Agnieszka Rychlicka (13)43-57-231
11	Sanok	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku NZOZ Diawerum Sanok Centrum Kardiologii Inwazyjnej Intercard Sanok Terenowy Oddział Regionalnego Centrum Kardiawstwa i Kardiologii Sanok	zebranie – 9 czerwiec 2015r. godz. 12:00	SP ZOZ Sanok ul. 800 - lecia 26 Świetlica SOR	Szpital Miejski Sanok ul. 800-lecia 26 Bożena Jastrzębska	Bożena Jastrzębska tel.(13) 46-56-281
12	Sanok	Samodzielny Publiczny Miejski Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku Publiczne i Niepubliczne ZOZ - y z powiatu Sanok Pozostałe Placówki Służby Zdrowia z powiatu Sanok DPS Zagórz Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa Sanok Indywidualne praktyki powiat Sanok Areszt Śledczy Sanok	zebranie – 9 czerwiec 2015r. godz. 13:00	Samodzielny Publiczny Miejski Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku ul. Jana Pawła II 38 świetlica	Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku ul. Jana Pawła II 38 Urszula Górnik	Urszula Górnik (13) 46-44-778
13	Ustrzyki Dolne	1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych 2. Publiczne i Niepubliczne ZOZ-y miasta Ustrzyk Dolnych i powiatu bieszczadzkiego 3. Indywidualne praktyki pielęgniarstwa i położnicze 4. Zakłady Pracy Chronionej 5. Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna	zebranie – 10 czerwiec 2015r. godz. 14:30	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych ul. 29 Listopada 57 Świetlica szpitalna	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych ul. 29 Listopada 57 Halina Pasławska	Halina Pasławska 13 46-118-71
14		Osoby bezrobotne i emeryci OIPiP w Krośnie OKPPIP Spółka z.o.o. w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa Krosno DPS Krosno	zebranie – 12 czerwiec 2015r. godz. 10:00	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie ul. Bieszczadzka 5 sala konferencyjna	OIPiP w Krośnie ul. Bieszczadzka 5 Ewa Czupska	Ewa Czupska tel.(13) 43-694-60



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DM.0025.48.2015

Warszawa, dnia 10 lutego 2015 r.

Pan Tadeusz Jędrzejczyk **Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szanowny Panie Prezesie

W związku z powtarzającymi się pytaniami pielęgniarek, zwracam się z prośbą o interpretację zapisu § 13 ust. 2 pkt. 18 Zarządzenia Nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Norma ta stanowi, że „pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie

może realizować jednocześnie zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zadań pielęgniarki w domu pomocy społecznej”.

Wątpliwości dotyczą pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej (np. w niepełnym wymiarze etatu), które mogą być zatrudnione na umowach cywilnoprawnych u świadczeniodawców realizujących kontrakty z NFZ w zakresie opieki długoterminowej.

Czy powyższy zapis należy rozumieć jako zakaz pracy pielęgniarki w tym sa-

mym czasie w obu formach, czy w ogóle pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej, które nie mogą wykonywać świadczeń w zakresie opieki długoterminowej.

Należy także zwrócić uwagę, że wyłączenie nie dotyczy pielęgniarek pracujących np. w szpitalach.

Z poważaniem
Wiceprezes
Teresa Kuziara

Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala w Warszawie **Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej**

Warszawa, dnia 26.02.2015 r.

Pani Teresa Kuziara **Wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych**

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 lutego 2015 r. znak: NiPiP-NRPiP-DM.0025.48.2015 w sprawie realizacji świadczeń przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zapewnia dostępność do świadczeń dla świadczeniobiorców, zgodnie z przepisami określonymi w załączniku Nr 4 lp. 2 lit. B rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 1480 z późn. zm.) zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”. W świetle tego przepisu brak jest możliwości wykonywania przez świadczeniodawcę lub personel medyczny zatrudniony u świadczeniodawcy, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, świadczeń w innej jednostce

organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy lub u innego świadczeniodawcy. Dotyczy to zarówno pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej jak również pielęgniarek, które realizują, na podstawie umowy z NFZ, świadczenia w innych rodzajach świadczeń, co wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie OW”.

Zgodnie bowiem z § 6 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OW, osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy lub u innego świadczeniodawcy,

Powyższe odnosi się również do pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej.

Oznacza to, że jedna pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, która jest świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej/finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) zabezpiecza świadczenia dla określonej w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, grupy świadczeniobiorców, w godzinach od 8 do 20 i w tych godzinach nie może realizować świadczeń w innej jednostce organizacyjnej lub u innego świadczeniodawcy.

Natomiast w przypadku świadczeniodawcy, który zatrudnia więcej niż jedną pielęgniarkę (również na etaty częściowe) sporządza on grafik na realizację świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w taki sposób, aby zabezpieczyć świadczenia w godzinach od 8 do 20, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Grafik pracy pielęgniarek powinien być w taki sposób sporządzony, aby był spełniony warunek udzielania świadczeń gwarantowanych, tzn. pielęgniarka w ramach 1 etatu przeliczeniowego nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami zamieszkania lub nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania. Zapewniona musi być również dyspozycyjność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, w medycznie uzasadnionych przypadkach.

Ponadto pragnę zaznaczyć, iż zakres świadczenia: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa został utworzony, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych, aby świadczeniobiorca miał zapewnione świadczenia zdrowotne udzielane przez pie-

lęgniarkę od poniedziałku do piątku od 8.00 do 20.00 oraz w medycznie uzasadnionych przypadkach w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy. Warto również podkreślić, iż liczba wizyt u świadczeniobiorcy nie powinna być mniejsza, niż 4 razy w tygodniu i powinna wynikać z ustalonego przez pielęgniarkę planu opieki. Biorąc pod uwagę powyższy przepis, Fundusz finansuje 7 dni w tygodniu tj. każdy dzień opieki od objęcia do jej zakończenia, również w dni wolne, niedziele i święta.

Dlatego konieczne jest zapewnienie przez pielęgniarkę długoterminową domową, dostępności do świadczeń przez 7 dni w tygodniu.

Tak więc, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca zatrudniający więcej niż jedną pielęgniarkę, w tym w ramach etatów częściowych, powinien sporzą-

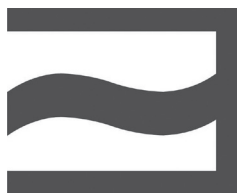
dzić grafik pracy pielęgniarek w taki sposób, aby zabezpieczyć świadczenia w godzinach 8 - 20 od poniedziałku do piątku oraz w medycznie uzasadnionych przypadkach w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy. W godzinach wykazywanych w grafiku, pielęgniarka nie może realizować świadczeń z innego zakresu, na podstawie innej umowy.

Powyższa interpretacja w sprawie dostępności do świadczeń gwarantowanych w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej uzyskała akceptację Ministerstwa Zdrowia (pismo z dnia 27 maja 2010 r. znak: MZ-UZ-ZR-71-20152-6/AK/10).

Z poważaniem

Leszek Szalak

*Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia*



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPiP-DM.0022.29.1.2015

Warszawa, 16 marca 2015 r.

Pani/Pan Delegaci na VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych Przewodnicząca/Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W załączeniu przekazuję pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 lutego 2015 roku kierowane do Tadeusza Jędrzejczyka Prezesa Na-

rodowego Funduszu Zdrowia w sprawie realizacji świadczeń przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej oraz pismo Leszka Szalaka Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu

Zdrowia będące odpowiedzią w przedmiotowej sprawie.

Z poważaniem

Wiceprezes NRPiP

Teresa Kuziara

Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych
PP-K077.5.2015.1

Warszawa, 19.03.2015

Ewa Kowalska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy

Szanowna Pani Przewodnicząca

W nawiązaniu do pisma znak: OI-PIP/75/2015, w sprawie uzyskania stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki w związku z art. 97 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), Departament

Pielęgniarek i Położnych przekazuje poniżej informacje w sprawie.

Ministerstwo Zdrowia wydało Stanowisko w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu na podstawie przepisu art. 97 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które przekazuje w załączeniu. Powyższe Stanowisko zostało przekazane również

do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, celem poinformowania wszystkich okręgowych izb pielęgniarek i położnych o interpretacji i stosowaniu przedmiotowego przepisu.

Z poważaniem

*Z-ca Dyrektora Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolnitowska*



Ministerstwo Zdrowia

Podsekretarz Stanu
Cezary Cieślukowski

Warszawa, 13.03.2015

Stanowisko w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 97 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.)

Zgodnie z art. 07 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo art. 31, mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 r. złożyły stosowny wniosek. Po upływie terminu prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

Przepis art. 97 ust. 1 i 2 ww. ustawy spowodował, że pielęgniarki i położne, które ukończyły ww. szkoły pielęgniarskie przed dniem 1 stycznia 2015 roku oraz nie złożyły w tym terminie stosownego wniosku do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o uzyskanie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, nie mogą już ubiegać się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że osoby, którym prawo wykonywania zawodu wygasło muszą spełnić wszystkie przesłanki określone w art. 28 albo 31 ww. ustawy, w tym również przesłankę uzyskania odpowiedniego, określonego w tym przepisie wykształcenia.

Do dnia 1 stycznia 2015 r. wymóg w zakresie wykształcenia określony w art. 28 i 31 ww. ustawy był zastąpiony wymogiem ukończenia liceum medycznego lub szkoły policealnej albo szko-

ły pomaturalnej kształcącej w zawodzie pielęgniarki albo ukończenia szkoły policealnej albo szkoły pomaturalnej kształcącej w zawodzie położnej. Szkołą pielęgniarską w rozumieniu art. 52 ust. 2 pkt. 1 ww. ustawy jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia, a szkołą położnych w rozumieniu art. 53 ust. 2 pkt. 1 ww. ustawy jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie studiów pierwszego stopnia.

W związku z wymogami określonymi w powyższych przepisach, osoby objęte normą art. 97 ww. ustawy, które nigdy nie wykonywały zawodu pielęgniarki i położnej, a zamierzają podjąć po raz pierwszy pracę w tym zawodzie, powinny podnieść swój posiadany poziom wykształcenia do poziomu studiów pierwszego stopnia. W tym celu, po dniu 1 stycznia 2015 r. muszą uzupełnić wykształcenie poprzez: ukończenie tzw. studiów pomostowych, czyli studiów przeznaczonych dla pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki oraz studiów przeznaczonych dla położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie położnej, prowadzonych zgodnie rozporządzeniem 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, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. poz. 770).

Przepis art. 97 ust. 1 i 2 ww. ustawy nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które uzyskały zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu na podstawie przepisów obowiązujących przed uchwaleniem ustawy z dnia 6 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151 poz. 1217, z późn. zm.), ale w związku z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, nie wymieniły zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydanego na podstawie przepisów obowiązujących przed dniem 28 grudnia 1999 r., według ustalonego wzoru, zgodnie z art. 12 ust. 2 tej ustawy; w terminie do dnia 31 grudnia 2001 r. (przez co zaświadczenie to, po upływie tego terminu utraciło moc). W opinii Ministerstwa Zdrowia osoby te posiadają prawo wykonywania zawodu, ponieważ moc utraciły wyłącznie zaświadczenia i nie wydano tym osobom nowych zaświadczeń. Natomiast prawa tych osób nie zostały w żaden sposób wygaszone. Osoby, które wykonywały zawód pielęgniarki i położnej lub wykonują go na podstawie nieważnych zaświadczeń powinny wymienić zaświadczenia na obowiązujące. Sytuację, osób z nieważnymi zaświadczeniami reguluje art. 91 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który wskazuje, że osoby które w dniu wejścia w życie ustawy posiadają stwierdzone albo przyznane prawo wykonywania zawodu, zachowują to prawo. Osoby posiadające nieważne zaświadczenia miały już przyznane albo stwierdzone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Akceptuję
Cezary Cieślukowski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Czy pielęgniarka podając lek choremu powinna poinformować go o nazwie tego farmaceutyka?

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2007.174.1039), pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; Z art.9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.II.2012g), Wynika prawo pacjenta do informacji o jego sta-

nie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ponadto z Załącznika do Uchwały nr 9 KZPiP z dnia 9 grudnia 2003 r. kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospo-

litej Polskiej, wynika, iż pielęgniarką pełniącą rolę zawodową zobowiązana jest do udzielenia pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.

W związku z powyższym pacjent powinien zostać poinformowany przez pielęgniarkę w sposób zrozumiały o lekach jakie są mu podawane.

Czy pielęgniarka może samodzielnie przy podawaniu leku dokonać zmiany handlowej leku z zachowaniem nazwy chemicznej?

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011.174.1039), pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Nie dotyczy to zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jedynie w przypadku wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, uzasadnienia potrzebnego jego wykonania.

Jednakże z §3 i §4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r.

w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (Dz.U.2007.210.1540), wynika, że pielęgniarka może samodzielnie wyznaczać odpowiednie leki dla pacjenta w szczególnych przypadkach. W odniesieniu do tych sytuacji, sama może dokonać zmiany nazwy handlowej leku bez zmiany jego zawartości chemicznej.

Podsumowując:

W sytuacji, kiedy pielęgniarka realizuje zlecenie lekarskie to lekarz winien dokonać zmiany leku na zamiennik.

W sytuacji podania leku do którego uprawniona jest pielęgniarka, ma ona prawo podać zamiennik, dokonując odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej.

Prezes NRPiP

(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Prawo do informacji na temat zdrowia dziecka

**Pani
Izabela Jakubczak-Rak
Zastępcza Rzecznika Praw Pacjenta**

W odpowiedzi na pismo z dnia 6 maja 2013 r. zawierające prośbę o zajęcie stanowiska w następujących kwestiach:

1) czy rodzic, któremu na podstawie art 107 ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy ograniczono władzę rodzicielską do współdecydowania w istotnych sprawach dziecka, ma prawo do informacji o stanie zdrowia dziecka oraz dostęp do dokumentacji medycznej dziecka,

2) czy uprawnienie to przysługuje mu na równi z rodzicem, któremu powierzono wykonywanie władzy rodzicielskiej,

3) czy udostępnienie dokumentacji medycznej rodzicowi, któremu ograni-

czono władzę rodzicielską, wymaga zgody drugiego rodzica - uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Na podstawie art. 107 § 2 ustawy z dnia 25 lutego 1964r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy, dalej jako: „k.r.o.”, sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka. W powszechnej praktyce sądowej orzeczenie w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej sprowadza się do tego, że - jak w sprawie opisanej w piśmie Pani Rzecznik - sąd ingerując w zakres owej władzy jednego z rodziców pozostawia mu jednak prawo do współdecydowania w istotnych sprawach dziecka.

Odpowiedź na pytania zawarte w piśmie zdeterminowana jest charakterem i skutkami rozstrzygnięcia o ograniczeniu w ten sposób władzy rodzicielskiej, a także od właściwego rozumienia pojęcia „istotne sprawy dziecka”.

Istota ograniczenia władzy rodzicielskiej rodzica do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka sprowadza się do tego, że sąd określa w swym orzeczeniu co rodzicowi wolno w stosunku do dziecka. Skutkuje to tym, że danemu rodzicowi przysługują tylko takie uprawnienia z zakresu władzy rodzicielskiej, o jakich pozytywnie orzekł sąd w swym rozstrzygnięciu. W pozostałym, niewyszczególnionym zakresie rodzic jest tej władzy w stosunku do dziecka pozbawiony. W konse-

kwencji, traci w tym zakresie uprawnienie do współdecydowania w sprawach dziecka, a co za tym idzie - nie może go również reprezentować.

W zakresie, w jakim władza rodzicielska została określona w postanowieniu sądu jako nadal przysługująca danemu rodzicowi wobec dziecka, rodzic ten zachowuje - w tych właśnie ramach, które wyznaczył sąd - pełnię praw, na równi z drugim z rodziców. Jeżeli zatem władza rodzicielska została ograniczona do współdecydowania w istotnych sprawach dziecka, to w tym zakresie można powiedzieć, że rodzicowi „przysługuje pełnia tej władzy. W istotnych sprawach dziecka oboje rodzice wykonują zatem władzę rodzicielską na tych samych zasadach i prawach. W tym obszarze występuje więc taki stan, jakby sąd obojgu rodzicom powierzył władzę rodzicielską do wspólnego wykonywania. Oznacza to, że w tych sprawach każde z rodziców jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania. W przypadku zaś braku porozumienia w istotnych sprawach dziecka rozstrzyga sąd opiekuńczy (art. 97 k.r.o.).

Należy więc stwierdzić, że na tle sprawy przedstawionej w piśmie Pani Rzecznik

nie występuje sytuacja, w której jeden z rodziców ma więcej a drugi mniej uprawnień. Rodzice w istotnych sprawach dziecka są współuprawnieni na równych zasadach. W rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159), jak również ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) rodzic, któremu ograniczono władzę rodzicielską do współdecydowania w istotnych sprawach dziecka, zachowuje przymiot przedstawiciela ustawowego w zakresie dostępu do informacji oraz dokumentacji medycznej dziecka.

Przechodząc do kwestii znaczenia pojęcia „istotne sprawy dziecka”, należy stwierdzić, że Kodeks rodzinny i opiekuńczy nie definiuje tego pojęcia. Przez przeciwieństwo można powiedzieć, że są to sprawy nie związane z codzienną egzystencją i bieżącym procesem wychowawczym. Muszą to być sprawy istotne, a więc takie, które mają znaczący wpływ na rozwój dziecka. W zgodnej opinii zarówno przedstawicieli doktryny prawa, jak orzecznictwa sądów istotnymi sprawami dotyczącymi osoby dziecka będą

z pewnością wszelkie kwestie związane z leczeniem i rehabilitacją dziecka. Dlatego też, aby podjąć decyzję w tych sprawach oboje rodzice muszą mieć dostęp zarówno do informacji o stanie zdrowia dziecka, jak i dokumentacji medycznej. W przeciwnym razie nie mogliby wykonywać w sposób należyty swych rodzicielskich uprawnień.

W świetle powyższego, z punktu widzenia przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńskiego, odpowiedź na dwa pierwsze pytania zawarte w piśmie Pani Rzecznik jest pozytywna. W odniesieniu zaś do pytania trzeciego, stwierdzić należy, że ojciec nie wymaga zgody matki na udostępnienie mu dokumentacji medycznej syna, tak samo, jak udostępnienie matce tej dokumentacji nie wymaga zgody ojca. W razie sporu rodziców na tym tle, każdemu z rodziców przysługuje prawo do złożenia wniosku do sądu opiekuńskiego o rozstrzygnięcie w istotnej sprawie dziecka.

*Z upoważnienia
Ministra Sprawiedliwości
Michał Królikowski
Podsekretarz Stanu*

Uchwała Nr 277/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. w sprawie ustalenia Standardu pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 3 oraz art. 22 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ustala Standard pielęgniarskiej

praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego opracowany przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek.

§ 2. Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Standardy pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Słowo od autorów „Standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”

Pielęgniarstwo operacyjne to dziedzina, w której kształcenie podyplomowe rozpoczęło się w latach 60-tych XX wieku. Pierwszym podręcznikiem wydanym w Polsce po II wojnie światowej (1956 r.) był „Podręcznik dla instrumentariuszek” autorstwa Danuty Kasiny.

„Instrumentariuszka” to historyczna nazwa osób, które pomagały lekarzom specjalności zabiegowej w przeprowadzaniu operacji podając im narzędzia i dbając o zaplecze bloku operacyjnego. We wspomnianym wyżej podręczniku autorka wskazywała, że osobami tymi mają być pielęgniarki dyplomowane cechujące się przede wszystkim spokojem i opanowaniem oraz dobrą kondycją fizyczną. Współczesną nazwą instrumentariuszki jest „pielęgniarka operacyjna” lub „położna operacyjna”. We współczesnej Europie (niektóre landy Niemiec) pojęcie „instrumentariuszka” odnosi się do osób nie będących pielęgniarkami, a posiadającymi uprawnienia do pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej – po ukończeniu trzyletniej szkoły.

Standardy mają opisywać rzeczywistość i być dostosowanymi do warunków, w których mają obowiązywać. Literatura, starsza niż dziesięciolecie została wykorzystana w opracowaniu z uwagi na aktualność zawartych w niej zapisów, czego przykładem jest pozycja pod redakcją A. Piątek „Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny”, wydany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w 1999 roku (jest to jedyne wydanie). Informacje merytoryczne pozostałych pozycji są nadal aktualne i dlatego autorzy zde-

cydowali się je wykorzystać, zwłaszcza, że jest niedobór literatury opisującej pracę polskich pielęgniarek/położnych operacyjnych.

Autorzy wyrażają serdeczne podziękowania osobom, których cenne uwagi podniosły wartość merytoryczną „Standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”.

*Joanna Borzęcka
i współautorzy*

WSTĘP

Standardy pełnią ważną rolę w zapewnieniu właściwej opieki w każdej dziedzinie pielęgniarstwa. Ich zadaniem jest przede wszystkim określenie wzoru postępowania.

Standardy napisano na podstawie wytycznych dotyczących ogólnych standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej zatwierdzonych przez ministra zdrowia i opieki społecznej do wdrożenia pilotażowego. Wytyczne te zostały umieszczone w publikacji redagowanej przez A. Piątek Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999. Zbiór standardów zawarty w niniejszej pracy zawiera ogólne wytyczne i normy wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej operacyjnej z uwzględnieniem dobranej koncepcji i celu pielęgnowania, praw pacjenta, metod pielęgnowania, obowiązujących przepisów prawnych oraz warunków techniczno – organizacyjnych wykonywania zawodu. Zatem należą do kategorii ogólnych standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej, a ponieważ w wielu miejscach odnoszą się również do specyficznych wymagań wykonywania zawodu w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego otrzymały nazwę „ogólne standardy pielęgniarskiej praktyki kli-

nicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”. Każdy ze standardów ma dany (po myślniku) wyraz lub związek frazeologiczny zgodny z nazewnictwem określonym w Standardach opieki pielęgniarskiej w praktyce.

Ogólne standardy praktyki pielęgniarskiej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, które uszczegółowią treści zawarte w przedstawianym zbiorze standardów – dotyczyć będą specyficznych dla tej dziedziny sposobów sprawowania opieki nad pacjentem, czyli – między innymi – sposobów zapewnienia poczucia bezpieczeństwa pacjenta czy ochrony godności osobistej na bloku operacyjnym, a także sposobów ochrony pielęgniarek/położnych operacyjnych przed czynnikami szkodliwymi w ich miejscach pracy.

Wśród pielęgniarek czy położnych operacyjnych jest coraz większy odsetek mężczyzn, zatem w każdym miejscu, gdzie jest mowa o pielęgniarce/położnej operacyjnej należy pamiętać, że zapis ten w każdym przypadku ma brzmienie pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny operacyjny. Wzorując się na zapisach zawartych w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zdecydowano się na formę „pielęgniarka/położna operacyjna”. Miejsce pracy pielęgniarki/pielęgniarza – położnej/położnego operacyjnego jest zgodne odpowiednio z art. 4 i art. 5 ustawy z dnia 11 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r. „ poz. 1435 z późn. zm.).

Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy
SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – PODSTAWY TEORETYCZNE

UZASADNIENIE: pojęcia teoretyczne pielęgniarstwa operacyjnego stanowią ramy do wyznaczania celów, planowania, realizowania i oceniania opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym. Dostarczają argumentów do uzasadniania roli i miejsca pielęgniarki operacyjnej wśród przedstawicieli innych zawodów w ochronie zdrowia.

Pielęgniarstwo operacyjne jest odrębną specjalnością pielęgniarstwa, której przedstawiciele badają, analizują i rozwiązują problemy związane z zapewnieniem sprawnej asysty pielęgniarskiej do zabiegu operacyjnego, z poczuciem bezpieczeństwa i zachowania godności osobistej pacjentów przebywających na Bloku Operacyjnym oraz innymi problemami wynikającymi ze specyfiki pracy pielęgniarek operacyjnych. Pielęgniarstwo operacyjne można utożsamiać pojęciowo z pojęciem obecnym w literaturze europejskiej i amerykańskiej odpowiednikiem „perioperative nursing” (dające się przetłumaczyć jako pielęgniarstwo okołoperacyjne) w tym sensie, że jest to dział odnoszący się do opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej, świadczonej w strukturach bloku operacyjnego. Są to zasady pielęgniarskiej opieki na bloku operacyjnym w części anestezyjologicznej i chirurgicznej. Opieka ta jest oparta na wiedzy i kompetencjach w obu tych dziedzinach. Jako członek zespołu chirurgicznego, zarejestrowana pielęgniarka „perioperative” pracuje we współpracy z innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem. Zatem na gruncie warunków polskich jest to wiedza i kompetencje z zakresu opieki okołoperacyjnej w dwóch dziedzinach pielęgniarstwa: anestezyjologicznego i operacyjnego.

Pielęgniarka/położna operacyjna – jest to osoba, mająca uprawnienia do

pielęgniarskiej asysty do zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych. W dziedzinie położnictwa i ginekologii w blokach operacyjnych na stanowisku pielęgniarki operacyjnej pracują również położne. Podstawowym obowiązkiem pielęgniarki/położnej operacyjnej jest „...całościowe, samodzielne, fachowe, biegłe i planowe przygotowanie zabiegu operacyjnego oraz asystowanie przy jego przebiegu i nadzorze¹” z uwzględnieniem zapewnienia pacjentowi poczucia godności osobistej i bezpieczeństwa, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Praktykę zawodową pielęgniarki/położna operacyjna opiera na naukach pielęgniarstwa, w szczególności pielęgniarstwie operacyjnym i na podstawach innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa („zdobycach nauk medycznych, społecznych i humanistycznych” – Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej).

Uprawnienia do pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej nabywa się drogą:

- odbycia szkolenia do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej operacyjnej pod przewodnictwem opiekuna procesu adaptacji (mentora), mającego wiedzę i doświadczenie w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (specjalisty w tej dziedzinie). Szkolenie odbywa się według wewnątrzszkolowego systemu szkolenia nowych pracowników na bloku operacyjnym. Nowy pracownik powinien rozpocząć naukę celem zdobycia formalnych uprawnień w terminie do 1 roku od momentu podjęcia pracy w bloku operacyjnym, zaś pracodawca powinien mu umożliwić udział w kursie kwalifikacyjnym/specjalizacji². Pielęgniarka/położna po odbyciu szkolenia wewnętrznego jest zatrudniona na stanowisku pełniącej obowiązki pielęgniarki/położnej operacyjnej z miejscem zatrudnienia blok operacyjny,
- ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
- ukończenia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Zespół operacyjny - grupa osób uczestnicząca w przeprowadzaniu za-

biegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych w sposób możliwie najlepszy i najszybszy. W skład zespołu operacyjnego wchodzi: lekarz/ lekarze specjalności zabiegowej, dwie pielęgniarki/położne operacyjne: instrumentująca i pomagająca, lekarz anestezyjolog oraz pielęgniarka anestezyjologiczna.

Za całość zabiegu operacyjnego odpowiada lekarz operator. Podmiotem działań zespołu operacyjnego jest pacjent, będący w centrum działań zespołu terapeutycznego, co znajduje wyraz w prowadzeniu okołoperacyjnej karty kontrolnej.³

Instrumentowanie (inaczej asysta pielęgniarstwa) – to podstawowy zakres czynności pielęgniarek/położnych operacyjnych. Są to działania wykonywane przez pielęgniarki/położne operacyjne w trakcie zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych przeprowadzanych w warunkach sali operacyjnej. Działania te są oparte na wiedzy o teoretycznym i praktycznym przebiegu operacji z uwzględnieniem działań pielęgniarek/położnych operacyjnych oraz na wnioskach z własnych obserwacji. Instrumentowanie dotyczy:

- czynności mentalnych (analizowanie i wyciąganie wniosków z wypowiedzi operatora, jego asysty, i innych członków zespołu operacyjnego),
- czynności manualnych (szybkie, celowe, - najlepiej bez wezwania - podawanie narzędzi i innych rzeczy potrzebnych w trakcie operacji,
- pojęcie asysty pielęgniarskiej (instrumentowania) nie obejmuje czynności związanych z asystą lekarską, dotyczącą manipulowania narzędziami w obrębie pola operacyjnego (utrzymywanie porządku w polu operacyjnym, odsłanianie pola operacyjnego, czyli tzw. trzymanie haków, pilnowanie końca nitki, prowadzenie nitki przy szwach ciągłych, zdejmowanie kleszczyków hemostatycznych, adaptacja brzegów rany, obcinanie nitek itp.).

Troskliwość pielęgniarstwa w pielęgniarstwie operacyjnym

„Wyjaśnienia troskliwości pielęgniarstwa mówią, że pielęgniarkę i jej postępowanie cechuje to, że lubi ludzi; ich los

nie jest jej obojętny; chce im pomagać; dysponuje niezbędną wiedzą; opanowała konieczne sprawności; skupia uwagę na szczegółach w zapewnianiu pomocy; zna i rozumie tego, komu pomaga; zna jego problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia przez ułatwianie, a nie przez wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna siebie – swoje możliwości i ograniczenia; zasługuje na zaufanie⁴. Na tej podstawie można stwierdzić, że troskliwość pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym jest to sprawne działanie pielęgniarki/położnej operacyjnej oparte na wiedzy dotyczącej zarówno obszarów w jej specjalności oraz innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa, jak i wiedzy o problemach konkretnego pacjenta na bloku operacyjnym. Działania te dotyczą przede wszystkim asysty pielęgniarskiej (inaczej instrumentowania), zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i zachowania przez pacjenta godności osobistej, a pielęgniarka/położna operacyjna pracuje z pełnym zaangażowaniem, ale nie przekracza swoich uprawnień. Troskliwość pielęgniarska w tej dziedzinie to również inne czynności pielęgniarki/położnej operacyjnej służące zapewnieniu ciągłości opieki pielęgniarskiej w miejscu pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. filozofia opieki nad pacjentem jest zgodna z uznanymi pojęciami pielęgnowania pacjentów w warunkach sali operacyjnej,
2. nowe rozwiązania praktyczne są oparte na studiowaniu podstaw teoretycznych, co jest cenione przez przełożonych,
3. w miejscu pracy są dostępne podręczne materiały dotyczące podstaw teoretycznych praktyki zawodowej.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarka/położna operacyjna w swojej praktyce stosuje wiedzę z pielęgniarstwa operacyjnego i innych dyscyplin istotnych dla pielęgniarstwa by właściwie sformułować swoje zadania w świadczeniu troskliwości pielęgniarskiej w warunkach bloku operacyjnego,
2. pielęgniarka/położna operacyjna posługuje się pojęciami teoretycznymi z pielęgniarstwa i innych nauk mających

zastosowanie w ochronie zdrowia w celu uzasadniania roli i zadań pielęgniarki/położnej operacyjnej w interdyscyplinarnym zespole,

3. pielęgniarka /położna operacyjna w swojej praktyce – sprawdza istniejące teorie,

4. pielęgniarka/położna operacyjna formułuje i przedstawia wnioski dotyczące potrzeby badań naukowych wpływające z praktyki zawodowej.

KRYTERIA WYNIKU

1. działania pielęgniarek/położnych operacyjnych są zgodne z uznanymi teoriami pielęgniarskimi, mającymi zastosowanie w warunkach sali operacyjnej, które są sprawdzane w praktyce oraz z aktualną wiedzą,
2. uznane teorie oraz wiedza z dziedziny pielęgniarstwa operacyjnego są sprawdzane i oceniane w praktyce,
3. wnioski z praktyki działań pielęgniarskich na bloku operacyjnym stanowią wskazówki do rozwijania badań naukowych w tej dziedzinie.

Literatura

1. Bielecki K, Rud P. M. Chirurgia ogólna, [w:] Narzędzia protezy i szwy chirurgiczne, (red.) K. Bielecki, Makmed, Lublin 2008, s. 31.
2. Ciurus M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 63.
3. <http://www.aorn.org/CareerCenter/CareerDevelopment/RoleOfThePerioperativeNurse/>
4. http://www.cmj.org.pl/who/okk/who-checklist_art-bkhkw.pdf
5. Jacobs – Schäfer, i współautorzy, Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] G. Luce- Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 4-5.
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”
7. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 145-146.

8. Poznańska S., Pielęgniarstwo i jego istota, [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.1, (red.) B. Ślusarska,

D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, s. 24-25.

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

10. Szreter T., Współpraca zespołowa w bloku operacyjnym, „Blok Operacyjny”, 2000, nr 2, s. 74.

11. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

12. Willems Ch. i współautorzy EOR-NA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s.11-12.

Autor: mgr Joanna Borzęcka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – GROMADZENIE DANYCH

Gromadzenie danych jest niezwykle istotną czynnością, by dalsze etapy procesu pielęgnowania przebiegały prawidłowo, czyli stosownie do sytuacji zdrowotnej, w jakiej znalazł się pacjent.

UZASADNIENIE: pielęgniarka/położna operacyjna ma obowiązek gromadzenia danych niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarskiej, zaplanowania i zapewnienia właściwego poziomu troskliwości pielęgniarskiej wobec pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym. Celem gromadzenia danych jest postawienie diagnozy pielęgniarskiej, zaplanowanie opieki i jej wykonanie, czyli właściwe przygotowanie się pielęgniarstwa do opieki nad pacjentem.

niarek/położnych operacyjnych do objęcia pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym holistyczną opieką pielęgniarską w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarka/położna operacyjna ma dostęp do aktualnego planu operacyjnego, kanałów łączności umożliwiających komunikowanie się z innymi członkami zespołów operacyjnych oraz innych dokumentów niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarskiej, w tym procedur postępowania pielęgniarskiego i higienicznego,

2. w sytuacji zabiegów nie ujętych w planie operacyjnym pielęgniarki/położne operacyjne powinny otrzymać dane od innych członków zespołu terapeutycznego odpowiednio wcześniej, by mogły zorganizować na czas zasoby potrzebne do operacji, a będące na wyposażeniu bloku operacyjnego,

3. pielęgniarki/położne operacyjne mają dostęp do wszystkich procedur, w których opisany jest przebieg operacji z uwzględnieniem przygotowania się obu pielęgniarek operacyjnych do danej procedury. Ma to szczególne znaczenie w blokach wielospecjalistycznych, ponieważ stały dostęp do procedur eliminuje błędy wynikłe z rzadkości uczestniczenia w danej sytuacji,

4. z uwagi na fakt, że pielęgniarka/położna operacyjna nie powinna w trakcie swego dyżuru opuszczać pomieszczenia bloku operacyjnego jej kontakt z pacjentem jest krótki, a z jego rodziną żaden. Zatem źródła danych to przede wszystkim:

- plan operacyjny, na podstawie którego pielęgniarka/położna operacyjna dobiera właściwy zestaw narzędzi i materiałów dodatkowych,
- rozmowy z przedstawicielami innych zawodów medycznych dotyczących odrębności w postępowaniu z danym pacjentem (np. informacja, że pacjent nie widzi – sprawia, że pielęgniarka/położna operacyjna i pozostałe osoby mające styczność z pacjentem są obowiązane m.in. opisywać mu otoczenie i uprzedzać o czynności zanim zostaną wykonane itp.),
- wnioski z własnych obserwacji i/lub wywiadu z pacjentem,

- historia choroby,
- dokumentacja pielęgniarska,
- 5. pielęgniarka/położna operacyjna ma kwalifikacje do zbierania danych o sytuacji pacjenta,
- 6. zakład pracy ma system gromadzenia, rejestrowania i odszukiwania danych o pacjencie, a pielęgniarka/położna operacyjna ma uprawnienia do posługiwania się nim w zakresie niezbędnym do świadczenia opieki,
- 7. stanowisko pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej jest wyposażone w akcesoria niezbędne do gromadzenia danych o pacjencie.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane w zakresie oczekiwań zespołu lekarzy specjalności zabiegowych co do planowanego przez nich typu procedury medycznej, a w szczególności wiedzy o metodzie i zakresie operacji, ułożenia pacjenta na stole operacyjnym, rodzaju materiałów i akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, niezbędnych w danej procedurze u danego pacjenta,

2. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane o stanie biopsychospołecznym pacjenta, zwłaszcza o dysfunkcjach narządów zmysłów: wzroku i słuchu oraz o ograniczeniach ruchomości stawów, wyciągając wnioski na podstawie własnych obserwacji i/lub danych uzyskanych ze źródeł określonych w kryteriach struktury.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane dotyczące rodzaju procedury medycznej i metodzie interwencji medycznej,
2. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o rodzaju akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, które będą wykorzystane u danego pacjenta,
4. pielęgniarki/położne operacyjne określiły stan biopsychospołeczny pacjenta, w tym dane o ewentualnych ograniczeniach ruchomości stawów oraz o dysfunkcjach narządu wzroku i słuchu,
5. zebrane dane odzwierciedlają aktualną sytuację pacjenta.

Literatura

1. Ciurus M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 72.
2. Piątek A. [red.] Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 146-147.
3. Płaszewska – Żywko L., Założenia procesu pielęgnowania [w:] Kózka M., Płaszewska Żywko L. (red.), Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2008, s. 28-29.

Autor: mgr Joanna Borzęcka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA I PLANOWANIE OPIEKI

Pielęgniarki/położne operacyjne formułują wnioski z danych o pacjencie w celu prawidłowego przygotowania się do asysty pielęgniarskiej i pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej, tj. zapewnienia pacjentowi i personelowi bezpieczeństwa oraz zapewnienia odpowiedniego zaplecza na czas trwania operacji. Odpowiednio postawiona diagnoza i plan opieki są najważniejszymi czynnikami dalszych działań pielęgniarskich.

UZASADNIENIE: pacjent na bloku operacyjnym przebywa krótko, jest w sytuacji, która w psychologii nazywa się kryzysową. Zarówno diagnoza jak i planowanie dotyczą w szczególności sprawnej asysty pielęgniarskiej.

W dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego szczególnie istotna jest umiejętność przewidywania sytuacji nietypowych i umiejętność szybkiego reagowania w takich momentach. Dlatego w swojej diagnozie pielęgniarki/położne operacyjne starają się przewidzieć potencjalne problemy i zaplanować sposoby ich rozwiązania.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne mają kwalifikacje do analizowania i oceny danych oraz sformułowania diagnozy pielęgniarstwa w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i zaplanowania działań,

2. pielęgniarki/położne operacyjne potrafią dobrać odpowiednie zasoby potrzebne do zaplanowania działań i ich wykonania,

3. pielęgniarki/położne operacyjne mają informacje o sposobie pozyskania niezbędnych zasobów,

4. w bloku operacyjnym istnieje możliwość zasięgnięcia porady w sprawach dotyczących planowania opieki pielęgniarstwa przez pielęgniarki położne operacyjne,

5. blok operacyjny wyposażony jest w dokumentację (wzory opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej).

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne na podstawie specjalistycznej wiedzy, dotyczącej znajomości rozpoznań operacyjnych i etapów przeprowadzania poszczególnych procedur medycznych określają sposób przygotowania się do danej operacji. Przygotowanie się do operacji obejmuje w szczególności zaplanowanie sposobów zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi podczas danej procedury medycznej oraz zaplanowanie zasobów ludzkich i rzeczowych niezbędnych do przeprowadzenia danej procedury u konkretnego pacjenta,

2. pielęgniarki/położne operacyjne przewidują potencjalne problemy mogące pojawić się przy danej procedurze i określają ewentualne sposoby poradzenia sobie z nimi. Potencjalne problemy obejmują w szczególności: konieczność modyfikacji ułożenia pacjenta na stole operacyjnym z uwagi np. na dysfunkcje układu kostnego, możliwość rozszerzenia zabiegu operacyjnego, możliwość konwersji, możliwość wystąpienia dużego krwawienia itp.,

3. w planowaniu opieki pielęgniarki/położne operacyjne współpracują z pacjentem oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne właściwie (stosownie do posiadanych informacji) postawiły diagnozę pielęgniarstwa i przygotowały plan działań odpowiedni dla procedury medycznej, do której się przygotowują,

2. plan opieki jest wynikiem diagnozy i jest dostosowany do przewidywanego sposobu operacji i posiadanych zasobów, stanowi element ogólnego planu terapeutyczno-opiekuńczego pacjenta,

3. diagnoza pielęgniarstwa określa rzeczywiste i potencjalne problemy, a na jej podstawie zaplanowano – zgodnie z aktualną wiedzą, obowiązującym prawem i obowiązującymi w danym bloku operacyjnym procedurami – metody działań, techniki działań oraz zasoby ludzkie i rzeczowe potrzebne do wykonania danej procedury u konkretnego pacjenta.

Literatura

1. Ciurus M., *Rozwój pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce. Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej*, „Blok Operacyjny”, 2002, nr 1, s. 38.

2. Harmsen G., *Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek*, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.

3. Kózka M., *Diagnoza pielęgniarstwa* wyznacznikiem interwencji [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L., *Diagnozy i interwencji pielęgniarstwa*, PZWL, Warszawa 2008, s. 36-38.

4. Piątek A. (red.) *Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 147-148.

Autorki w kolejności alfabetycznej:

- mgr Joanna Borzęcka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

- mgr Mariola Gralewska, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie

- lic. piel. Ewa Habel, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
SP ZOZ w Janowie Lubelskim

- piel. dypl. Aneta Judycka
absolwentka kursu kwalifikacyjnego
w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

go, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie

- mgr Lucyna Kotas, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie

- mgr Paulina Kowalska
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

- mgr Danuta Matyka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

- mgr Maria Wertel, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

- mgr Maria Wertel, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO - REALIZACJA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM

Pielęgniarstwo operacyjne jest specjalnością z odrębną specyfiką zarówno czynności pielęgniarstwa jak i problemów pacjenta określonych w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

UZASADNIENIE: głównym celem opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest zapewnienie holistycznego i indywidualnego podejścia do pacjenta zgodnie z obowiązującym prawem, zasadami postępowania i zaleceniami. Istotą holistycznej opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny w zakresie swoich kompetencji. Wyróżnić w tej dziedzinie można obszary działań związane z bezpośrednią opieką nad pacjentem i w nich da się wyodrębnić trzy fazy działań: fazę przedoperacyjną, śródoperacyjną i pooperacyjną. Obszar działań nie wymagający bezpośredniej opieki nad pacjentem w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego ma również kluczowe znaczenie, ponieważ wiele czynności przygotowawczych mających ścisły związek z prawidłowym przebiegiem operacji przebiega w czasie dyżurów popołudniowych i nocnych w czasie tzw. gotowości pracowniczej (oczekiwania na zabiegi dyżurowe).

W pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych wyróżnić można:

1. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarską asystą do zabiegów),

2. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarsce instrumentującej),

3. obszar zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu,

4. obszar obowiązków pracowniczych nie wymagający kontaktu z pacjentem, czy innymi członkami zespołu operacyjnego, dotyczący obowiązków pracowniczych wykonywanych w czasie godzin popołudniowych i nocnych, a mający szczególne znaczenie w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

KRYTERIA STRUKTURY

1. zespół pielęgniarek/położnych operacyjnych jest przygotowany do świadczonej opieki zgodnie z założeniami planu,

2. na blokach operacyjnych powinny być zatrudnione specjalistki pielęgniarstwa operacyjnego (minimum jedna na jedną zmianę roboczą na każdą ze specjalności w danym bloku operacyjnym),

3. liczba pielęgniarek/położnych operacyjnych jest ustalona na poziomie zapewniającym odpowiednią jakość usług. Aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta na każdy czynny stół operacyjny, (czyli taki, na którym w danej chwili jest lub może być pacjent) przypada-

ją minimum dwie pielęgniarki/położne operacyjne: pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca i pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca. Ta ostatnia powinna - na równi z pielęgniarką instrumentującą - być zorientowaną, na jakim etapie jest zabieg operacyjny, jej głównym zadaniem jest pomoc pielęgniarsce operacyjnej instrumentującej. Pomoc ta polega na sprawnym dostarczaniu materiałów dodatkowych, obsłudze urządzeń i sprzętu znajdującego się na sali operacyjnej (oprócz sprzętu anestezyjologicznego),

4. na bloku operacyjnym jest zapewniony dostęp do aktualnych regulaminów, standardów i procedur, które mają zastosowanie w danej sytuacji,

5. blok operacyjny jest wyposażony w kanały łączności, w tym internet,

6. blok operacyjny jest wyposażony w niezbędną aparaturę, sprzęt, materiały do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego/diagnostycznego,

7. blok operacyjny jest wyposażony w materiały niezbędne do dokumentowania pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych (w szczególności w protokołów pielęgniarki operacyjnej⁵), który powinien być dołączany do historii choroby.

KRYTERIA PROCESU

Obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarską asystą do zabiegów) pielęgniarki/

położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarsce instrumentującej).

Przed wejściem na salę operacyjną obie pielęgniarki/położne (instrumentująca i pomagająca) mają obowiązek nałożyć ubranie operacyjne, czapkę, maskę, umyć i zdezynfekować higienicznie ręce.

1. pielęgniarki/położne operacyjne otaczają pacjenta opieką zintegrowaną z wiedzą i praktyką opartą na faktach,

2. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają środowisko zgodnie z zasadami obowiązującymi na bloku operacyjnym,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają cały sprzęt, instrumentarium, akcesoria zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami producenta,

4. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają używanie wszystkich rzeczy w nienaruszonym stanie i zapisują to w odpowiedniej dokumentacji,

5. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają właściwe postępowanie związane z identyfikacją, opisem i dokumentowaniem tkanek/płynów pobranych do różnego typu badań,

6. pielęgniarki/położne operacyjne rozpoznają i wdrażają właściwe strategie postępowania z odpadkami, w tym właściwą segregację, usuwanie i zabezpieczenie odpadków.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje poniższa tabela.

1. Czynności wykonywane przed operacją i wykonawca	2.Czynności wykonywane w czasie trwania operacji i wykonawca	3. Czynności wykonywane po zakończeniu operacji i wykonawca
Przygotowanie i sprawdzenie Sali operacyjnej. Sprawdzenie funkcjonowania aparatury medycznej (ogólnochirurgicznej i specjalistycznej (np. oświetlenia chirurgicznego, stołu operacyjnego, diatermii chirurgicznej, noża harmonicznego, sprzętu niezbędnego do wykonania operacji endoskopowych (np. laparoskopowych, torakoskopowych, artroskopowych itp.) [P/I]	Przygotowanie zestawu do dezynfekcji skóry pola operacyjnego. Ubranie członków zespołu operacyjnego w jałowe fartuchy chirurgiczne i jałowe rękawice chirurgiczne. Instrumentowanie. Podawanie zabezpieczonego przed zagnieceniem materiału z gazy chirurgicznej. Podawanie materiału szewnego i dodatkowego. Obserwowanie pola operacyjnego i otoczenia pacjenta operowanego. Okresowe liczenie narzędzi, nici i gazy w trakcie trwania operacji. Liczenie instrumentarium i pozostałych materiałów przed zakończeniem operacji.Czuwanie nad zachowaniem i utrzymaniem jałowości w czasie trwania operacji. [I]	Liczenie narzędzi i materiałów użytych do operacji [P/I]. Wykonanie dezynfekcji wstępnej narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia. Szczelne zapakowanie używanych narzędzi i sprzętu medycznego i przekazanie do sterylizatorni. [P] Uzupełnienie zużytych w czasie operacji materiałów i sprzętów – przygotowanie standardowych ilości sprzętu i materiałów gotowych do rozpoczęcia następnych operacji.[P]
Przygotowanie zestawów z narzędziami, pakietów z bieliną operacyjną, pakietów z materiałem z gazy operacyjnej. [P/I]		
Przygotowanie materiałów wszczepialnych (implantów) w razie potrzeby. [I]		
Przygotowanie materiału szewnego i sprzętu dodatkowego takiego jak: cewniki, sondy, rękawice chirurgiczne, folia chirurgiczna, osłony na przewody i aparaturę medyczną. [P/I]		
Chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk [I]		

Aktywne uczestniczenie w przygotowaniu stolików z instrumentarium i personelu do operacji tj. otwieranie zestawów, pakietów, kontenerów z zachowaniem zasad sterylności. Pomoc w zawiązywaniu jałowych fartuchów chirurgicznych [P]	Asystowanie pielęgniarce instrumentującej. Otwieranie dodatkowych pakietów i zestawów. Podawanie leków/środków antyseptycznych, płynów do płukania ran i jam ciała. Obsługa aparatury medycznej. Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta. [P]	Nadzór nad segregacją odpadów w sali operacyjnej. Porządkowanie sali operacyjnej po wykonanym zabiegu operacyjnym. [P]. Nadzór nad dekontaminacją sali operacyjnej. [P/I]
Przygotowanie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej [P]	Prowadzenie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej. Dokumentowanie wszystkich dodawanych materiałów.[P]	Sprawdzenie wpisów do dokumentacji i podpisanie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej.[I/P]
Przygotowanie pojemników na tkanki i ew. narządy przeznaczone (po zakończeniu operacji) do badania histopatologicznego.[P]	Włożenie pobranych tkanek do właściwych pojemników. Opisanie pojemników (zabezpieczenie przed pomyleniem). Zalanie tkanek płynem konserwującym (w uzgodnieniu z lekarzem operującym). [P]	Wpisanie materiałów przeznaczonych do badania histopatologicznego do rejestru. [P] Nadzór nad przekazaniem tkanek do pracowni diagnostycznej.[P/I]
Przygotowanie wymazówek/pojemników przeznaczonych do pobrania materiału do badań mikrobiologicznych.	Pomoc w pobraniu materiału biologicznego do badań mikrobiologicznych. [P]	Zarejestrowanie pobranych próbek i niezwłoczne przekazanie materiału do pracowni mikrobiologicznej. Zabezpieczenie materiału przed zniszczeniem i ew. zagubieniem. [P]
Udział w przyjęciu pacjenta na salę operacyjną. Sprawdzenie tożsamości pacjenta i operowanej strony/lub operowanego narządu (niezależnie od lekarza operatora). Pomoc operatorowi/asyście w bezpiecznym ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym. (Stosowanie maty stabilizacyjnej, udogodnień, pasów mocujących itp.) [P]		Pomoc w bezpiecznym zdjęciu pacjenta ze stołu operacyjnego/przełożeniu pacjenta na wózek transportowy lub do łóżka. Nadzór nad dezynfekcją sprzętów przeznaczonych do stabilizacji ciała pacjenta. [P]
Udział w zapewnieniu pacjentowi normotermii (przygotowanie materaca grzewczego na stół operacyjny, kołderki jednorazowej, ciepłych płynów do płukania jam ciała i zwilżania serwet chirurgicznych). [P]	Regulowanie wysokości temperatury termostatu w podgrzewaczu płynów w zależności od bieżących potrzeb. [P]	
Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w czasie dezynfekcji skóry pola operacyjnego (wypełnienie krzywizn ciała pacjenta materiałem chłonnym na czas dezynfekcji i usunięcie wilgotnych zabezpieczeń po zakończeniu dezynfekcji pola operacyjnego). [P]		Pomoc w zdezynfekowaniu skóry wokół miejsca operowanego przed nałożeniem opatrunku. Toaleta ciała pacjenta (w zależności od rodzaju wykonanej operacji).[P]
Zabezpieczenie pacjenta przed porażeniem prądem w czasie stosowania np. diatermii chirurgicznej. Naklejenie na ciało pacjenta elektrody neutralnej. [P]		Odłączenie aparatury medycznej (urządzeń elektrycznych). Zdjęcie elektrody neutralnej. [P]
Zabezpieczenie pacjenta przed ekspozycjami rtg w czasie wykonywania zdjęć śródoperacyjnych.[P]		Zdjęcie osłon radiologicznych z pacjenta.[P]
		Organizowanie zaplecza np. zawiadomianie innych działów o konieczności zabrania amputowanych kończyn z sali operacyjnej [P]

I – pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca

P – pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca

Obszar zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu

Członkowie zespołu operacyjnego mają obowiązek używania środków ochrony osobistej stosownie do zagrożeń opisanych w Międzynarodowej karcie zagrożeń zawodowych. Środki te mają być użyte zgodnie z przeznaczeniem, a pracodawca ma obowiązek zapewnić je w wystarczającej ilości.

1. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają poczucie godności własnej pa-

cjenta i bezpieczeństwa psychicznego stosując zasadę jasności i precyzji w komunikowaniu się z pacjentem z poszanowaniem jego odrębności kulturowej,

2. pielęgniarki/położne operacyjne stosują zintegrowaną wiedzę do zapewnienia właściwego i bezpiecznego ukladania pacjenta oraz bezpiecznego przemieszczania pacjenta z wykorzystaniem odpowiednich urządzeń,

3. pielęgniarki/położne operacyjne pracują w zgodzie z zasadami w przypad-

ku zdarzenia niepożądanego oraz zdarzenia „o mało co”,

4. pielęgniarki/położne operacyjne świadcząc holistyczną (bezpośrednią i pośrednią) opiekę nad pacjentem stosują zasady kontroli zakażeń, w szczególności dokładnie trzymając się reguł bezpieczeństwa.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje poniższa tabela.

Aktywne uczestniczenie w przygotowaniu stolików z instrumentarium i personelu do operacji tj. otwieranie zestawów, pakietów, kontenerów z zachowaniem zasad sterility. Pomoc w zawiązywaniu jałowych fartuchów chirurgicznych [P]	Asystowanie pielęgniarsce instrumentującej. Otwieranie dodatkowych pakietów i zestawów. Podawanie leków/środków antyseptycznych, płynów do płukania ran i jam ciała. Obsługa aparatury medycznej. Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta. [P]	Nadzór nad segregacją odpadów w sali operacyjnej. Porządkowanie sali operacyjnej po wykonanym zabiegu operacyjnym. [P]. Nadzór nad dekontaminacją sali operacyjnej. [P/I]
Przygotowanie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej [P]	Prowadzenie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej. Dokumentowanie wszystkich dodanych materiałów.[P]	Sprawdzenie wpisów do dokumentacji i podpisanie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej.[I/P]
Przygotowanie pojemników na tkanki i ew. narządy przeznaczone (po zakończeniu operacji) do badania histopatologicznego.[P]	Włożenie pobranych tkanek do właściwych pojemników. Opisanie pojemników (zabezpieczenie przed pomyleniem). Zalenie tkanek płynem konserwującym (w uzgodnieniu z lekarzem operującym). [P]	Wpisanie materiałów przeznaczonych do badania histopatologicznego do rejestru. [P] Nadzór nad przekazaniem tkanek do pracowni diagnostycznej.[P/I]
Przygotowanie wymazówek/pojemników przeznaczonych do pobrania materiału do badań mikrobiologicznych.	Pomoc w pobraniu materiału biologicznego do badań mikrobiologicznych. [P]	Zarejestrowanie pobranych próbek i niezwłoczne przekazanie materiału do pracowni mikrobiologicznej. Zabezpieczenie materiału przed zniszczeniem i ew. zagubieniem. [P]
Udział w przyjęciu pacjenta na salę operacyjną. Sprawdzenie tożsamości pacjenta i operowanej strony/lub operowanego narządu (niezależnie od lekarza operatora). Pomoc operatorowi/asyście w bezpiecznym ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym. (Stosowanie maty stabilizacyjnej, udogodnień, pasów mocujących itp.) [P]		Pomoc w bezpiecznym zdjęciu pacjenta ze stołu operacyjnego/położeniu pacjenta na wózek transportowy lub do łóżka. Nadzór nad dezynfekcją sprzętów przeznaczonych do stabilizacji ciała pacjenta. [P]
Udział w zapewnieniu pacjentowi normotermii (przygotowanie materaca grzewczego na stół operacyjny, kołderki jednorazowej, ciepłych płynów do płukania jam ciała i zwilżania serwet chirurgicznych). [P]	Regulowanie wysokości temperatury termostatu w podgrzewaczu płynów w zależności od bieżących potrzeb. [P]	
Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w czasie dezynfekcji skóry pola operacyjnego (wypełnienie krzywizn ciała pacjenta materiałem chłonnym na czas dezynfekcji i usunięcie wilgotnych zabezpieczeń po zakończeniu dezynfekcji pola operacyjnego). [P]		Pomoc w zdezynfekowaniu skóry wokół miejsca operowanego przed nałożeniem opatrunku. Toaleta ciała pacjenta (w zależności od rodzaju wykonanej operacji).[P]
Zabezpieczenie pacjenta przed porażeniem prądem w czasie stosowania np. diatermii chirurgicznej. Naklejenie na ciało pacjenta elektrody neutralnej. [P]		Odłączenie aparatury medycznej (urządzeń elektrycznych). Zdjęcie elektrody neutralnej. [P]
Zabezpieczenie pacjenta przed ekspozycjami rtg w czasie wykonywania zdjęć śródoperacyjnych.[P]		Zdjęcie osłon radiologicznych z pacjenta.[P]
		Organizowanie zaplecza np. zawiadamianie innych działów o konieczności zabrania amputowanych kończyn z sali operacyjnej [P]

Obszar obowiązków pracowniczych niewymagający kontaktu z pacjentem, czy innymi członkami zespołu operacyjnego w trakcie godzin bezoperacyjnych

Obszar ten jest szczególnie istotny dla zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym i zapewnienia środowiska zgodnego z wymogami reżimu sanitarnego. Główne kryteria procesu w tym obszarze to:

- zabezpieczenie w barierowe obłożenia spełniające wymogi Europejskiej Normy –EN 13793, zabezpieczenie materiału opatrunkowego i innych niezbędnych akcesoriów,
- sprawdzanie dostępności niezbędnego sprzętu, materiałów jednorazowych, zgodnie ze specyfiką danej sali operacyjnej,
- zapoznawanie się z aktualizacjami procedur, instrukcji, standardów,
- sprawdzanie przydatności do użycia sprzętu i materiałów medycznych (data ważności, szczelność opakowań itp.),
- uzupełnianie braków na salach operacyjnych,
- sprawdzanie ilości zapasów i sporządzanie notatek służbowych o brakach,
- nadzór nad sprzątnięciem pomieszczenia bloku po zabiegach,
- samokształcenie w zakresie nowych implantów, nici, staplerów, i innych akcesoriów medycznych.

KRYTERIA WYNIKU

1. cel opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym został osiągnięty w całości/częściowo,
2. plan opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej nad pacjentem zrealizowano w stopniu zapewniającym mu bezpieczne przejście przez okres przedoperacyjny, śródoperacyjny i pooperacyjny,
3. pacjent zachował równowagę emocjonalną, współpracował z zespołem terapeutycznym,
4. komunikacja z pacjentem była dostosowana do jego oczekiwań i uwzględniała odrębności kulturowe,
5. środowisko sali operacyjnej, w tym sprzęt, instrumentarium i akcesoria zostały przygotowane w zgodzie z zasadami reżimu sanitarnego.

LITERATURA

1. Bober – Greek B., Postępowanie ograniczające zakażenia szpitalne/zakładowe, [w:] Fleischer M., Bober-Gheek B. (red.), Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, s. 305-306, 345-353, 357-365.
2. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 74, 123-125, 159, 210-212, 233, 241, 257, 260-264, 280-281, 293-324.
3. Gadamerk K.J., Grajek Z.W., Bukowski Sz., Terlikowski S.J., Przygotowanie instrumentarium laparoskopowego do ponownego użycia, [w:] Grajek Z.W. (red.), Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ im. prof. E.F. Szczepanika, Suwałki 2010, s. 93-97.
4. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A. (red.), Chirurgia dla pielęgniarzek, PZWL, Warszawa 1999, s. 253-257.
5. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady (w): Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.
6. Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej polskiej. [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Mutlow A., Podstawowe środki ostrożności i kontrola zakażeń [w:] Nutbeam, Daniels (red.), Procedury zabiegowe, PZWL, Warszawa 2012, s. 12-17.
8. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 148-150,
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami użytkowymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. 2013r., poz. 696).
10. Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).

11. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 1512 z późn. zm.).

12. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (j.t. Dz. U. z 2013r., poz. 947 z późn. zm.).

13. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

14. Willems Ch. i współautorzy, EOR-NA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 16-18.

15. Wojnowska-Dawiskiba H. i współautorzy, Proces komunikacji z chorym w sytuacji zagrożenia życia – praktyczne metody rozwiązań, [w:] Krajewska-Kuła E., Rolka H., Jankowiak B., (red.), Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia, PZWL, Warszawa 2009, s. 45-52.

Autor: mgr Joanna Borzęcka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELEŃNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA OPERACYJNEGO - OCENA OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM

Praktyka pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym jest procesem całkowicie odrębnym od działań pielęgniarskich w innych dziedzinach: jest to zespół wzajemnie uzupełniających się działań podejmowanych przed, w trakcie i po zabiegu operacyjnym/inwazyjnym badaniu diagnostycznym przez dwie pielęgniarki/położne operacyjne; instrumentującą i pomagającą.

UZASADNIENIE: praktyka pielęgniarek/położnych operacyjnych jest procesem wyjątkowo trudnym z uwagi na wielodyscyplinarność praktyki, szczególnie w wieloprofilowych blokach operacyjnych. Pielęgniarki/położne operacyjne w sposób ciągły i dynamiczny oceniają swoje działania, ich kompletność i trafność. Tylko współdziałanie obu pielęgniar-

niarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) zapewnia właściwą jakość pracy w zakresie asysty pielęgniarskiej.

Przedmiotem oceny opieki pielęgniarskiej jest holistyczne i indywidualne podejście do pacjenta w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. kryteria oceny opieki pielęgniarskiej odpowiadają celom opieki i dotyczą w szczególności szczegółowych aspektów bezpieczeństwa związanych z:

- zapewnieniem bezpiecznego środowiska dla kompletnej opieki nad pacjentem w tym zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym,
- postępowaniem zgodnym z zasadami bezpieczeństwa w miejscu pracy,
- stosowaniem strategii zapobiegania zdarzeniom niepożądanym i zdarzeniom „o mało co”,
- stosowaniem zasad kontroli zakażeń w świadczeniu opieki pielęgniarskiej,
- właściwym postępowaniem z tkankami/płynami przeznaczonymi do różnego typu badań,

2. pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria i techniki oceny swojej pracy,

3. opieka pielęgniarska jest dokumentowana – w szczególności prowadzony jest protokół pielęgniarki/położnej operacyjnej,

4. wyniki oceny są wykorzystywane do doskonalenia opieki pielęgniarskiej.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne oceniają swoje działania w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej,

2. pielęgniarki/położne operacyjne porównują zastosowany przez siebie sposób pracy z procedurami postępowania pielęgniarskiego przyjętymi w danym bloku operacyjnym, a zgodnymi ze współczesną wiedzą,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zgłaszają i podają przyczyny ewentualnych nieprawidłowości i zdarzeń niepożądanych.

KRYTERIA WYNIKU

1. praca pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomaga-

jącej) przebiegała zgodnie z przyjętymi w danym bloku operacyjnym procedurami,

2. wyniki oceny odzwierciedlają stopień bezpieczeństwa (psychicznego i fizycznego) pacjenta podczas jego pobytu na bloku operacyjnym,

3. jeżeli zaistniało zdarzenie niepożądane – zostało zgłoszone, przeanalizowane, zaś wnioski służą udoskonaleniu praktyki w bloku operacyjnym.

LITERATURA:

1. Ciurus M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 75.

2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.

3. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.

4. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 150-151.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – WSPÓLPRACA INTERDYSCYPLINARNA

Pielęgniarka/położna operacyjna współpracuje z pacjentem, innymi pielęgniarkami/położnymi i pozostałymi członkami zespołu operacyjnego oraz osobami z pozostałych grup zawodowych w celu zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny i zapewnienia ciągłości pracy bloku operacyjnego.

UZASADNIENIE: współpraca interdyscyplinarna jest warunkiem koniecznym do zapewnienia holistycznej opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym oraz do zapewnienia ciągłości

pracy w bloku operacyjnym. Komunikacja z członkami wielodyscyplinarnego zespołu i pracownikami innych działów współpracujących z blokiem operacyjnym jest warunkiem koniecznym do zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne (instrumentująca i pomagająca) są członkami każdego zespołu operacyjnego, aktywnie uczestniczą w jego działaniach,

2. pielęgniarki/położne operacyjne mają prawo do informacji o planowanym sposobie przeprowadzania procedur medycznych w bloku operacyjnym,

3. pielęgniarki/położne operacyjne wspólnie z innymi członkami zespołu operacyjnego ustalają wymagania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa w stosunku do pacjenta i członków zespołu operacyjnego,

4. pacjent ma udział w podejmowaniu decyzji dotyczących jego osoby, daną czynność można wykonać po uzyskaniu na nią zgody pacjenta,

5. pielęgniarki/położne operacyjne znają zasady prawidłowej komunikacji,

6. kryteria podziału zadań związanych z pracą w konkretnym zespole operacyjnym powinny mieć na celu wzajemne uczenie się od siebie i zmniejszenie stresu u wszystkich osób zaangażowanych w daną procedurę medyczną, a zatem kryteria te powinny uwzględniać:

- doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z różnych kategorii zawodowych, zajmujących różne pozycje w zespole (niedoświadczona/nowa pielęgniarka/położna operacyjna – doświadczony operator, niedoświadczony operator – doświadczona pielęgniarka/położna operacyjna),
- doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z jednej kategorii zawodowej (do jednej sali operacyjnej przydzielać pielęgniarkę/położną operacyjną niedoświadczoną/nową i bardziej doświadczoną), przy czym należy pamiętać o poszerzaniu umiejętności nowych/niedoświadczonych pracowników poprzez przydzielanie im nowych zadań, dających możliwość „sprawdzenia się”,
- funkcja pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej i pomagającej

posiadającej kwalifikacje powinna być zamienna dla zapewnienia poczucia równości na stanowisku pracy,

7. pielęgniarki/położne operacyjne znają zadania i związaną z nimi odpowiedzialność wynikającą z pełnienia swojej roli zawodowej w danej jednostce organizacyjnej. Zadania te są związane z:

- pozycją zajmowaną w danym zespole operacyjnym (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej, pielęgniarki operacyjnej pomagającej w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej),
- czasem (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej w czasie godzin dyżurowych),
- pełnioną funkcją w interdyscyplinarnym zespole (np. zadania pielęgniarki/położnej pełniące funkcje kierowania i/lub koordynowania pracą innych, zadania opiekuna procesu adaptacji - mentora).

KRYTERIA PROCESU

1. w każdej procedurze medycznej przeprowadzanej na bloku operacyjnym jest zachowana współpraca interdyscyplinarna,

2. pielęgniarki/położne operacyjne ustanawiają skuteczne relacje z członkami interdyscyplinarnych zespołów, z którymi współpracują oparte na zrozumieniu i wzajemnym szacunku,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają informacje zwrotne dla wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego, z którymi współpracują,

4. pielęgniarki/położne operacyjne wykorzystują właściwe strategie komunikacyjne zarówno słowne, jak i pisemne, w celu zapewnienia dokładnego zapisu i przekazywania informacji w zakresie opieki nad pacjentem,

5. współpraca interdyscyplinarna zapewnia prawidłowy obieg informacji o pacjencie,

6. komunikacja między poszczególnymi członkami interdyscyplinarnego zespołu jest rzeczowa, a komunikaty przekazywane w sposób jednoznaczny.

KRYTERIA WYNIKU

1. współpraca interdyscyplinarna zapewniła bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny,

2. każdy członek zespołu interdyscyplinarnego miał odpowiedni do swoich działań pakiet informacji o pacjencie, a otrzymane dane były kompletne i przekazane w odpowiednim czasie,

3. podział zadań w danym dniu uwzględniał w szczególności doświadczenie zawodowe osób pracujących w interdyscyplinarnym zespole.

Literatura

1. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A., (red.), Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 255.

2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki

i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 5, 14-15.

3. Jankowiak B., Bartoszewicz A., Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego, [w:] Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, PZWL, Warszawa 2012, s. 117-125.

4. Konstańczak S., Etyka pielęgniarska, Difin SA, Warszawa 2010, s. 172-174.

5. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 151.

6. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 19.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH OPERACYJNYCH

Pielęgniarka/położna operacyjna ma obowiązek stale rozwijać swoje umie-

jętności zawodowe, zwłaszcza w dziedzinach zabiegowych, w których są przeprowadzane procedury w bloku operacyjnym, w którym jest zatrudniona.

UZASADNIENIE: pielęgniarstwo operacyjne jest bardzo dynamicznie zmieniającą się dziedziną wiedzy, wraz z nowymi technikami operacyjnymi wkraczają nowe urządzenia, instrumentarium, materiały szewne, implanty itp. Pielęgniarki/położne operacyjne powinny znać instrukcje i zalecenia producenta co do właściwego postępowania z nowymi rzeczami. Wymaga to stałego doskonalenia swoich umiejętności. Kwalifikacje pielęgniarki/położnej operacyjnej to: aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, a po ukończeniu procesu adaptacji w miejscu pracy: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

W terminie do 1 roku od momentu rozpoczęcia pracy na bloku operacyjnym – pielęgniarka operacyjna powinna ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

KRYTERIA STRUKTURY

1. w danym bloku operacyjnym jest opracowany system szkoleń wewnętrznych, które są dostosowane do potrzeb edukacyjnych zespołu, w którym są przeprowadzane,

2. pielęgniarki/położne operacyjne mają możliwość doskonalenia swoich umiejętności zawodowych, zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim,

3. w bloku operacyjnym są dostępne czasopisma i przewodniki zawodowe oraz dostęp do Internetu,

4. na bloku operacyjnym jest opracowany plan szkolenia nowego pracownika z uwzględnieniem różnic wynikających z doświadczenia zawodowego i posiadanych umiejętności (absolwent a pielęgniarka/położna operacyjna z doświadczeniem w pracy na bloku operacyjnym).

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne określają potrzeby edukacyjne i inicjują szkolenia wewnętrzne oraz samokształcenie w celu podniesienia i uaktualnienia umiejętności zawodowych,

2. pielęgniarki/położne operacyjne – w miarę możliwości – uczestniczą w pro-

fesjonalnych spotkaniach, których celem jest wymiana doświadczeń zawodowych i rozwój pielęgniarstwa operacyjnego,

3. pielęgniarki/położne operacyjne dzielą się wiedzą i doświadczeniem z pozostałymi członkami zespołu, a zwłaszcza z nowymi pracownikami,

4. nowi pracownicy są szkoleni stosownie do posiadanych kwalifikacji; szkolenie prowadzi mentor, którym jest specjalista pielęgniarstwa operacyjnego.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne w wyniku uczestnictwa w szkoleniach wewnętrznych, zewnętrznych, oraz dzięki samokształceniu posiadają odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności do sprawowania opieki nad pacjentem w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej na swoim stanowisku pracy,

2. na bloku operacyjnym potrzeby edukacyjne pielęgniarek/położnych operacyjnych zostały zaspokojone w możliwie wysokim stopniu,

3. transfer wiedzy jest płynny i dotyczy wszystkich członków zespołu,

4. każdy nowy pracownik został przeszkolony zgodnie z opracowanym programem szkolenia nowego pracownika prowadzonym przez mentora.

Literatura:

1. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E, Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 25.

2. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

4. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 22, 24.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – ZAPEWNIENIE JAKOŚCI

Wysoka jakość pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych jest jednym z warunków koniecznych bezpiecznego przeprowadzenia pacjenta przez okres okołoperacyjny. Wartością nadrzędną jest dobro pacjenta, a głównym wyznacznikiem służącym jego osiągnięciu jest przestrzeganie zasad aseptyki. Zasady postępowania aseptycznego są przekładane na dokumenty służące określeniu sposobu wykonania pracy, czyli standardy, określające poziom świadczonej opieki w odniesieniu do trzech kryteriów: struktury, procesu i wyniku. Na kryterium procesu składa się od kilku do kilkunastu procedur postępowania. Dokumenty określające szczegółowo sposób wykonania szeregu czynności w ich logicznym następstwie to procedury i algorytmy.

UZASADNIENIE: wysoka jakość pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas każdej procedury medycznej wyraża się w trosce o podmiotowość pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym, racjonalnym wykorzystaniu posiadanych zasobów, monitorowaniu swojej pracy oraz dążeniu do takiej sprawności, by operacje przebiegały w ciszy i spokoju. Zapewnienie właściwego poziomu jakości pracy jest możliwe, kiedy przebiega ona zgodnie ze współczesną wiedzą, a jest uregulowana wewnętrznymi dokumentami dostosowanymi do warunków danego bloku operacyjnego a opracowanymi wspólnie z praktykami.

KRYTERIA STRUKTURY

1. w zakładzie istnieje system oceny jakości świadczeń,

2. ocena jakości pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych jest integralną częścią systemu opieki,

3. pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria oceny jakości opieki w ich

miejscu pracy. Kryteria jakości dotyczą w szczególności:

- troski o podmiotowość pacjenta będącego pod opieką pielęgniarki/położnej operacyjnej,

- racjonalnego wykorzystywania posiadanych zasobów,

- dążenia do takiej sprawności w instrumentowaniu, by operacje przebiegały, w ciszy i spokoju,

- tworzenia bezpiecznego środowiska pracy.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne uczestniczą w systematycznych przeglądach i ocenie praktyki klinicznej w zakresie przyjętych w danym zakładzie pracy kryteriów jakości,

2. pielęgniarki/położne operacyjne dokonują samooceny w oparciu kryteria zawarte w standardach i procedurach obowiązujących w ich miejscach pracy,

3. pielęgniarki/położne operacyjne wykorzystują wyniki oceny do poprawy jakości swojej pracy poprzez ustalenie programu szkoleń wewnątrzzakładowych.

KRYTERIA WYNIKU

1. wyniki systematycznych przeglądów i oceny praktyki pielęgniarstwa są podstawą do wprowadzania zmian służących poprawie jakości,

2. samoocena świadczonej opieki przez pielęgniarki/położne operacyjne służy im do doskonalenia swoich umiejętności,

3. szkolenia wewnątrzzakładowe podnoszą jakość pracy w danym bloku operacyjnym.

Literatura:

1. Gembacka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym [w:] Rowiński, Dziak (red.) Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 253-257.

2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E, Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s.6-12

3. Kózka M., Metodologia opracowania procedur pielęgniarstwa [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L., (red.), Procedury pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów

medycznych, PZWL, Warszawa 2011, s. 33-34.

4 Piątek A. Zarządzanie jakością [w:] Ksykiewicz-Dorota (red.), Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu, PZWL, Warszawa 2013, s. 319-321.

5 Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 152.

6 Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – ETYKA

Pielęgniarki/położne operacyjne podczas wykonywania swoich obowiązków służbowych kierują się zapisami zawartymi w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn., zm.). Filozofia opieki w pielęgniarstwie operacyjnym oscyluje wokół zapewnienia pacjentowi bezpiecznego przejścia przez inwazyjne procedury medyczne w okresie okołoperacyjnym (przedoperacyjnym, śródoperacyjnym i pooperacyjnym) z zachowaniem prawa pacjenta do poszanowania godności, indywidualności oraz do otrzymania opieki przez wykwalifikowany personel w odpowiedniej liczbie.

UZASADNIENIE: pielęgniarstwo operacyjne w swojej pracy napotyka szereg dylematów etyczno-moralnych (np. uczestnictwo w zespołach operacyjnych, których zadaniem jest pobieranie narządów do przeszczepów, prawidłowe reakcje na konflikt, na różnice moralno-kulturowe między światopoglądem pielęgniarstwa i położnej operacyjnej a pa-

cjentem czy współpracownikami). Pielęgniarki/położne operacyjne podejmują decyzje natury etyczno-moralnej w oparciu o Kodeks etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarstwo operacyjne mają dostęp do treści zawartych w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarstwa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn., zm.). pielęgniarstwo operacyjne – w miarę możliwości – uczestniczą w szkoleniach dotyczących problemów etycznych w ich pracy,

2. w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych są treści dotyczące dylematów etyczno-moralnych w pracy pielęgniarstwa i położnej operacyjnej,

3. pielęgniarstwo operacyjne znają zasady empatii w kontaktach z pacjentem i współpracownikami.

KRYTERIA PROCESU

Pielęgniarka/położna operacyjna a pacjent

1. pielęgniarstwo /położna operacyjna szanuje indywidualność i godność osobistą pacjenta oraz dba o jego bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne,

2. pielęgniarstwo /położna operacyjna udziela informacji pacjentowi o swoich działaniach. Informacje są zrozumiałe dla pacjenta i dostosowane do jego oczekiwań,

3. pielęgniarstwo /położna operacyjna przestrzega zasad poufności danych o pacjencie, jakie uzyskała w toku swojej pracy.

Pielęgniarka/położna operacyjna, a współpracownicy

1. pielęgniarstwo /położna operacyjna nie może ani zatrzymywać informacji dla siebie ani dyskredytować innych w obecności osób trzecich,

2. pielęgniarstwo /położna operacyjna szanuje inne osoby i wymaga szacunku dla siebie,

3. każda pielęgniarstwo /położna operacyjna, a zwłaszcza będąca mentorem ma obowiązek wykazywać się i przekazywać właściwą postawę etyczno – moralną, a szczególnie powinna cechować ją: prawdomówność, rzetelność, do-

kładność, zasady empatii w kontaktach z ludźmi.

Pielęgniarka/położna operacyjna, a praktyka zawodowa i nauka

1. pielęgniarstwo /położna operacyjna współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego,

2. pielęgniarstwo /położna operacyjna w fazie śródoperacyjnej otrzymuje ustne polecenia od operatora, które ma obowiązek wykonać, o ile nie są sprzeczne z obowiązującymi w danej jednostce standardami i procedurami,

3. pielęgniarstwo /położna operacyjna w przypadku zauważenia nieprawidłowości/ zdarzenia niepożądanego ma obowiązek poinformować swojego bezpośredniego przełożonego oraz – w miarę możliwości – wskazać sposoby uniknięcia podobnych zdarzeń w przyszłości,

4. pielęgniarstwo /położna operacyjna – w miarę swoich możliwości i umiejętności – uczestniczy w rozwoju swojej dziedziny poprzez uczestnictwo w działaniach promujących pielęgniarstwo operacyjne.

KRYTERIA WYNIKU

1. godność osobista wszystkich osób, z którymi współpracowała pielęgniarstwo /położna operacyjna podczas wykonywania swoich obowiązków została uszanowana,

2. poufność danych o pacjencie została zachowana,

3. swoje obowiązki pielęgniarstwo /położna operacyjna wykonała zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami,

4. empatia jest wykorzystywana w pracy pielęgniarstwa i położnej operacyjnej,

5. pielęgniarstwo /położna operacyjna – w miarę swoich możliwości - ma swój wkład w działaniach mających na celu rozwój i promocję pielęgniarstwa operacyjnego.

Literatura

1. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarstwa i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn., zm.).

3. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1182).

4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

5. Włodarczyk D., Skuza B., Znaczenie relacji pacjent – personel medyczny dla przebiegu leczenia [w:] Jakubowska-Wińska, Włodarczyk (red.), Psychologia w praktyce medycznej, PZWL, Warszawa 2007, s. 126-134.

6. Zahradniczek K., Uwarunkowania prawne i etyczne opieki pielęgniarskiej świadczonej chorym leczonym chirurgicznie [w:] Walewska (red.), Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, PZWL, Warszawa 2007, s. 9-34.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO - BADANIA NAUKOWE

Badania naukowe są warunkiem koniecznym dla rozwoju pielęgniarstwa operacyjnego. Powinny mieć ścisły związek z praktyką zawodową pielęgniarek/położnych operacyjnych.

UZASADNIENIE: wyniki badań naukowych powinny być podstawą do opracowywania i aktualizowania standardów, które są wyznacznikiem jakości świadczonych usług. Wyniki badań naukowych umożliwiają pielęgniarkom/położnym operacyjnym podejmowanie decyzji w konkretnych działaniach związanych z wykonywaniem zawodu.

KRYTERIA STRUKTURY

1. stowarzyszenia pielęgniarek/położnych operacyjnych są jednym z podmiotów inicjujących proces badawczy w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,

2. pielęgniarki/położne operacyjne mają umiejętności umożliwiające im udział w badaniach naukowych,

3. opracowania wyników badań są publikowane w zawodowych czasopis-

mach i/lub na stronach internetowych stowarzyszeń.

KRYTERIA PROCESU

1. Badania naukowe podejmują problemy związane w sposób bezpośredni i pośredni z pracą zawodową i problemami pielęgniarek/położnych operacyjnych. Problemy badawcze dotyczyć mogą w szczególności:

- sposobów zmniejszania lęku u pacjentów na bloku operacyjnym,
- problemów związanych z procesem adaptacji nowych pracowników,
- wypaleniem zawodowym pielęgniarek/położnych operacyjnych,
- sposobów radzenia sobie ze stresem,
- dylematów etyczno-moralnych w pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych,

2. pielęgniarki/położne operacyjne mogą inicjować i przeprowadzać badania,

3. pielęgniarki/położne operacyjne posługują się metodami badań dostosowanymi do celów, tak więc mogą to być badania eksploracyjne (wstępne, ogólne zrozumienie jakiegoś zjawiska), opisowe (odpowiadają na pytanie „jak jest?”) i wyjaśniające (dlaczego tak jest?),

4. pielęgniarki/położne operacyjne w swojej praktyce badawczej najczęściej posługują się metodami opisu przypadku, badaniami sondażowymi, wykorzystują analizę dokumentacji,

5. wyniki badań naukowych są pomocą w codziennej praktyce zawodowej pielęgniarki/położnej operacyjnej.

KRYTERIA WYNIKU

1. praktyka zawodowa pielęgniarek operacyjnych jest wzbogacana wynikami badań naukowych,

2. wyniki badań naukowych są dostępne szerokiemu gronu pielęgniarek/położnych operacyjnych poprzez ich publikowanie,

3. informacje o badaniach powinny być dostępne również na stronach internetowych stowarzyszeń pielęgniarek/położnych operacyjnych,

4. wyniki badań naukowych są wykorzystywane do uaktualniania standardów pielęgniarstwa operacyjnym,

5. wyniki badań naukowych mogą być wykorzystywane w codziennej praktyce (jako odpowiedź na pytanie klinicz-

nie istotne – PICO, zgodnie z założeniami praktyki opartej na faktach - EBNP),

6. problemy napotymane w praktyce zawodowej pielęgniarek/położnych operacyjnych są rozwiązywane w ramach badań naukowych.

Literatura:

1. Babbie E., Badania społeczne w praktyce, PWN, Warszawa 2008, s. 135.

2. Kózka M., Zastosowanie badań naukowych w praktyce zawodowej pielęgniarki [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.), Procedury pielęgniarskie, PZWL, Warszawa 2011, s. 25-28.

3. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 152.

4. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 22.

Przypisy:

1 Jacobs – Schäfer, i współautorzy, Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] G. Luce- Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 4-5.

2 Warunki kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji określają odpowiednio: art. 71 ust. 2 pkt. 2 i art. 67 ust. 4 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.)

3 Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK) – dostępna na stronie: www.cmj.org.pl/who/okk/okk.pdf - jest to dokument opracowany przez WHO, służący poprawie bezpieczeństwa i promowaniu skutecznej komunikacji i dobrej współpracy w wielodyscyplinarnym zespole operacyjnym. Koordynator OKK, którym najczęściej jest lekarz anestezjolog w określonych momentach (przed zniesieniem, przed nacięciem i zanim pacjent opuści blok operacyjny) uzyskuje od członków zespołu operacyjnego niezbędne informacje dotyczące między innymi: tożsamości pacjenta, miejsca operowanego, nazwy procedury medycznej, zgodności użytych materiałów i narzędzi itp.

4 Poznańska S., Pielęgniarstwo i jego istota, [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.1, (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, s. 24-25.

5 Dokumentacja pielęgniarki operacyjnej prowadzona na bieżąco w trakcie procedury medycznej wykonywanej w warunkach sali operacyjnej to dokument, w którym zawarte są następujące informacje: data, dane pacjenta, dane zespołu

operacyjnego, oznaczenie sali operacyjnej, w której przebiega procedura medyczna, numer zabiegu na sali operacyjnej w danym roku, miesiącu i w danym dniu, czas zabiegu, rodzaj wykonywanego zabiegu, rodzaj znieczulenia, użyte instrumentarium, zużyte materiały i akcesoria, leki, płyny, używana aparatura medyczna, rodzaj preparatów wysyłanych do różnego typu badań. Dokument taki jest dostosowany do danego bloku operacyjnego, a jego oryginał powinien być dołączany do historii choroby.

Najczęściej stosowane nazwy dla takiego dokumentu to: „protokół pielęgniarki operacyjnej” lub „karta zużycia materiału”. Dokument powinien być podpisywany przez obie pielęgniarki operacyjne (instrumentującą i pomagającą).

Podawanie penicyliny prokainowej przez pielęgniarkę w ambulatorium

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę penicyliny prokainowej w warunkach ambulatoryjnych

Zgodnie z art. 4 punkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz U. Nr 174, poz.1039) pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Podstawą do podania przez pielęgniarkę choremu penicyliny jest pisemne zlecenie lekarskie, które powinno zawierać nazwę leku, sposób i czas podania. Pielęgniarka może podać choremu penicylinę zarówno w oddziale szpitalnym jak również w warunkach leczenia ambulatoryjnego.

Penicyliny nie powinno się podawać w warunkach domowych w stosunku do noworodków i niemowląt do 3 miesiąca życia. Zgodnie ze stanowiskiem Pani Anny Dobrzyńskiej Krajowego Konsultanta w dziedzinie pediatrii z dnia 18 lutego 2004 r., weryfikowanym w dniu 22 stycznia 2007 r., oraz Pani Krystyny Piśkorskiej-Ogórek - Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego 16 marca 2004 r. zweryfikowane w dniu 19 stycznia 2007 r. - iniekcje dożylnie lub domięśniowe u dzieci do 3 miesiąca życia mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach szpitalnych, gdzie jest nadzór lekarza i możliwość zapewnienia kompleksowej pomocy w sytuacji wystąpienia powikłań.

Podanie choremu penicyliny może spowodować wystąpienie działania niepożądanego tj. różnorodne osutki, pokrzywki, objawy typu choroby posurowiczej, objawy zespołu toksycznej epidermalnej nekrolizy Lyella oraz najgroźniejszy dla życia wstrząs anafilaktyczny, który może wystąpić nawet po minimalnej dawce leku. Wstrząs anafilaktyczny objawia się: nagłym spadkiem ciśnienia tętniczego krwi, utratą przytomności oraz w części przypadków występuje osutek skórny, jak pokrzywka, wysypka płonicowata. Objawy wstrząsu anafilaktycznego występują w czasie wykonywania iniekcji lub bezpośrednio po, nie później niż po 20 minutach. Domięśniowe podawanie penicyliny prokainowej należy więc wykonać z dużą ostrożnością, by uniknąć wkłucia igły do naczynia oraz nie uszkodzić nerwów obwodowych lub naczyń krwionośnych. Pacjent w czasie podawania leku jak i co najmniej 30 minut po podaniu powinien być objęty obserwacją. Dla zapewnienia choremu bezpieczeństwa pielęgniarka podająca choremu penicylinę powinna mieć ukończony kurs specjalistycznych w zakresie reanimacji krążeniowo-oddechowej oraz przygotowany zestaw przeciwwstrząsowy.

Odmowa wykonania zlecenia lekarskiego podana na piśmie może nastąpić w sytuacji określonej w art. 12 punkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Należą do nich wyjątkowe przypad-

ki, np. zlecenie niezgodne z sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz zagrażające życiu chorego. Biorąc pod uwagę możliwe wystąpienie działań niepożądanych po podaniu penicyliny pielęgniarka może odmówić jej podania, jeżeli pacjent podaje, że jest uczulony na antybiotyki B-laktomowe (tj. penicylina, cefalosporyny, prokaina) lub ma rozpoznaną dychawicę oskrzelową.

Zgodnie z opinią ekspertów europejskich zaleca się stosowanie standardów postępowania u dzieci i dorosłych w rozpoznawaniu alergii na antybiotyki. Zaleca się wykonywanie testów z preparatem determinant większych (PPL) i mniejszych (MDM) lub BP oraz AX, AM i ewentualnie podejrzaną cefarosporyną. Preparatem diagnostycznym zawierającym determinant większą była dostępna do niedawna w Polsce penicyloilopolizyna (PPL Testarpen), będąca polipeptydem zawierającym liczne grupy penicyloilowe. Umożliwiało to uzyskanie odczynów dodatnich skóry i korzystnie ograniczało właściwości alergenowe (zdolność do wywołania reakcji narządowej lub uogólnionej) preparatu. Preparaty determinanty mniejszej (MDM) nie były w Polsce produkowane. W latach 90-tych wycofano preparaty diagnostyczne determinant penicyliny z rynku amerykańskiego, a w późniejszych latach z rynku polskiego (Testarpen - Tarchomin Polfa) i niemieckiego o nazwie Allergopen - Allergopharma. Odpowiednikiem MDM

może być przygotowany samodzielnie roztwór zawierający 1000 jednostek penicyliny krystalicznej w 1 ml użyty po upływie 3 dni przechowywania.

Aktualnie w Polsce brak standardów postępowania w tym zakresie. Przyjmuje się jedną z trzech strategii postępowania, których celem jest bezpieczna antybiotykoterapia pacjentów z alergią na antybiotyki. Pierwsza z nich (rygorystyczna) oparta jest na założeniu, że udokumentowana alergja na penicylinę wyklucza stosowanie wszystkich antybiotyków beta- laktamowych. Druga (liberalna) zakłada możliwość podawa-

nia cefalosporyn pacjentom z alergią na penicylinę. Rozwiązanie takie jest kontrowersyjne i jego zachowawczy zwolennicy nie stosują go u pacjentów, którzy przeżyli epizod anafilaksji. Trzecia strategia (empiryczna) polega na próbach wytworzenia tolerancji antybiotyko-wej przy pomocy metod nawiązywania do znanych standardów leczenia alergii IGE-zależnych. Bez względu na przyjętą strategię decyzję o rozpoczęciu leczenia penicyliną podejmuje lekarz i bierze za nią odpowiedzialność.

Pielęgniarka przed wykonaniem zlecenia lekarskiego, w tym przypadku wy-

konania choremu iniekcji z penicyliny prokainowej powinna sprawdzić dane pacjenta, rodzaj, dawkę i czas podania leku oraz przeprowadzić wywiad z chorym w celu rozpoznania ewentualnego zagrożenia. W sytuacji pojawienia się wątpliwości pielęgniarka może na piśmie odmówić wykonania zlecenia lekarskiego z podaniem przyczyny.

*Dr hab. Maria Kózka,
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
Kraków; 29.07.2014 r.*

Raport pielęgniarski w formie ustnej

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie przekazania raportów pielęgniarskich w formie ustnej

W aktualnie obowiązującym systemie prawnym brak przepisów regulujących formę, w jakiej mogą być przekazywane raporty pielęgniarskie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 252, poz. 1697) nie uwzględnia formy ustnej raportów pielęgniarskich jedynie odnosi się do księgi raportów pielęgniarskich. Zawartość księgi raportów pielęgniarskich została określona w § 31 przywołanego rozporządzenia.

Przepisy prawne nie zabraniają wprowadzenia drogą decyzji pracodawcy obowiązku jedynie pisemnego przekazywania raportu pielęgniarskiego. Nie bez znaczenia jednak dla oceny zasadności wprowadzenia jedynie pisemnego przekazywania raportów pielęgniarskich jest niezmiennie stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (nr 43 z dnia

czerwca 2010 roku w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej i pisemnej), zgodnie z którym istnieje bezwzględna konieczność przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej. Podobną opinię prezentuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stwierdzając, iż forma pisemna nie może zastąpić ustnego przekazywania raportu, gdyż zmiana rozpoczynająca dyżur musiałaby mieć min. 1 godzinę na szczególne przeczytanie wszystkich zapisów w poszczególnych drukach dokumentacji medycznej, bez świadczenia w tym czasie usług zdrowotnych, co stanowiło by zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów (stanowisko PTP w sprawie czasu pracy przeznaczonego na raport pielęgniarski z dnia 17 marca 2010 roku).

Osobiście przychyliam się do stanowisk NRPiP oraz PTP w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej. W mojej opinii przekazywanie raportów pielęgniarskich tylko w formie pisemnej jest niewystarczające. Przekazywanie ra-

portów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz dbania o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie w podmiotach leczniczych zakazu przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej uważam za niedopuszczalne, bowiem stanowi bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa opieki. Ponadto podmiot leczniczy zgodnie z Kodeksem pracy jest zobowiązany do stworzenia bezpiecznych warunków pracy pracownikom, a jako świadczeniodawca - do bezwzględnego wywiązywania się z podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców.

*Dr hab. Maria Kózka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
Kraków, listopad 2012 r.*

Penicylina prokainowa

Opinia w sprawie podawania penicyliny prokainowej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych.

Na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniar-

ki i położnej pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Lekarz decyduje o procesie leczenia i ordynowaniu leków różnymi drogami wypisując w tym celu pisemne zlecenie lekarskie, którego

treść powinna zawierać nazwę zleconego leku, dawkowanie, drogę podania, czasookres i częstotliwość wykonania oraz dane świadczeniobiorcy. Penicylina prokainowa jest lekiem dopuszczonym do obrotu w Polsce i zarejestrowanym do

stosowania w leczeniu otwartym na Rp czyli wypisywana może być na receptę przez lekarza również w opiece ambulatoryjnej. Penicylina prokainowa jak każdy inny lek zarejestrowany w Polsce może dawać niepożądane skutki uboczne. Producent leku zastrzega jedynie nie podawanie leku dzieciom do 4 roku życia. Zaleca również wykonanie próby uczuleniowej przed podaniem pierwszy

raz leku. Wykonanie próby uczuleniowej zleca również lekarz. Za podejmowane leczenie i ordynowanie leków odpowiedzialność ponosi lekarz. Brak zatem podstaw, aby przy prawidłowo wystawionym zleceniu lekarskim, wykonaniu uprzednim próby uczuleniowej, zebraniu wywiadu od świadczeniobiorcy i zapoznaniu się pielęgniarki z ulotką informacyjną produktu leczniczego odmówić

wykonania zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka jednak może odmówić podania leku zleconego przez lekarza zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej podając przyczynę na piśmie.

*Beata Ostrzycka,
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa rodzinnego
Olsztyn, 12 sierpień 2014 rok*

Podawanie penicyliny dzieciom

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 12. 08. 2014 r. w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylinopochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych

W procesie antybiotykoterapii domięśniowej preparatami penicyliny, realizowanej u dzieci w warunkach ambulatoryjnych należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

1. Wskazania do antybiotykoterapii, określenie lekowrażliwości wyizolowanego drobnoustroju wywołującego zakażenie i antybiotykoterapia celowana po uzyskaniu wyniku antybiogramu. Decyzję powyższą podejmuje lekarz zlecający i za tę decyzję odpowiada lekarz.

2. Czytelne, pełne, pisemne zlecenie lekarskie, będące podstawą do podania przez pielęgniarkę penicyliny, które powinno zawierać nazwę leku, dawkę, drogę podania i czasookres podawania. Na zleceniu powinna znajdować się informacja o ewentualnej próbie uczuleniowej i jej wyniku oraz o ewentualnej kontynuacji leczenia rozpoczętego w szpitalu.

3. Dokładnie zebrany przez pielęgniarkę wywiad od pacjenta i jego opiekunów na temat ewentualnych uczuleń na antybiotyki beta-laktamowe lub inne leki oraz czy u pacjenta występowały w przeszłości reakcje alergiczne niezależnie od ich przyczyn. Brak danych z wywiadu, że nie występuje u pacjenta nadwrażliwość na antybiotyki beta-laktamowe, nie jest dowodem na to, że taka nadwrażliwość nie wystąpi.

W przypadku zgłoszenia przez pacjenta lub opiekunów występujących w prze-

szłości reakcji alergicznych, niezależnie od czynnika wywołującego, rekomenduję, odroczenie wykonania zlecenia i zgłoszenie powyższego faktu lekarzowi, celem przeprowadzenia diagnostyki nadwrażliwości (próby uczuleniowej, jeśli taka możliwość istnieje), na zlecenie lekarza lub zmiany sposobu czy też formy leczenia.

4. Pielęgniarka powinna przed podaniem leku zapoznać się z kartą charakterystyki produktu, bądź tzw. „ulotką informacyjną” dołączoną do leku. W wyposażeniu gabinetu powinien znajdować się katalog „Kompedium leków”, z którego należy korzystać przed podaniem leku, aby zapoznać się ze wskazaniami, przeciwwskazaniami, działaniami niepożądanymi, interakcjami oraz sposobem przygotowania, przechowywania i podania leku.

5. Technika przygotowania zawiesiny i podania leku. Pielęgniarka podająca antybiotyk, powinna zwrócić szczególną uwagę na technikę przygotowania leku i podania (dokładne rozpuszczenie, miejsce podania, aspiracja), by uniknąć podania leku do naczynia krwionośnego oraz nie uszkodzić nerwów obwodowych i naczyń.

6. Bezpieczeństwo pacjenta po podaniu leku. Pacjent w czasie podawania leków, szczególnie takich jak penicylina prokainowa i debecylina oraz co najmniej 30 minut po ich podaniu, ze względu na skutki uboczne, powinien być poddany obserwacji w poradni. Gabinet zabiegowy poradni, powinien być wyposażony w kompletny zestaw przeciwwstrząsowy. Jednostka POZ powinna posiadać opracowaną listę leków, materiałów i sprzęt niezbędny w nagłych

przypadkach, który powinien być dostępny w miejscu udzielania świadczeń, czyli w gabinecie zabiegowym. Wskazany byłby defibrylator, worek AM-BU itp. oraz łączność z jednostką ratownictwa medycznego. Pielęgniarka powinna posiadać kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz znać procedurę postępowania do czasu przyjazdu karetki pogotowia. Rekomendowaną dobrą praktyką jest coroczne odbywanie wewnątrzszkolnych szkoleń teoretycznych i praktycznych z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

7. Wg współczesnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia dzieci, powinno się wybierać najbardziej bezpieczne leki i drogi podawania leków czyli: droga doustna realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadku przeciwwskazań - droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych. Opisane powikłania u dzieci po podawaniu penicyliny prokainowej lub debecyliny w postaci zespołu Hoigne, uszkodzeń nerwu kulszowego, uszkodzeń mięśni pośladkowych, do zaników włócznie, jak również reakcji alergicznych od wysypki uczuleniowej do wstrząsu anafilaktycznego włócznie oraz trauma i ból spowodowany stałymi, częstymi iniekcjami, są wystarczającym powodem do niestosowania tej formy leczenia dzieci w warunkach ambulatoryjnych. O możliwych zdarzeniach niepożądanych powinni być poinformowani opiekunowie dziecka.

8. Dodatkowym argumentem przeciw stosowaniu penicyliny jest opisywana i potwierdzona w badaniach naukowych, powszechna oporność drobnoustrojów na ten antybiotyk. A w przypadku stwierdzenia wrażliwości na penicylinę

prokainową i debecylinę, wszystkie inne antybiotyki beta-laktamowe (penicyliny syntetyczne, cefalosporyny), są również skuteczne, a ich zastosowanie w leczeniu jest o wiele bezpieczniejsze.

9. Artykuł 12 punkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, daje pielęgniarcie prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadku, gdy jest ono niezgodne z sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz jeśli zagraża życiu chorego. W takiej sytuacji pielęgniarka wskazuje pisemnie przyczynę odmowy wykonania zlecenia, z jej uzasadnieniem. Ponadto należy zaznaczyć, że za zlecenie lekarskie (dobór leku i drogę podawania) odpowiedzialność ponosi lekarz (art. 45 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry /Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm./), który może uwzględnić wątpliwości pielęgniarki i zmienić zlecenie lub je podtrzymać.

10. Równoczesne zastosowanie wraz z antybiotykiem, lignokainy jako leku ograniczającego bolesność procedury. Ze względu na bezpieczeństwo stosowania antybiotyków podawanych domięśniowo, nie zaleca się równoczesnego stosowania lignokainy, jako leku ograniczającego bolesność procedury, z uwagi na ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych. Lignokaina może powodować reakcje nadwrażliwości, w tym o ciężkim przebiegu, wstrząs anafilaktyczny, objawy ze strony OUN, w tym

drgawki i zatrzymanie oddechu, objawy ze strony układu krążenia, a w szczególności zaburzenia rytmu. Po iniekcji lignokainy może dojść również do parestezji jak i porażenia kończyn dolnych, jako efektów niepożądanych zastosowania leku. Nie bez znaczenia mogą być także niezgodności farmaceutyczne związane z mieszaniami w jednej strzykawce lignokainy z antybiotykami, jak i potencjalnie możliwe interakcje farmakodynamiczne. Stanowisko w powyższej kwestii, poparte jest konsultacją z dr n. med. Jarosławem Woronem - specjalistą farmakologii klinicznej.

11. Podawanie antybiotyków u noworodków i niemowląt do ukończenia trzeciego miesiąca życia.

W celu zminimalizowania ryzyka powstania powikłań takich jak m.in.: uszkodzenie nerwu kulszowego, tkanki mięśniowej, trauma oraz ból (spowodowany częstotliwością iniekcji dla utrzymania poziomu terapeutycznego antybiotyku i objętością podawanego roztworu), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3 miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, wyklucza się iniekcje domięśniowe w warunkach ambulatoryjnych.

W przypadku przeciwwskazań do doustnej podaży antybiotyków, dziecko powinno zostać skierowane do szpitala, celem realizacji antybiotykoterapii dożylną, która może być wykonywana wyłącznie w warunkach szpitalnych.

Realizowanie przez pielęgniarki zleceń lekarskich w zakresie podawania antybiotyków drogą domięśniową lub dożylną w warunkach ambulatoryjnych), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3 miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i niebezpieczne dla dziecka. Biorąc powyższe pod uwagę, stanowi to podstawę do odmowy wykonania zlecenia zgodnie z art. 12 pkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Tracą moc opinie:

1. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 06.12.2010 r. w sprawie podawania antybiotyków z dodatkiem leków miejscowo znieczulających drogą domięśniową u dzieci.

2. Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego nr 2/2004 z dnia 16 marca 2004 r., zweryfikowane w dniu 19 stycznia 2007 r. w sprawie podawania antybiotyków noworodkom i niemowlętom do 3 miesiąca życia.

3. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 6 stycznia 2009 roku w sprawie podawania debecyliny dzieciom w warunkach ambulatoryjnych

*dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek,
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego*

Bezpieczeństwo w BCG terapii

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG z dnia 04.07.2013 r.

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG w sytuacji przygotowania i podania produktu przez pielęgniarkę w trybie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i w uzasadnionych przypadkach w oddziale szpitalnym, do czasu uregulowania prawnego w zakresie sporządzania tego specyfiku.

Leczenie wlewami BCG jest standardem postępowania uzupełniającego po przeczkowej resekcji guza. Wlewki BCG są coraz częściej stosowane. W Poradnikach Urologicznych roztwory do wlewów dopęcherzowych przygotowują i podają głównie pielęgniarki, stąd moje stanowisko w tej kwestii.

Z uwagi na obecność żywych prątków BCG i związane z tym ryzyko dla personelu przygotowującego i podającego lek oraz złożoność procesów jego przygotowania (konieczność zawieszenia liofilizatu w rozpuszczalniku, przeniesienie i rozcieńczenie zawiesiny do postaci gotowego podania dopęcherzo-

wego), przy przygotowywaniu dopęcherzowych preparatów BCG należy zapewnić bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, produktu leczniczego oraz środowiska.

Każdy z etapów przygotowania i podania stwarza ryzyko uwolnienia BCG do środowiska pracy oraz ekspozycji personelu medycznego przygotowującego i podającego pacjentowi przygotowany produkt leczniczy. Ryzyko jest dodatkowo większe w przypadku produktów oferowanych w ampułkach niż dla leków oferowanych we fiolkach.

Przygotowywanie podania powinno być więc prowadzone z użyciem komory

bezpieczeństwa biologicznego klasy II, umieszczonej w dedykowanym pomieszczeniu o odpowiedniej klasie czystości przez odpowiednio przeszkolony personel, wyposażony w niezbędne środki ochrony osobistej, obejmujący jałowe:

- czepek i nieprzepuszczalny dla cieczy fartuch ochronny lub kombinezon ochronny z kapturem
- ochraniacze na obuwiu
- maskę
- rękawice ochronne.

W pomieszczeniu tym, z uwagi na ryzyko skażenia, niedopuszczalne jest

przygotowywanie innych leków. Lek nie powinien być przygotowywany przez osoby przygotowujące inne leki w tym dożylnie leki cytotoksyczne a także przez osoby z obniżonym poziomem odporności oraz kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

Z wymogu stosowania komory bezpieczeństwa biologicznego klasy II można zrezygnować, o ile preparat BCG jest dostępny w systemie zamkniętym, który eliminuje ryzyko niekontrolowanego uwolnienia prątków i zakłucia podczas przygotowania.

Należy jednak przestrzegać zaleceń, aby preparat gotowy do podania nie był przygotowywany:

- w tym samym pomieszczeniu oraz przez osoby przygotowujące inne dożylnie leki w tym cytotoksyczne,
- przez osobę z obniżonym poziomem odporności.

*dr n. med. Anna Koper,
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa onkologicznego*

Kurs dla położnych

Szanowni Państwo,

W związku z planowaniem kursu dla położnych AOS i położnych POZ, zwracamy się do Państwa z prośbą o zamieszczenie w biuletynie, na stronie internetowej informacji o w/w. Szczegóły dostępne na stronie internetowej: <http://profilaktyka.rzeszow.pl/uwaga-polozne!!504.html>.

Termin kursu: czerwiec bądź wrzesień 2015 r., miejsce: Rzeszów (URZ?)

Z poważaniem

Anna Świeca

Kierownik Wojewódzki Ośrodek

Koordynujący Populacyjne Programy

Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

oraz Profilaktyki i Wczesnego

Wykrywania Raka Szyjki Macicy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

im. Fryderyka Chopina

35-055 Rzeszów, ul. Szopena 2

www.profilaktyka.rzeszow.pl

tel. 17 86 66 275

e-mail: wok.podkarpaciegponet.eu

„Karta stomika”

gwarancją bezpieczeństwa i intymności osób ze stomią

Z inicjatywy organizatorów kampanii „STOMAlife. Odkryj stomię” osoby ze stomią mogą otrzymać kartę stomika. Jej posiadanie ma ułatwić stomikom funkcjonowanie w problematycznych sytuacjach, na przykład podczas kontroli granicznych i odpraw lotniczych.

Stomią jest chirurgicznie wytworzonym połączeniem części jelita z powierzchnią ciała. Do jej wyłonienia dochodzi w wyniku chorób układu pokarmowego. Obecnie szacuje się, że w Polsce jest około 40 tysięcy stomików. Ich liczba stale rośnie, gdyż coraz częściej zaleca się czasowe wyłonienie stomii.

Posiadanie stomii nie powoduje ograniczeń w normalnym funkcjonowaniu. Jednak, jak wynika z raportu „Personel medyczny o komforcie życia pacjentów

stomijnych”, w opinii respondentów ponad 60% stomików odczuwa ograniczenia w kontaktach z otoczeniem zarówno z powodów fizycznych, jak i psychicznych.¹

Konieczność posiadania przy sobie zapasowego sprzętu stomijnego może przysporzyć stomikom kłopotliwych sytuacji. Wiele z nich wymaga poinformowania otoczenia o fakcie posiadania stomii i związanych z nią potrzebach. Karta stomika oraz towarzyszące jej zaświadczenie lekarskie jest odpowiedzią na zaistniały problem.

Udogodnienia w podróży

Mówiąc o kłopotliwych sytuacjach, organizatorzy kampanii mają na myśli kontrole celne, graniczne, sytuacje odpraw lotniczych, ale także momenty kiedy konieczna jest zmiana sprzętu

stomijnego. W ostatniej sytuacji uzasadniona powinna być możliwość skorzystania z miejsca do parkowania dla osób niepełnosprawnych, czy pomieszczenia dla matki z dzieckiem, które jako jedyne daje możliwość wygodnej wymiany worka stomijnego.

Podczas kontroli lotniczej, każdy pasażer musi okazać wszystkie przedmioty, które zamierza zabrać w bagażu podręcznym, na przykład klucze, telefon, pasek, urządzenia elektryczne oraz okrycie wierzchnie - płaszcz, kurtka, szal. Brak wiedzy na temat stomii może sprawić, że osoba kontrolująca będzie się domagać także odklejenia worka stomijnego. Nakaz jego odklejenia oraz ingerencja osób niewykwalifikowanych może spowodować rozszczelnienie się sprzętu stomijnego, skutkujące wyciekaniem treści je-

¹ Raport został przygotowany przez SmartNet Research&Solutions. Analizą objęto 309 osób. Badanie przeprowadzone było na grupie pielęgniarek i pielęgniarzy mających w swojej pracy kontakt z osobami ze stomią. Miało postać papierowej ankiety z pytaniami zamkniętymi i półotwartymi, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Badanie zostało przeprowadzone w drugiej połowie 2013 roku.

litowej lub moczu, posiadanie przy sobie karty stomika może zapobiec takim sytuacjom.

Taka inicjatywa, jak karta stomika, jest bardzo potrzebna. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że odprawy lotnicze nie należą do przyjemnych dla stomików. Kiedy leciałam samolotem do Turcji, podczas odprawy kontrolerka wymacała ręką mój woreczek. Mimo deklaracji, że jestem stomikiem, zostałam zaproszona na osobistą rewizję. Kiedy zobaczyłam, że osoby pozostałych oczekujących są skierowane na mnie, poczułam się jak przestępca, szczególnie, że prowadziły mnie dwie panie. Musiałam się rozebrać i pokazać woreczek. Dopiero, kiedy zapytałam, czy mam go odkleić i ostrzegłam, że zawartość może się wylać, panie odpuściły. Nie usłyszałam jednak słowa przepraszam. Nie wstydzę się swojej stomii, ale nie chciałabym też za każdym razem tłumaczyć się z jej posiadania - komentuje Hanna Hybicka, stomiczka i wolontariuszka Mazowieckiego Oddziału POL-ILKO.

Przepisy dotyczące przewozu bagażu podręcznego, leków oraz środków medycznych nie mówią nic o sprzęcie stomijnym. Posiadanie karty stomika oraz zaświadczenia medycznego może okazać się pomocne w trakcie przewożenia i posiadania przy sobie sprzętu stomijnego.

Ze względu na specyfikę pielęgnacji stomii, stomici powinni móc zabrać ze sobą odpowiednią ilość sprzętu na pokład samolotu, w ramach bagażu podręcznego, aby móc zmienić woreczek stomijny w każdym momencie, w którym zaistnieje taka potrzeba. Na akcesoria do pielęgnacji stomii mogą składać się nie tylko worki stomijne, ale także: pasta i pierścienie uszczelniające, zapinki, klipsy do systemu otwartych worków,

pas stomijny - mogący zawierać metalowe części, a także kosmetyki do pielęgnacji stomii, które mogą występować w spray'u. - komentuje Agnieszka Wołowicz, pielęgniarka stomijna z punktu konsultacyjno-szkoleniowego w Warszawie.

Podręczny dokument

Karta stomika posiada wygodny format, dzięki czemu z łatwością można nosić ją w portfelu czy kieszeni. Do karty dołączane jest zaświadczenie medyczne, z którym stomik musi udać się do lekarza prowadzącego (lekarza POZ), w celu poświadczenia przez niego faktu posiadania stomii. Podpis oraz pieczęć odpowiedniego organu medycznego są warunkiem, ważności zaświadczenia oraz potwierdzają zasadność korzystania z karty stomika.

Zgodnie z założeniem, iż dokument może okazać się przydatny między innymi w czasie podróży, treść zaświadczenia została przetłumaczona w siedmiu językach angielskim, francuskim, niemieckim, hiszpańskim, rosyjskim, włoskim oraz greckim.

Karta nie posiada na razie sformalizowanego charakteru. Organizatorzy kampanii „STOMAlife. Odkryj stomię” będą dążyć do jej uprawomocnienia.

Wierzmy, że rozpoczęcie tej inicjatywy będzie początkiem dyskusji na temat egzekwowania praw stomików. Akceptacja społeczeństwa jest kluczowym elementem w tym procesie. Wywołanie reakcji łańcuchowej możliwe jest jedynie poprzez działania informacyjne - powiedział Andrzej Piwowski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO.

Aby otrzymać kartę i zaświadczenie medyczne wystarczy wysłać wiadomość na adres biuro@stomalife.pl lub adres pocztowy ul. Karola Dickensa 27 lok 27 02-382 Warszawa.

Od 1 kwietnia karty stomika będą również dostępne w punktach konsultacyjno-szkoleniowych „STOMAlife. Odkryj stomię” oraz w regionalnych oddziałach POL-ILKO.

Więcej informacji na stronie:
www.stomalife.pl

Celem kampanii społecznej „STOMAlife. Odkryj stomię” jest walka z wykluczeniem społecznym dotyczącym stomików, przełamanie tabu związanego ze stomią oraz edukacja pacjentów i społeczeństwa w zakresie faktów i mitów z nią związanych. Misją inicjatywy jest zbudowanie powszechnej akceptacji dla stomików tak by mogli powrócić do normalnej aktywności zawodowej i społecznej.

Organizatorami kampanii są: Polskie Towarzystwo Stomijne POL-iLKO, Fundacja im. dr. Macieja Hilgiera oraz Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”. Partnerem medycznym jest firma SALTS POLSKA Sp. z o.o. oraz Maganimed Sp. z o.o.

Kampania została objęta honorowym patronatem Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Klubu Kolo-proktologii, Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Stomijnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Pomorskiego Stowarzyszenia Stomijnego, Prezydent Warszawy oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Dodatkowych informacji udziela:
Aleksandra Sołtysiak
tel.: 883 226 220
e-mail: biuro@stomalife.pl

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 Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa
DRUK: RS Druk, Rzeszów. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 12 V 2015 roku.



Szanowni Państwo!

W trosce o wysoką jakość opieki nad noworodkiem powstało **Polskie Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych**.

Towarzystwo zostało założone w Łodzi z inicjatywy pracowników Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, klinik: Neonatologii oraz Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt. Zebranie założycielskie odbyło się 24 maja 2013 roku. Nr KRS0000477598 Towarzystwo otrzymało w październiku 2013 roku. Bardzo zależy nam na szerokiej współpracy ze

środowiskiem pielęgniarek i położnych w całej Polsce. Pozwoli ona na poznanie nurtujących nas problemów, wypracowanie jednolitych rekomendacji dotyczących opieki nad noworodkami, szczególnie urodzonymi przedwcześnie i/lub z wadami rozwojowymi, podjęcie dyskusji na temat bezpiecznych warunków naszej pracy oraz współpracy naukowej.

Zapraszam do współpracy i na stronę Towarzystwa www.ptpipn.eu

Z poważaniem
Aleksandra Matczak
Przewodnicząca PTPiPN.

Uwaga

indywidualne, specjalistyczne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych

Przypominamy o obowiązku zgłaszania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL) zmiany danych w zakresie aktualnego OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA OC

AKTUALIZACJA OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ osób wykonujących zawód w ramach indywidualnych lub grupowych praktyk (podstawa prawna: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. z 2011r. Nr 112 poz. 654 oraz rozporządzenie MZ z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru Dz. U. z 2011 r. Nr 221 poz. 1319)

Art. 107. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz.

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

2. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę

pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Wpisanie do księgi rejestrowej aktualnych danych wymaga złożenia wniosku o wpis zmian w rejestrze zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 z późn. Zm.)

WNIOSKI O WPIS DO REJESTRU, ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU I WYKREŚLENIE Z REJESTRU MOGĄ BYĆ SKŁADANE WYŁĄCZNIE W POSTACI ELEKTRONICZNEJ,

z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450 z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.).

ABY ZŁOŻYĆ WNIOSEK O WPIS NALEŻY:

1. Uzyskać PROFIL ZAUFANY, konieczny do podpisania wniosku
2. Założyć konto w systemie RPWDL (www.rpwdl.csioz.gov.pl)
3. Uzyskać uprawnienia do swojej KSIĘGI REJESTROWEJ
4. Złożyć wniosek o zmianę wpisu za pomocą systemu RPWDL
5. Podpisać wniosek profilem zaufanym i wysłać
6. Dostarczyć: kopię POLISY OC (dołączyć skan w zakładce „ZAŁĄCZNIKI”)
7. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej –,-
8. Potwierdzenie dokonania opłaty rejestracyjnej –,-
9. Kserokopia prawa wykonywania zawodu –,-
10. W przypadku praktyki we własnym gabinecie - opinia sanepidu i dokument potwierdzający posiadanie pomieszczenia –,-

ABY ZŁOŻYĆ WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU NALEŻY:

1. Złożyć wniosek o zmianę wpisu za pomocą systemu RPWDL
 2. Dostarczyć dokument potwierdzający zmianę (dołączyć skan w zakładce „ZAŁĄCZNIKI”)
 3. Potwierdzenie dokonania opłaty za zmianę (opłacie nie podlega wpis ubezpieczenia OC i wykreślenie praktyki)
- Jak uzyskać profil zaufany? - instrukcja pod adresem: <http://epuap.gov.pl/wps/portal/>

W razie pytań czy wątpliwości prosimy o kontakt z:

mgr Marią Kruszczyńską
Biuro Rejestru OIPiP w Toruniu
tel. 56 62 10 022

JAK UZYSKAĆ „PROFIL ZAUFANY” NA EPUAP (elektroniczna platforma usług administracji publicznej)

Profil zaufany to bezpłatna metoda potwierdzenia tożsamości w elektronicznych kontaktach z administracją.

I etap założenie konta na ePUAP poprzez stronę: www.epuap.gov.pl

następnie w prawym górnym rogu wybrać „Zarejestruj się”

1. wypełnij kolejno wskazane pola
2. wybierz „Założ konto”
3. otrzymasz potwierdzenie posiadania konta.

II etap uzyskanie profilu zaufanego w górnym prawym rogu wybierz „Załącz się” - w rogu pojawiają się Twoje dane

1. kliknij na „moje konto”
2. kliknij na „moje profile zaufania”
3. wybierz „złóż wniosek” - automatycznie nastąpi przekierowanie na stronę z formularzem. Kwestionariusz zostanie automatycznie uzupełniony danymi

sprawdź czy są poprawne.

- wybierz sposób zabezpieczeń „e-mail”
- podaj swój e-mail

Pokaże się pytanie czy chcesz złożyć wniosek o profil zaufany kliknij TAK - pojawi się komunikat o wysłaniu wniosku

W ciągu 14 dni od złożenia wniosku należy zgłosić się do urzędu do „punktu potwierdzającego” z dowodem osobistym, aby potwierdzić wniosek.

Jak znaleźć właściwy „Punkt potwierdzający”:

1. strona główna ePUAP w prawym górnym rogu wybrać Pomoc
 - wybrać zakładkę „profil zaufania”
2. następnie wybrać zakładkę „lista punktów potwierdzających” aby ułatwić

szukanie można skorzystać z filtra wpisując nazwę miejscowości

Polecamy filmy instruktażowe w dziale Pomoc na stronie www.epuap.gov.pl
- zakładka z lewej strony „Filmy instruktażowe”

Uwaga!

Zmiany wpisów do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Zgodnie z art. 107 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 211) podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest zobowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Zarówno do założenia indywidualnej praktyki, jej wyrejestrowania, wprowadzenia do rejestru aktualnych danych np. corocznego obowiązkowego ubezpieczenia OC czy dokonania jakichkolwiek zmian w rejestrze, niezbędne jest złożenie stosownego wniosku wyłącznie w postaci elektronicznej.

W tym celu niezbędne jest posiadanie podpisu lub profilu zaufanego ePUAP.

Ich brak, to brak możliwości składania wniosków w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Zatem pielęgniarka czy położna nie będzie w stanie dokonać zmian we wpisie danych dotyczących praktyki już istniejącej, wykreślić jej z rejestru, czy też założyć nową.

Uwaga!

Ważne dla Pielęgniarek i Położnych odchodzących lub będących na emeryturze.

Jak wiemy Uchwałą Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału ustalono między innymi:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§2.1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.

2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,

3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1 -2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Zatem z chwilą przejścia na emeryturę lub rentę powinniśmy odprowadzać składkę w wysokości 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego.

Jednakże, jeśli chcemy pozostać dalej członkami Okręgowej Izby możemy złożyć wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony, co zwolni z obowiązku opłacania składek członkowskich na rzecz samorządu przez okres zaprzestania wykonywania zawodu.

Z okazji wyboru na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego

serdeczne gratulacje dla

Pani mgr Krystyny krygowskiej

**składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych i Zespół Redakcyjny
ŻYCZYMY SAMYCH SUKCESÓW**

Na Dzień Matki

Mamo, Kochana Mamo,
Śpiewa mi w sercu rano
Bo dziś jest Dzień Matki
I przyniesiemy dla Ciebie Kwiatki
Do Kwiatków będą Życzenia
I piękne, wzruszające wspomnienia
O mnie, Kiedyś małej dziewczynce
Kochanej Twojej Kruszyńce
Byłam mała, maleńka
Ale już urosłam, jak rośnie piosenka
O mojej miłości do Ciebie
Bo było mi przy Tobie, jak w niebie
Bądź Zdrowa i szczęśliwa Zawsze i Wszędzie
Myślę, że tak na pewno będzie
Ja będę Cię bardzo kochała
I prawie zawsze słuchała
A gdy dorosnę i będę duża
Też Cię będę bardzo kochała
I w czym tylko można zawsze pomagała
Dziś w tym Dniu Radości
Życzę Ci dużo gości
Niech będzie wesoło
Świat kręci się w koło
Dzień ten się zakończy
Ale nas Mamo nic nigdy nie rozłączy

Emma Skrzyniarz

**Z okazji Dnia Matki
serdeczne życzenia zdrowia i pomyślności
wszystkim Mamom**

Składa
Kolegium Redakcyjne