



CZAS PRZEMIANY

Biuletyn numer: 2/2011

ISSN: 1640 - 4114

Zdrowych, pogodnych Świąt Wielkanocnych
Pełnych miłości, nadziei i wiary.
Radosnego nastroju i serdecznych spotkań
w gronie rodziny

życzy

Przewodnicząca OR NOJPiP
oraz Zespół Redakcyjny



Spis treści

1. Nasze kalendarium. 2
2. Gratulacje. 2
3. Uroczysta Konferencja w N. Sączu. . 3
4. XIX Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy. 3

WOKÓŁ ZAWODU

1. Komunikacja z pacjentką i rodziną . . .
w sytuacji straty ciąży 9
2. Ogólnopolska Konf. Szkoleniowa . . 18
3. Trudności w zapewnieniu opieki
profilaktycznej nad dziećmi
i młodzieżą. 23
4. Standardy opieki okołoporodowej
Nowe wyzwania dla położnych . . . 29
5. Wybory Delegatów 34
Regulamin Okręgowej Komisji
Wyborczej 34
Regulamin Zebrania Wyborczego. . 39
Okręgi Wyborcze 42
6. Dyżur medyczny nie stanowi pracy
w godzinach nadliczbowych 48

PORADY PRAWNE

1. Rozp. MZ z dn. 2.02.2011 r. w spr.
wymagań, jakim powinny odpowiadać
pod względem fachowym i sanitarnym
pomieszczenia i urządzenia zoz. . . 58

SZKOLENIA

1. Kursy dla pielęgniarek i położnych
organizowane przez „Promocja
i Zdrowie” Sp. z o.o. 67

Nasze kalendarium

- 15.03.2011 r. - Posiedzenie Rady
Społecznej Szpitala Specjalistycznego
im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu
- 15-17.03.2011 r. - Posiedzenie NR PiP
- 18.03.2011 r. - Posiedzenie Komisji
ds. Socjalno - Bytowych
- 21.03.2011 r. - Egzamin z przeszkole-
nia - po 5 - letniej przerwie w wyko-
nywaniu zawodu
- 21.03.2011 r. - Posiedzenie Komisji
ds. Kształcenia i Doskonalenia
Zawodowego
- 22.03.2011 r. - XIX Okręgowy Zjazd
Sprawozdawczo - Budżetowy NOIPiP
- 22.03.2011 r. - Posiedzenie Okręgowej
Rady

Serdecznie gratulujemy!!

Serdecznie gratulujemy wygrania konkursu

PANI MGR URSZULI BEDNAREK

na stanowisko Pielęgniarki Przełożonej
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej Sąddeckie Pogotowie
Ratunkowe w Nowym Sączu

Życzymy dalszych sukcesów zawodowych
i w życiu osobistym

Przewodnicząca OR NOIPiP mgr Bożena Hudzik
i Zespół Redakcyjny

„Czas Przemian” Biuletyn Informacyjny



Wydawca:
Nowosądecka Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
33-300 Nowy Sącz, ul. Kilińskiego 68
telefon: (18) 443 78 83, e-mail: noipip@wp.pl

Redakcja Biuletynu:
Redaktor Naczelny: mgr Halina Zarotyńska
Zespół Redakcyjny: mgr Bożena Hudzik, Elżbieta Prusak,
mgr Urszula Bednarek
Nakład: 800 egz. (do użytku wewnętrznego)
Data wydania: kwiecień 2011 ISSN: 1640-4114

Zajrzyj na strony internetowe naszej Izby:
www.bip.noipip.iap.pl
i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych:
www.izbapiel.org.pl

Wydrukowano w firmie:
 Centrum Druku
Poligrafia Małopolska.
N. Sącz, ul. Traugutta 3, tel. (18) 540 91 94
www.poligrafiamalopolska.pl
e-mail: info@poligrafiamalopolska.pl

Uroczysta Konferencja w Nowym Sączu

Szanowne Panie Pielęgniarki,
Panie Położne
i Panowie Pielęgniarze

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu serdecznie zapraszamy w dniu 17 maja 2011 r. na organizowaną w Domu Kultury Kolejarka w Nowym Sączu, ul. Aleje Wolności 23, uroczystą konferencję szkoleniową połączoną z obchodami XX-lecia samorządu zawodowego oraz przypadających w maju Międzynarodowych Dni Pielęgniarki i Położnej. Z tej okazji uroczystość uświetni Kabaret Tenor. Udział w konferencji jest bezpłatny.

WAŻNE DATY:

Zgłoszenia przyjmowane są w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Kilińskiego 68 w Nowym Sączu **od 26.04.2011 r. – 06.05.2011 r.** w godzinach pracy Izby. Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc okres zgłaszania może być krótszy.

TERMIN KONFERENCJI: 17.05.2011 r.

MIEJSCE KONFERENCJI:

Dom Kultury Kolejarka Al. Wolności 23
33-300 Nowy Sącz

PROGRAM:

- 13.30-14.00 Rejestracja uczestników
- 14.00-14.30 Otwarcie konferencji
- 14.30-16.00 Dokumentowanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne
- dr Grażyna Rogala-Pawelczyk
- 16.00-17.00 Kabaret Tenor
- 17.00 - Zakończenie konferencji

*Komitet Organizacyjny
Konferencji*

XIX Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy

W dniu 22 marca 2011 r w siedzibie Izby odbył się XIX Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu.

Sprawozdanie

z działalności Okręgowej Rady

**Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu
za okres 01.01.2010 r. – 31.12.2010 r.**

Sprawozdanie obejmuje:

1. Zasady pracy Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
2. Realizację uchwał.
3. Działalność merytoryczną samorządu.

Okręgową Radę tworzą:

1. Bożena Hudzik – przewodnicząca
2. Halina Zarotyńska – v-ce przewodnicząca
3. Aleksandra Kamińska – v-ce przewodnicząca
4. Krystyna Nosal – skarbnik
5. Teresa Grynda – sekretarz
6. Barbara Rząca-Kuśnierz
7. Magdalena Salomon-Zagajska
8. Janina Przyszlak

W w/w okresie sprawozdawczym odbyły się 4 posiedzenia Okręgowej Rady NOIPiP w czasie których podjęto 65 uchwał. Z każdego posiedzenia sporządzony jest protokół, który wraz z listą obecności stanowi załącznik do posiedzeń. Wszystkie uchwały są prawomocne, podjęte w drodze głosowania jawnego zwykłą większością głosów. Wykaz uchwał podjętych na posiedzeniach Okręgowej Rady znajduje się w biurze.

Prezydium OR NOIPiP w Nowym Sączu tworzą:

1. Bożena Hudzik – przewodnicząca
2. Halina Zarotyńska – v-ce przewodnicząca
3. Aleksandra Kamińska – v-ce przewodnicząca
4. Krystyna Nosal – skarbnik
5. Teresa Grynda – sekretarz
6. Barbara Rząca – Kuśnierz
7. Magdalena Salomon – Zagajska

W okresie sprawozdawczym odbyło się 9 posiedzeń prezydium OR NOIPiP w Nowym Sączu, w czasie których podjęto 75 uchwał. Z każdego posiedzenia sporządzony jest protokół, który wraz z listą obecności stanowią załącznik do posiedzeń. Wszystkie uchwały są prawomocne podejmowane w drodze głosowania jawnego zwykłą większością głosów. Wykaz uchwał podjętych na posiedzeniu Prezydium znajduje się w biurze Izby.

W posiedzeniach Okręgowej Rady i Prezydium OR NOIPiP w Nowym Sączu biorą udział zaproszeni goście tj.:

1. Beta Śliwa – przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
2. Piotr Pastuszek – Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.
3. Elżbieta Rafa – przewodnicząca Okręgowego Sądu.
4. Aleksandra Pietrzak – radca prawny.

Działalność merytoryczna samorządu

- I. Przewodnicząca brała udział w posiedzeniach: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Małopolskiej Rady Zdrowia, Rady Społecznej Szpitala Specjalistycznego w Nowym Sączu, Zespołu Negocjacyjnego ds. wynagrodzeń w Szpitalu Specjalistycznym w Nowym Sączu.
- II. W bezpłatnych szkoleniach zorganizowanych w 2010 roku przez Nowosądecką Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych uczestniczyło 301 pielęgniarek i położnych, a były to:
 - Konferencja szkoleniowa „*Odpowiedzialność prawna pielęgniarki i położnej*” – 149 pielęgniarek i położnych,
 - „*Z cukrzycą na Ty*” – szkolenie – 61 pielęgniarek,
 - „*Wyrównywanie metaboliczne cukrzycy typu II*” – 50 pielęgniarek,
 - „*Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek*” – 22 pielęgniarki,
 - Konferencja szkoleniowa „*Metody leczenia niepłodności*” – 73 położne
 - Ćwiczenia z resuscytacji krążeniowo-oddechowej – nauka BLS – na fantomach – stany zagrożenia życia – 32 pielęgniarki i położne,
 - Kurs specjalistyczny z zakresu wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych – 44 osoby.
- III. Na terenie Izby obecnie są prowadzone specjalizacje:

- w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego dla pielęgniarek,
- w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego dla pielęgniarek i położnych.

W/w szkolenia prowadzi Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

W ubiegłym roku zakończyły się dwie specjalizacje, tj.:

- w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek,
- w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego dla położnych.

Ogółem do egzaminu państwowego przystąpiło 50 słuchaczek – zdawalność 100%.

IV. Wniosek o przeszkolenie po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu złożyło 6 pielęgniarek i 3 położne. Wnioski zostały rozpatrzone pozytywnie. Panie odbyły przeszkolenie zgodne z ramowym programem i po zdaniu egzaminu otrzymały stosowne zaświadczenia.

V. Do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego wpisano 2 podmioty prowadzące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, które złożyły łącznie 4 wnioski na różne dziedziny kształcenia. Wnioski rozpatrzone pozytywnie i dokonano wpisu do rejestru.

VI. Wnioski o wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek złożyły 2 pielęgniarki. Wnioski o wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek złożyły 2 pielęgniarki. Wszystkie wnioski zostały rozpatrzone pozytywnie i w drodze Uchwały zostały wpisane do rejestru.

VII. Złożono 10 wniosków o uznanie kwalifikacji zawodowych. Pozytywnie rozpatrzone wszystkie.

VIII. W centralnym rejestrze pielęgniarek i położnych na dzień 31.12.2010 r.

wpisanych jest 2570 pielęgniarek/pielęgniarzy i 299 położne.

XI. Działalność Komisji i Zespołów działających przy NOIPIP w Nowym Sączu.

Komisja ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

W wymienionym okresie czasu Komisja pracowała w składzie:

1. Rafa Elżbieta
2. Górka Małgorzata
3. Mąka Małgorzata
4. Niemas Elżbieta
5. Pastuszek Piotr
6. Sikora Bogusława

Odbyto 4 posiedzenia rozpatrując 264 wnioski o refundację kosztów kształcenia podyplomowego przyznając refundację w łącznej kwocie 100 043,40 zł (sto tysięcy czterdzieści trzy złote 40/100).

Przewodnicząca uczestniczyła w pracach Komisji Egzaminacyjnej dla pielęgniarek i położnych ubiegających się o prawo wykonywania zawodu po 5 letniej przerwie w zawodzie.

Komisja ds. Socjalno – Bytowych

Komisja działa w składzie:

1. Teresa Grynda – przewodnicząca
2. Małgorzata Sołtys – z-ca przewodniczącej
3. Anna Tumidajska – sekretarz
4. Małgorzata Górka – członek
5. Dorota Konar – członek
6. Janina Przyszlak – członek
7. Małgorzata Skrzyszowska – członek

W okresie sprawozdawczym odbyło się 6 posiedzeń komisji. Rozpatrzone 94 wnioski. Pozytywnie rozpatrzone 93 wnioski na łączną kwotę 80 100,00 zł + 814,10 zł zwrot za delegacje dla członków Komisji na posiedzenia. Organizacja spotkania dla Pań emerytek 5 906,66. Łączna kwota – 85 820,76 zł.

W związku z wykorzystaniem środków finansowych przewidzianych na działalność Komisji w 2010 r. (powódź), zgodnie z Uchwałą Nr 263/IV/10 z dnia 21.09.2010 r. uruchomiono środki zgromadzone na lokacie terminowej.

Komisja ds. Indywidualnej i Grupowej Praktyki

Komisja ds. Indywidualnej i Grupowej Praktyki działała w składzie:

Przewodnicząca: Grażyna Jeż

Członkowie: Anna Fima – Janik

Małgorzata Górka

Anna Nowak

Grażyna Nowak

Magdalena Salamon-Zagajska

Komisja odbyła jedno posiedzenie, na którym przygotowała harmonogram kontroli indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek na rok 2010. Harmonogram został zatwierdzony przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.

Skontrolowano:

- 3 indywidualne praktyki pielęgniarek w gabinecie,
- 30 indywidualnych praktyk pielęgniarek na wezwanie,
- 4 grupowe praktyki pielęgniarek.

Na dzień 31 grudnia 2010r wpisanych jest:

- do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek – 12 praktyk
- do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek – 2 praktyki
- do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek – 52 praktyki
- do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk położnych – 1 praktyka
- do rejestru indywidualnych praktyk położnych – 9 praktyk

Komisja Skarg i Wniosków

W okresie sprawozdawczym Komisja ds. Skarg i Wniosków w Nowym Sączu działała w składzie:

mgr Barbara Rząca - Kuśnierz

– Przewodnicząca

mgr Małgorzata Mąka

– Z-ca Przewodniczącej/Sekretarz

mgr Jolanta Kiwior – Członek

mgr Barbara Wojnar – Członek

W okresie sprawozdawczym od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r. Przewodnicząca Komisji ds. Skarg i Wniosków brała udział w posiedzeniach Okręgowej Rady i Prezydium Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W omawianym okresie do Komisji nie wpłynęły żadne skargi i wnioski w związku z tym komisja nie odbyła żadnego posiedzenia wyjaśniającego.

Komisja Konkursowa

Członkowie Komisji Konkursowej uczestniczyli w 15 postępowaniach konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w oddziałach szpitalnych i w dwóch postępowaniach konkursowych na stanowisko Położnej Oddziałowej.

W wyniku przeprowadzonych prac Komisji Konkursowej zostało wyłonionych 13 pielęgniarek na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych i 1 położna na stanowisko Położnej Oddziałowej

Zespół ds. Położnych

W minionym roku zespół odbył 2 spotkania. Podczas spotkań omówiono sprawę przeprowadzenia kursu doszkalającego dla położnych o tematyce związanej z trudnymi sytuacjami pacjentek takimi jak ciąża obumarła, poronienie, śmierć dziecka, itp. Organizacja kursu jest kontynuacją zeszłorocznych starań w tej kwestii. Program kursu został zatwierdzony przez Centrum Kształcenia

Podyplomowego i odesłany do Spółki „Promocja i Zdrowie”. Kurs nie został przeprowadzony w roku 2010 z powodu cofnięcia zarezerwowanych funduszy na rzecz komisji socjalnej (zapomogi związane z powodzią).

Członkowie zespołu przeanalizowali Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu „świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.

Zespół ds. Domów Pomocy Społecznej

Zespół działa w składzie:

Beata Śliwa - przewodniczący

Basta Izabela - członkowie

Hudzik Bożena - członkowie

Leśniak Anna - członkowie

Moździerz Anna

Obrzut Elżbieta

Orzechowska Rozalia

Stefanowska Ewa

Szałajko Agata

W okresie od 1.01.2010 r. do 31.12.2010r przewodnicząca zespołu uczestniczyła w posiedzeniach Okręgowej Rady i Prezydium Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W okresie sprawozdawczym członkowie zespołu opiniowali kilkakrotnie pisma przesyłane do NOI PiP w kwestiach dotyczących kontraktowania usług pielęgniarskich na rzecz mieszkańców DPS.

Przewodnicząca na bieżąco w miarę posiadanej wiedzy udzielała informacji osobom zainteresowanym w temacie za trudniania pielęgniarek w DPS.

*Przewodnicząca Okręgowej Rady NOI PiP
mgr Bożena Hudzik*

Sprawozdanie

z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu za okres 01.01.2010 r. do 31.12.2010 r.

W okresie sprawozdawczym Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu pracował w składzie:

1. Piotr Pastuszek - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
2. Anna Nowak - Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
3. Barbara Wojnar - Z - ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

W ramach prewencji:

- Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przeprowadził szkolenie w Szpitalu Specja-

listycznym w Gorlicach na temat „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych”,

- w Nowym Sączu odbyło się szkolenie na temat: „Odpowiedzialność prawna pielęgniarek i położnych”
- przeprowadzono rozmowy po przerwie w wykonywaniu zawodu - przeszkolono 11 osób

W omawianym okresie do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wpłynęły 2 skargi. Odmówiono wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

*Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Pastuszek*

Sprawozdanie

z pracy Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu za okres 01.01.2010 - 31.12.2010

W wymienionym przedziale czasu nie wpłynęła do Sądu żadna sprawa i obecnie nie toczy się żadne postępowanie

*Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Elżbieta Rafa*

Sprawozdanie

z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Nowym Sączu za okres 01.01.2010 r. do 31.12.2010 r.

Komisja działa w składzie:

BEATA ŚLIWA - przewodniczący

DOROTA KONAR - w-ce przewodniczący

ANNA FINA-JANIK - sekretarz

Komisja odbyła cztery posiedzenia w okresie od 1.01.2010 do 31.12.2010 r. W dniu 19.01.2010 r. odbyło się posiedzenie OKR, która mocą uchwały podjęła decyzję o dokonaniu kontroli w dniu 27.01.2010 r. NOIPiP.

Zgodnie z podjętą uchwałą w dniu 27.01.2010 r. OKR dokonała kontroli działu pracy sekretarza, skarbnika, działu finansów, komisji ds. socjalno-bytowych, komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz działu kadr. Kontroli dokonano w obecności księgowej - Jolanty Sobczyk, skarbnika NOIPiP - Krystyny Nosal, sekretarza NOIPiP i równocześnie przewodniczącej komisji ds. socjalno-bytowych Teresy Gryndy, w-ce przewodniczącej Okręgowej Rady NOIPiP Haliny Zarotyńskiej.

Uwagi i wnioski zawarte w protokole pokontrolnym.

W drugim półroczu 2010 r. w dniu 28.09.2010 r. komisja mocą uchwały podjęła decyzję o przeprowadzeniu kontroli w dniu 13.10.2010 r.

W dniu 13.10.2010 r. komisja przeprowadziła kontrolę pracy działu sekretarza, księgowości, komisji ds. socjalno-bytowych w obecności przedstawicieli w/w działów tj. w-ce przewodniczącej Okręgowej Rady NOIPiP Haliny Zarotyńskiej, przewodniczącej komisji ds. socjalno-bytowych i sekretarza NOIPiP Teresy Gryndy. Wnioski i uwagi w protokole pokontrolnym

W dniu 3.11.2010 r. przedstawiciele Naczelnej Komisji Rewizyjnej w-ce przewodniczący NKR Tomasz Czech oraz członek NKR Henryk Wójs dokonali wizytacji pracy Okręgowej Komisji Rewizyjnej w obecności jej członków tj. przewodniczącej Beaty Śliwy, w-ce przewodniczącej Doroty Konar oraz sekretarza Anny Fima-Janik. Protokół w załączeniu do odczytania.

Przewodnicząca OKR w w/w okresie regularnie brała udział w posiedzeniach Prezydium i Rady Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Podsumowując pracę OKR należy stwierdzić, iż NOIPiP działa zgodnie ze swoją misją oraz obowiązującymi przepisami.

*Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Beata Śliwa*

Warszawa, 24 marca 2011 r.

Baby Land

al. Stanów Zjednoczonych 67 paw. D7

04-028 Warszawa

Szanowni Państwo,

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przy współudziale marek NUK i NESTLE przygotowała dla położnych i pielęgniarek pediatrycznych i środowisko-rodzinnych pomoc dydaktyczną, przydatną w pracy z rodzicami przed i po narodzinach dziecka.

Poradnik dla rodziców to bloczek zawierający 18 kompletów ulotek, po trzy ulotki w każdym komplecie. Podano w nich najważniejsze informacje przydatne rodzicom nowo narodzonego dziecka. Są to między innymi czytelnie i jasno podane wskazówki na temat przygotowania do porodu i do laktacji, pielęgnowania noworodka i karmienia piersią oraz samoopieki w położu. Przy liście porad pozostawiono miejsce na dodatkowe notatki, zapisanie specjalnych zaleceń (np. terminu kolejnej wizyty) i przydat-

nych adresów i telefonów (np. kontaktu do opiekującej się rodziną położnej lub poradni).

Twórcy materiału dydaktycznego uznali, że przekaz, jaki młodzi rodzice otrzymują od położnej lub pielęgniarki, ma dla nich wielkie znaczenie. Od niego w znacznej mierze zależy staranność i poprawności opieki, jaką otoczą swoje maleństwo. Ważna jest więc kompletność i precyzja informacji. W większym stopniu zapewni ją i utrwali przekazana ulotka, niż odręczne notatki, sporządzane przez rodziców podczas wizyty.

Mamy nadzieję, że zaproponowany przez nas materiał dydaktyczny okaże się dla Państwa przydatny; usprawni Państwa pracę i pomoże rodzicom odnaleźć się w nowej roli.

Jeśli są Państwo zainteresowani otrzymaniem bloczków-poradników dla rodziców, proszę o informację e-mailem: elwira.bojanowska@babyland.com.pl

lub telefonicznie pod numerem telefonu: 22 773 36 78 wew. 4.

Pozdrawiam serdecznie
Bojanowska Elwira

Komunikacja z pacjentką i rodziną w sytuacji straty ciąży

**„Kiedy coś uparcie gaśnie zaufaj
iskierce nadziei”**

Wojciech Bartoszewski

Powołanie nowego życia to fakt najbardziej tajemniczy, złożony, cudowny a zrazem paradoksalnie prosty i oczywisty. Może on wynikać z oczekiwania, planowania, świadomej decyzji, ale również może być rezultatem przypadku, niechcianym zdarzeniem a nawet efektem gwałtu, zniewolenia.

W zależności od sytuacji, w jakiej kobieta rozpoczyna realizować swoje największe powołanie-macierzyństwo- dokonują się w jej psychice przemiany mniej lub bardziej intensywne. Gwałtownie zwiększa się zapotrzebowanie na informacje dotyczące ciąży i porodu.

Zdecydowana większość ciąż jest poprzedzona głęboką refleksją, planowaniem. Decyzja o posiadaniu dziecka pojawia się i stopniowo dojrzewa. Już wtedy przyszli opiekunowie przygotowu-

ją się psychicznie do tego momentu, upatrując w nim realizacji swoich marzeń, pragnień. Zaczynają postrzegać siebie w nowej roli- rodziców. Starannie planują czas poczęcia, układają przyszłe życie, biorąc pod uwagę karierę zawodową, status materialny. Mając na uwadze jak bardzo zmieni się ich życie- na lepsze- spełnione – wszystko podporządkowują przyszłym wydarzeniom . Są gotowi emocjonalnie i często fakt zajścia w ciążę traktują jako coś bardzo naturalnego, co musiało się zdarzyć, zaistnieć bo tak zdecydowali.

W relacjach kobiet, wyczekujących pierwszych objawów ciążowych, niepewność przeplata się z podekscytowaniem. Już na samym początku ciąży odczuwają bezgraniczną radość, dzieląc się nią najpierw z najbliższą rodziną, później środowiskiem. Szczególne miejsce w tej sytuacji zajmują lekarz ginekolog-położnik oraz położna jako osoby przed którymi przyszła mama obnaża swoje wnętrze dosłownie (wywiad położniczy, badanie ginekologiczne) i wprzeñośni (stany emocjonalne, huśtawka nastrojów). Obok doświadczania wzrostu żywego organizmu wewnątrz swojego ciała, kobieta zaczyna wyobrażać sobie siebie w przyszłej roli mamy, a swojego partnera w roli ojca. Przyszli rodzice budują swój nowy świat koloryzując, idealizując, postrzegając wszystko jakby przez „różowe okulary” . Nie ma w nim miejsca na troski, problemy, obawy, że coś nie ułoży się według planu. Fakt potwierdzenia wczesnej ciąży w badaniu lekarskim utwierdza przekonanie, że nie ma się czego obawiać, że za kilka miesięcy ziści się marzenie o powiększeniu rodziny.

Ciąża rozwija się, mija dzień za dniem i zwykle nagle, całkowicie zaskakując zaczyna coś bardziej niepokoić i zanim nadejdą pierwsze objawy zwiastujące, że dzieje się coś bardzo niedobrego z noszonym pod sercem maleństwem, przyszła mama intuicyjnie wyczuwa, że stało się nieszczęście. Znika euforyczna

radość towarzysząca każdej chwili. Odczuwany niepokój potęguje się z każdą godziną. Rozwijający się instynkt macierzyński podpowiada, że natychmiast należy szukać pomocy. Często zdarza się, że kobieta trafia do lekarza, podając jako jedyny powód wizyty niepokój, bliżej nieokreślony lęk. Wtedy jeszcze wierzy, że to stan przejściowy, a lekarz po zbadaniu rozwieje wątpliwości oceni rozwój ciąży jako prawidłowy, utwierdzi w przekonaniu, że to tylko chwilowa niedyspozycja. Często zdarza się, że takie odczucia rzeczywistości przypisuje się nadwrażliwości, a dalszy fizyczny rozwój ciąży przebiega prawidłowo.

W wielu jednak przypadkach, szczególnie w pierwszym trymestrze (około 70 % wszystkich ciąż) . ciąża kończy się wewnątrzmacicznym obumarciem płodu, poronieniem lub innym źle rokującym rozpoznaniem – tak to można ująć z punktu widzenia rozpoznania lekarskiego, a wielką tragedią ludzką, niepowetowaną stratą i cierpieniem dla przyszłych rodziców.

Jednym z powodów utraty wczesnej ciąży, są poronienia nawykowe, jako trzy lub więcej, występujące po sobie poronienia samoistne. Jest to szczególnie tragiczne dla kobiet, które utraciły już dwie kolejne ciąży – a muszą czekać na trzecie niepowodzenie, aby mogły być poddane specjalistycznej diagnostyce. Szczególny nacisk kładzie się na emocjonalne aspekty poronień, dlatego też złagodzenie negatywnych odczuć, niepokojów ma ogromne znaczenie w terapii.

Poważne następstwa natury psychologicznej, powstałe w wyniku negatywnych przeżyć, można zminimalizować, przez udzielenie odpowiedniego wsparcia i porad, pacjentce, która utraciła wczesną ciążę. Przynosi to istotne korzyści znacznie obniżając czas trwania i koszty kolejnej terapii.

Po rozpoznaniu ciąży obumarłej stosuje się dwa sposoby postępowania- czynne i wyczekujące – w zależności od

wieku ciążowego. Statystyki podają, że w 80% przypadków poród martwego płodu następuje w ciągu 14 dni od jego obumarcia. Samoistny poród jest najbezpieczniejszym zakończeniem takiej ciąży dla matki. Istnieje jednak niebezpieczeństwo wystąpienia groźnych dla życia kobiety powikłań oraz względy psychologiczne – szczególnie w III trymestrze ciąży – świadomość matki, że w łonie nosi martwy płód, które przesądza o czynnym zakończeniu ciąży. Literatura podaje, że u kobiet u których od razu nie podejmuje się indukcji porodu, w dramatyczny sposób wzrasta odczucie lęku przed porodem, bólem porodowym, ewentualnymi powikłaniami.

Istotnym elementem w profilaktyce obumierania wewnątrzmacicznego płodów jest ustalenie przyczyn obumarcia. Pozwala na określenie ryzyka powtórzenia się tego niepowodzenia i wyeliminowania przyczyn w przypadku planowania kolejnej ciąży. Dotyczy to głównie stanów chorobowych matki, które upośledzają wewnątrzmaciczny rozwój płodu, prowadząc w efekcie do jego obumarcia. Wczesne rozpoznanie i leczenie tych patologii, gwarantuje, że kolejna ciąża, we właściwy sposób monitorowana zakończy się pełnym sukcesem co dla zrozpaczonych rodziców stanowi rodzaj „świątełka w tunelu”.

Świadomość rodziców dlaczego ich dziecko zmarło w łonie matki jest ważna dla zaakceptowania i zrozumienia tej tragicznej sytuacji. Znacznie łagodzi ból, żal, mniejsza poczucie winy – które szczególnie silnie dotyka matkę.

Psychologiczne konsekwencje utraty ciąży

Rola komunikacji w sytuacjach trudnych

Niebagatelny jest aspekt psychologiczny, mający na celu wyeliminowanie u kobiety poczucia pozostawienia samej

sobie z problemem. Ważnym elementem jest ujednolicenie kryteriów rejestracji przypadków rozpoznanych wewnątrzmacicznych zgonów płodu takich jak – wiek ciążowy, waga oraz prowadzenie takiej dokumentacji, która umożliwi szczegółową analizę problemu.

Poza medycznymi aspektami porodu martwego płodu, należy wziąć pod uwagę również psychologiczny wpływ tego wydarzenia na rodzinę. Pacjentka staje przed problemem odbycia porodu, który nie będzie radosnym przeżyciem ale niezwykle trudnym i bolesnym doświadczeniem dla niej i dla najbliższej rodziny. Proces komunikowania się w tym trudnym momencie przesądza o łagodnym bądź niezwykle traumatycznym przejściu przez kolejne etapy adaptacji do straty dziecka. Według D. Kornas-Bieli kobieta na każdym etapie żałoby potrzebuje:

- empatycznego słuchania
- stworzenia warunków do artykułowania najgłębszych przeżyć
- zachęcenia do ekspresji uczuć
- wykazywania normalności jej reakcji
- podniesienia własnej wartości – podkreślenia że sposób w jaki przeżywa stratę dziecka, świadczy o tym, że jest dobrą matką
- wzmocnienia solidarności rodzinnej poprzez wspólne przeżywanie utraty dziecka, wzajemne komunikowanie sobie swoich przeżyć

Uraz emocjonalny związany z urodzeniem martwego dziecka jest traumatycznym przeżyciem dla rodziców i większość z nich zdaje się na personel w kwestiach wyboru czasu porodu i zającia się martwym noworodkiem. Obejście, przytulenie martwego noworodka może ułatwić matce pogodzenie się z faktem jego śmierci, zrozumieć to co ją spotkało, łagodząc u niej tym samym w przyszłości lęk, depresję, uczucie żalu.

Więź rodzicielska jaka wytworzyła się w czasie trwania ciąży pogłębia się

i pomaga w gojeniu się ran emocjonalnych i ostatecznie zmniejsza uraz psychospołeczny po tak druzgocącej i niespodziewanej stracie. Jak jednak wykazały badania prowadzone w Wielkiej Brytanii, postępowanie takie może powodować w przyszłości nasilenie lęku i depresji u matki oraz prowadzić do wytworzenia się nieprawidłowej więzi z następnymi żywo urodzonymi dziećmi. Rolą położnej zatem jest wytłumaczenie pacjentce co może zrobić, jaką ma podjąć decyzję jeszcze przed porodem - czy ma obejrzeć i przytulić dziecko, pożegnać się z nim. Tym matkom, które tego oczekują należy zaproponować pamiątki takie jak odcisk stópki lub rączki, kosmyk włosów, fotografię. Ważne jest aby do pamiątek po dziecku dołączyć kopie badań, zdjęcia USG, zapis tętna dziecka. Patrząc na te pamiątki rodzice będą przekonani, że ich dziecko było otoczone miłością i szacunkiem.

Śmierć jest elementem życia, tak jak narodziny, ale oczywiste jest, że znacznie łatwiej jest towarzyszyć przy witaniu, niż przy pożegnaniu życia, które w dodatku w opinii społecznej jeszcze się nie narodziło; np. obumarcie ciąży w I trymestrze jej trwania. Bardzo często się zdarza, że w sytuacji wczesnych utrat dziecka sposobem na radzenie sobie z tą trudną sytuacją jest zaprzeczenie faktowi śmierci. Strata bliskiej osoby jest jednym z najbardziej stresujących wydarzeń dla każdego człowieka. Przeżywanie straty jest trudne nie tylko dla rodziców dziecka, ale także dla lekarza prowadzącego i położnej. Najbardziej pomocne jest uznanie, że niezależnie od tego ile trwała ciąża, jest to śmierć kogoś wyciekawanego, a dla rodziców realnego i kochanego.

W szpitalu następuje szybkie usuwanie śladów życia i śmierci dziecka, po chwili nic nie wskazuje, że dziecko żyło i umarło. Dla rodziców dzieje się to zbyt szybko, by w szoku w jakim się znajdują coś z tego zrozumieć. Śmierć dziecka wy-

wołuje całą gamę bardzo silnych negatywnych uczuć. Proces adaptacji do zaistniałej sytuacji trwa od 6 miesięcy do jednego roku. Rozpoczyna się trudny proces żałoby jako odpowiedź na stratę dziecka. Żałoba zwykle kojarzona jest ze stanem po śmierci osoby żyjącej. Bardzo rzadko odnoszona jest do straty dziecka poczętego, a jeszcze rzadziej do sytuacji kiedy rodzi się dziecko chore które szybko umiera. Tymczasem żałoba, jako stan psychiczny odnosi się do każdego zdarzenia, w wyniku którego ponosimy stratę kogoś lub czegoś dla nas ważnego. Stan ten nie podlega naszej woli, a jego bagatelizowanie, wyciszanie, pomijanie czy skracanie przyczynić się może do większego bólu, a nawet do powstania urazu psychicznego.

Stratę dziecka przeżywa również ojciec, który także pozostaje w żałobie i tak samo jak matka może potrzebować opieki i wsparcia, nawet jeśli chce zachować wizerunek silnego mężczyzny, ukrywa swoje emocje i uczucia.

Przeżycia emocjonalne rodziców wg E.Kubler-Ross związane z przyjęciem tego trudnego faktu są uwarunkowane przez różne elementy:

- ogólna dojrzałość do rodzicielstwa
- rodzaj relacji łączącej rodziców, ich wzajemny stosunek, bliskość
- poczucie wsparcia ze strony rodziny i bliskich
- sposób udzielenia informacji

Na ostatni czynnik największy wpływ mają profesjonaliści: lekarze, położne, pielęgniarki. Nieumiejętny, niewłaściwy przekaz takich informacji jest przyczyną wielu negatywnych emocji i znacznie pogłębia i wyolbrzymia i tak już przytłaczający rodziców problem. Od komunikacji w tym okresie zależy czy stworzymy warunki do wzajemnego porozumienia wzbudzimy zaufanie, poczucie bliskości.

Informację należy skonstruować tak, by była jasna i czytelna. Należy spełnić następujące warunki:

- miejsce przekazania wiadomości zapewniające poczucie prywatności i bezpieczeństwa,
- przekaz zrozumiały i dostosowany do poziomu intelektualnego rodziców
- szczerzy i rzetelny przekaz,
- empatyczne podejście do rodziców,
- najistotniejsze elementy lub te niezrozumiałe należy powtórzyć wielokrotnie
- informowanie obojgu rodziców jednocześnie

Według I. Obuchowskiej w przeżyciach rodziców po otrzymaniu informacji o śmierci dziecka możemy wyróżnić kilka etapów. Pierwszy to zaprzeczenie i izolacja. Odruchowo, jakby broniąc się przed tragedią następuje zaprzeczenie, że to chyba musiała być pomyłka w badaniu, „na pewno nie chodzi o mnie i moje dziecko”. Pierwsza reakcja szybko ustępuje i rodzice zaczynają rozumieć, że to ich dotyczy i niestety nie jest to pomyłka. Kiedy już nie mogą zaprzeczać oczywistości, przechodzą przez gniew, wściekłość, zazdrość, rozżalenie. Pytają „dlaczego to właśnie my i nasze dziecko?”. W tej fazie gniew i złość zwykle kierowane są pod adresem personelu medycznego. Niestety, niewiele osób rozumie ten mechanizm i osobiście odbiera atak wzbudzając w sobie poczucie winy. Zbyt impulsywna postawa personelu medycznego, zwiększa tylko wrogi nastawienie pacjenta pogłębiając problem. Należy wtedy okazać szacunek dla cierpienia i zrozumienie, poświęcić chwilę uwagi, nie obrażać się, choć bywa to trudne, zwłaszcza jeśli do ataków dołączy się rodzina. Kolejnym etapem jest obwinianie się pacjentki za zaistniałą sytuację. Powinniśmy starać się dociec, dlaczego pacjentka czuje się winna. Jeśli są to wątpliwości natury religijnej- poprosić o pomoc kapłana, jeśli merytorycznej- lekarza, a jeśli przybierają wymiar wysoce irracjonalny- psychiatrę. Najczęściej wystarczy wrażliwy rozmówca, zwykle jest to po-

łożna która opiekuje się pacjentką, który będzie potrafił załagodzić nieuzasadnione poczucie winy.

Czwartą fazą przeżywanych odczuć w związku z postawioną diagnozą będzie depresja. W pierwszym odruchu staramy się rozweselić ludzi smutnych, mówimy im, iż rzeczywistość nie wygląda tak ponuro i beznadziejnie, ma jasne strony, a czas wyleczy rany. Często jest to wyrazem naszej własnej potrzeby tego, że przez dłuższy czas nie możemy znieść czyjegoś smutku. Nie sposób zalecić pacjentce, żeby nie była smutna. Przecież ma do tego prawo, bo straciła kogoś najważniejszego a przed nią pozostaje jeszcze problem rozwiązania ciąży, strach przed bólem, brak wiary, że sprostają sytuacji, która w jej ocenie całkowicie ją przerasta. Jedyną co można zrobić na tym etapie, to być blisko i w profesjonalny sposób wesprzeć pacjentkę umacniając wiarę w siebie. Piąty, ostatni już wyodrębniony okres to pogodzenie się z losem. Wymienione wcześniej fazy następują szybko jedna po drugiej, czasami nawet nakładają się na siebie. Ta ostatnia występuje samodzielnie i trwa najdłużej. Niespełnieni rodzice zaczynają pozornie funkcjonować w życiu społecznym, powracają do pracy. Jednak poczucie straty jakiego doznali w momencie stwierdzenia śmierci ich dziecka nie maleje wręcz się nasila. Takie osoby powinny bezwzględnie być kierowane do placówek, gdzie mogą uzyskać profesjonalne wsparcie.

Ogromna ilość obaw i problemów jakich doświadczają w większości przypadków kobiety i ich rodziny po rozpoznaniu wewnątrzmacicznej śmierci płodu, prowokuje do głębszej analizy tematu i podjęcia takich działań, które zminimalizują ich negatywny wpływ.

Tak samo bolesna może być strata kilku, kilkunasto tygodniowej ciąży, jak i rozstanie z dzieckiem które miało szansę przeżyć kilka chwil. Do najtrudniejszych

sytuacji należy zaliczyć poród indukowany z powodu dużych wad genetycznych dziecka. Śmierć dziecka w takich wypadkach jest świadomym wyborem rodziców. Możliwość wyboru nie łagodzi cierpienia, raczej je wzmacnia poprzez nasilone poczucie winy. Bez względu na rodzaj śmierci dziecka, rodzice mają zawsze prawo do przeżywania żalu, rozpacz, całego procesu żałoby. Pozwólmy rodzicom mówić, płakać a nawet krzyczeć jeśli tego potrzebują, pozwólmy im się otworzyć, dać upust uczuciom, bądźmy tuż obok. Tolerując ich gniew, niezależnie od tego czy będzie on skierowany przeciw nam, dziecku czy Bogu, przyspieszamy proces pogodzenia się z bolesną stratą, pogodzenia się z losem, w którym w którym nie będzie miejsca na poczucie winy. Jeśli natomiast będziemy ich potępiać za to, że dają upust tym negatywnym uczuciom, będziemy odpowiedzialni za przedłużanie ich rozpacz, wstydu, wyrzutów sumienia, co często powoduje choroby fizyczne i psychiczne. Człowiek który przeżył śmierć swojego dziecka, ma przed sobą długi okres żałoby, potrzebuje pomocy, szuka pociechy, analizując okoliczności przez długi czas po śmierci dziecka. Tak więc pomocą i powinnością ze strony położnej jest bycie przy cierpiącej matce, z nadzieją, że kiedyś będzie towarzyszyć tej samej kobiecie w narodzinach nowego życia.

Każda strata dziecka jest tragedią nie tylko dla rodziny, ale też klęską, porażką która bezpośrednio dotyczy osób zajmujących się ciążą – lekarzy położników, neonatologów, położnych. Ten temat traktowany jest przez naukę i medycynę nieco schematycznie, proceduralnie a stanowi ogromny problem zasługujący na wnikliwą, indywidualną analizę i wyciągnięcie na przyszłość wniosków, nie tylko w celu zmniejszenia przypadków wewnątrzmacicznego obumierania płodów, ale także na skoncentrowaniu się

na pomocy psychologicznej pacjentkom, które taki właśnie problem doświadczyły.

Tak naprawdę, dla większości pacjentek nie jest istotne, czy ciąża trwa 12 tygodni, czy kilka miesięcy. Ból i pustka których doświadczają nie da się niczym wypełnić. Te uczucia potęguje fakt, że czują się lekceważone przez środowisko medyczne. Chociaż często rozmowa z pacjentką wiąże się z dyskomfortem dla położnej bo nie umie się odnaleźć w roli doradcy, osoby wspomagającej nie wie jakich słów użyć co powiedzieć kobiecie. Wtedy wystarczy być przy zboliałych rodzicach i milcząc wspierać. Zagłębiając się w ogrom zadań i oczekiwań jakie stawia przed nami problem śmierci dziecka nie-narodzonego nie sposób pominąć jednej z najistotniejszych cech jaką powinna charakteryzować się każda położna – to empatia. Umiejętność rozpoznawania stanów emocjonalnych drugiego człowieka, utożsamianie się z tym, co odczuwa i co za tym idzie – chęcią niesienia pomocy w trudnej dla niego chwili, lub cieszenia się razem z nim tym, co go uszczęśliwia. Te dwa bieguny- ujemny- czyli współczucie i wsparcia - dodatni – kiedy dzielimy z pacjentką radość i sukces, pozwalają nam na pełne uczestniczenie w procesie ciąży, porodu i połogu bez względu na rodzaj przeżyć przyszłych rodziców. Kiedy jesteśmy otwarci, życzliwi – potrafimy dostrzec cudzy problem. Czasem wystarczy spojrzenie pełne zrozumienia, gest, uśmiech, wysłuchanie aby dotrzeć do przyczyny, odnaleźć możliwości postępowania, aby nie dopuścić do tragedii i załamania. Nie dostrzegamy jak wiele możemy zrobić poświęcając ten czas na rozmowę z rodzicami, lub tylko bycie obok, współczucie.

Zaskakujący jest negatywny stosunek pacjentek dotyczący profesjonalnego wsparcia przez psychologa. Wielu autorów podkreśla w swoich opracowaniach potrzebę, istotę i wagę takiej konsultacji. Zawsze należy pamiętać, że spotkanie

z psychologiem jest całkowicie dobrowolne i należy respektować prawo matki i rodziny do odmowy kontaktu.

M. Kościelska podkreśla, że kobiety z takimi problemami stosują różnego rodzaju mechanizmy obronne i strategie radzenia sobie w zaistniałej sytuacji, które bezwzględnie należy szanować. Z drugiej jednak strony, kobiety, które mają szansę wyrazić skrywane uczucia, doświadczyć akceptacji, szybciej odzyskują poczucie kontroli i łatwiej im powrócić do równowagi psychicznej.

Wystarcza im wsparcie w pierwszej kolejności- partnera, najbliższej rodziny, później personelu medycznego. Znacząca ilość ceni sobie kontakt z osobą duchowną. Pacjentki swoim przeżyciem nie chcą dzielić się z przyjaciółmi, znajomymi. Potrzebują spokoju, wyciszenia, intymności. Przebywając w szpitalu nie życzą sobie rozmowy ofiarowanej od osób nie związanych z rodziną. Te chwile trudu i rozpacz chcą przeżyć w towarzystwie osób najbliższych.

Inaczej do problemu podchodzą kobiety, które posiadają już co najmniej jedno zdrowe dziecko pozostawione, na czas hospitalizacji, w domu z rodziną. Po negatywnych przeżyciach, deklarują chęć szybkiego opuszczenia szpitala. Obawy, negatywne odczucia, chociaż się pojawiają to nie stanowią dominującego problemu. Starają się zrozumieć to, co się stało a silny związek emocjonalny z rodziną, wsparcie partnera zwykle wystarcza by powrócić do równowagi. Podobnie, problem intensywności przeżyć w związku ze śmiercią dziecka, szczególnie w III trymestrze ciąży przedstawia D. Kornas-Biela.

Nie możemy w żadnym przypadku pominąć aspektu powrotu do domu po stracie dziecka matki różnicując na środowisko miejskie i wiejskie. Problem powrotu do domu kobiet ze środowiska wiejskiego

jest nieco bardziej utrudniony niż w środowisku miejskim.

Wiąże się z tym większa anonimowość kobiet zamieszkujących w mieście. Specyfika środowiska wiejskiego, bliska zażyłość sąsiedzka, rodziny wielopokoleniowe w nieco inny sposób podchodzą do tragedii, której doświadcza dana rodzina. Roztrząsanie problemu, czasami publiczne niepotrzebnie dodaje bólu rodzicom, którzy chcą w samotności przeżywać swą stratę, nie są jeszcze gotowi, aby publicznie obnosić swoją porażkę. Ta obawa powrotu do domu przybiera czasami irracjonalny wymiar i jest powodem odroczenia wypisu ze szpitala.

Chcąc zrozumieć w jaki najlepszy sposób możemy nieść pomoc musimy zrozumieć jakie uczucia pojawiają się w sytuacji takiego zagrożenia. Dominuje w nich strach, że to z winy pacjentki dziecko zmarło, później towarzyszy złość, gniew, że to „właśnie mnie dotyczy”. Dość duża ilość kobiet szczególnie, jeśli była to kolejna strata, martwi się, że nie będzie mogła zająć w kolejną ciążę i urodzić zdrowego dziecka. Większość pacjentek swoje pierwsze odczucia ocenia, jako brak wiary w podaną informację, są przekonane, że zaszła tragiczna pomyłka i natychmiast szukają pomocy u innego lekarza, gdzie niestety diagnoza bywa taka sama. Według E.Kubler-Ross takie zachowanie jest typowe w przypadku braku akceptacji niepomyslniej informacji i jest określane jako pierwszy etap w drodze do pogodzenia się ze stratą.

Niezwykle ważnym momentem jest przekazanie informacji o braku tętna płodu czy terminalnym stanie urodzonego noworodka. Na przekaz i odbiór tej wiadomości według I. Obuchowskiej ma wpływ ogromna ilość elementów. Matki, które straciły dziecko w czasie trwania ciąży potrzebują jasnych informacji. Użyty język powinien być zrozumiały dla

słuchacza. Rodzice powinni poznać prawdę, usłyszeć o możliwych powikłaniach, ale równocześnie poznać metody postępowania, oszczędzające w danej chwili a dające nadzieję na pomyślne zakończenia kolejnej ciąży. Ważny jest czas i miejsce, w którym diagnoza jest przekazywana. Należy zadbać o poszanowanie intymności, atmosferę zaufania i pozwolić na zadawanie pytań. Warto pamiętać, że informowanie jest wieloetapowym procesem.

Według G. Kmity, czasem potrzeba kilkakrotnie powrócić do rozmowy, gdyż percepcja pacjentki, z uwagi na przeżywany stres może być ograniczona. Z teorii jasno wynika jak ważnym jest czas, który musimy poświęcić oraz miejsce i sposób przekazywania takiej informacji. Negatywne odczucia związane z podaniem informacji, spotęgowane są przez nieodpowiednie miejsce- korytarz, obecność osób obcych, w większości przypadków pacjentka pozostaje sama bez bliskich, zdana na osobę informującą – są to niestety fakty jakie mają miejsce w dzisiejszej rzeczywistości. Pocięszającym jest wysoka ocena wsparcia udzielonego przez lekarza, położną w pierwszej chwili po usłyszeniu wiadomości. Równocześnie proces komunikacji co do dalszego postępowania w większości przypadków jest bardzo pozytywnie odbierany, jasny.

Największy problem w procesie komunikacji stanowi bariera w postaci lęku. Lęk można uznać za czynnik adaptacyjny, dowodzą tego badania, w których autorzy uznali lęk przed porodem jako terapię szokową. Dzięki swej sile wpływa on na osobowość kobiety, burzy dotychczasową równowagę, a to pozwala się przystosować do nowej sytuacji, podjąć nową rolę życiową. Jednak nie wszystkie pacjentki w taki sposób podchodzą do problemu. Opisywany w literaturze mechanizm powstawania bólu porodowego dobrze obrazuje „zespół lęku – napięcia – bólu”. Występuje wówczas, gdy owładnięta lękiem kobieta od-

ruchowo przez długi czas napina mięśnie, powodując ich przykurcz, niedotlenienie i w konsekwencji bolesne odczuwanie skurczów macicy. Jest to pewien rodzaj „błędnego koła”, ponieważ lęk prowadzi do bólu, a ten z kolei nasila lęk. Wtedy zwykle znacznie trudniej radzić sobie z przytłaczającymi, negatywnymi emocjami co potwierdza w swoich badaniach E. Bielawska-Batorowicz. Pacjentki obawiają się reakcji partnera i rodziny, czy potrafią przyjąć taką tragedię. Taka sytuacja ma miejsce w przypadkach, gdzie pacjentka w samotności, bez uczestnictwa ojca czy najbliższej rodziny jest informowana o postawionej diagnozie.

Właśnie wtedy na kobiecie-matce spoczywa ciężar powiedzenia o tym mężowi i rodzinie. Zazwyczaj to ciężarna musi wytłumaczyć zaistniałą sytuację i odpowiadać na pytania, na które sama nie zna odpowiedzi. Często z ogromnym lękiem oczekują reakcji ojca dziecka, obawiając się jego rozczarowania, braku akceptacji. Boją się rozpadu rodziny, samotności. Dzieje się tak zwykle w związkach mało dojrzałych, w przypadku matek młodocianych.

Ogromna ilość patientek obawia się negatywnych emocji. Odczuwają złość, rozczarowanie, lęk, rozgoryczenie, irytację, bezsilność. Jedynie pacjentki z silną osobowością i ze wsparciem partnera, rodziny potrafią stawić czoła takiej dawce negatywnych emocji. Jednostki mniej silne potrzebują profesjonalnej rozmowy terapeutycznej.

W bezpiecznej, przyjaznej atmosferze mogą opowiedzieć o swoich obawach i problemach. Dzielią się wątpliwościami, opowiadają o lękach. Zbudowana relacja terapeutyczna umożliwia przepracowanie negatywnych uczuć. Niespełnione matki mogą doświadczyć akceptacji dla swoich odczuć. Aktywne słuchanie i wyrażona empatia umożliwia im adaptację do nowej roli.

Ogromna jest również obawa powrotu do domu, gdzie wszystko na przyjęcie dziecka jest już przygotowane. Pomocna w tej sytuacji znowu okazuje się najbliższa rodzina przygotowując dom na powrót położnicy bez dziecka. Powrót pacjentek do domu nie mogących liczyć na wsparcie rodziny w tej kwestii jest o wiele bardziej traumatyczny. Szczególną grupę stanowią pacjentki, które siebie obwiniają za obumarcie płodu, chcą wziąć całą odpowiedzialność na swoje barki i często zdarza się, że ten ciężar jest za wielki, nie do udźwignięcia. Również przy braku zrozumienia u najbliższych pacjentki szukają pomocy i wsparcia u osoby duchownej, bądź w zdecydowanej mniejszości u psychologa.

Zadaniem położnej będzie zatem pomoc w łagodnym przejściu przez kolejne okresy adaptacji do straty dziecka oraz towarzyszenie pacjentce w trudnych chwilach.

PODSUMOWANIE

Każda pacjentka, która doświadczyła wewnątrzmacicznego obumarcia płodu doznaje ogromu przeżyć, obaw i problemów niezależnie od tego, jak długo trwała ciąża, dlatego musi być otoczona taką opieką i troską, która chociaż w części zminimalizuje negatywne odczucia.

Lekarze, pielęgniarki i położne długo jeszcze będą osobami pierwszego kontaktu dla kobiet w ciąży – zarówno fizjologicznej jak i patologicznej. Z tego powodu powinni oni dysponować wiedzą psychologiczną ułatwiającą zarówno rozpoznanie patologii, jak i pomoc w przypadkach trudności psychologicznych o średnim nasileniu. W wielkim stopniu ułatwi to proces komunikacji, co jest bardzo istotne w problematycznych sytuacjach.

Ciąża w życiu każdej kobiety i jej najbliższych jest okresem wyjątkowym. To początek nowego życia, nowego nie tylko dla dziecka, ale też dla jego matki i rodziny. Z tego też powodu gwałtowne zdarzenie, jakim jest śmierć nienarodzo-

nego dziecka stwarza potrzebę szczególnej komunikacji, indywidualnego potraktowania każdego przypadku. Potrzebna jest zatem gruntowna wiedza teoretyczna i praktyczna aby w sposób profesjonalny sprostać temu zadaniu.

mgr Katarzyna Węgrzyńska

BIBLIOGRAFIA

- E. Bielawska-Batorowicz „Psychologiczne aspekty prokreacji” BPS Katowice 2006
- E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela „Z zagadnień psychologii prokreacyjnej” RW KUL Lublin 1993
- G. Bręborowicz red. nacz. Położnictwo i Ginekologia PZWŁ Warszawa 2007
rozdz. 2.9 Ciąża obumarła
- M.H. Davis „Empatia. O umiejętności współodczuwania” Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2001
- Ginekologia po dyplomie listopad/2002 str.89-94 „Ciąża obumarła nieoceniona tragedia położnica”
- Ginekologia Polska Tom LXXV nr 8/2004 str.633-637 „Zespół aortalno-żylny jako próba wytłumaczenia nagłej śmierci wewnątrzmacicznej bliźniąt w ciąży donoszonej”
- M.Keirse „Jak sobie radzić z poronieniem” Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Radom 2007
- M.Keirse „Smutek, strata, żaloba” Polskie Towarzystwo Encyklopedyczne Radom 2005
- M. Kościelska „Trudne macierzyństwo” WSiP Warszawa 1998
- G. Kmita „Lęki i strategia radzenia sobie kobiet w ciąży ryzyka hospitalizowanych na oddziale Patologii Ciąży” Ginekologia Polska 1998
- A.Keipiński „Lęk” WydanieII PZWŁ Warszawa 1987
- D. Kornas-Biela „Wokół początku życia ludzkiego” IW PAX Warszawa 2004
- E.Kubler-Ross „Rozmowy o śmierci i umieraniu” Poznań 1996
- A. Kwiatkowska – red. nacz. „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie” Czelej Lublin 2003
- C.Łepecka-Klusek „Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii” Wydawnictwo Czelej Lublin 2003
- Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo nr.4/2007 str. 85-91
- A. Grosvenor „Zgon wewnątrzmaciczny w terminie porodu”
- Medycyna praktyczna Ginekologia i Położnictwo 2/2007 str.19-37 „Postępowanie w przypadku straty wczesnej ciąży”
- I Obuchowska „Dziecko niepełnosprawne w rodzinie” WSiP Warszawa 2005
- Położna śródowiskowa nr 2/2005 str.8 „Strata dziecka-rola położnej w tak trudnej dla rodziców sytuacji”
- Praca licencjacka „Ciąża obumarła, analiza odczuć i obaw pacjentek” Rzeszów 2008 – badania własne
- V Ogołnopolski Zjazd Położniczo-Neonatologiczno-Pediatryczny Zakopane-Kościelisko 2011 „Pierwszy kontakt rodziców z personelem medycznym- trudne sytuacje, trudne rozmowy u progu macierzyństwa”

mgr Zofia Pakuła

Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowa

W Warszawie w Centrum Konferencyjnym CEMED w dniach 8 i 9 marca 2011r. odbyła się Ogólnopolska Konferencja zorganizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Tematem konferencji była „Opieka pielęgniarska i położnicza w podstawowej opiece zdrowotnej- wczoraj, dziś i jutro, kierunki zmian”. Udział w konferencji wzięli zaproszeni goście: pan Marek Haber –Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia ,który wygłosił referat na temat: świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej-kierunki zmian. Krzysztof Klifowicz przedstawiciel NFZ przedstawił :teraźniejszość i przyszłość w warunkach kontraktowania oraz finansowania świadczeń gwarantowanych w POZ. Dagmara Kotarbińska przedstawiła kierunki zmian w nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn.28 sierpnia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki nad zdrowymi dziećmi i młodzieżą. Izabela Kucharska Przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego przekazała – zalecenia w zakresie transportu materiału biologicznego oraz możliwości wykonywania w gabinecie pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek. Oprócz zaproszonych gości swo-

je referaty przedstawiły: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, konsultanci w dziedzinie pielęgniarstwa pani Izabel Ćwiertnia, Beata Ostrzycka oraz Leokadia Jędrzejewska.

Członek komisji do spraw kontraktowania świadczeń przy NRPiP Emilia Kin przedstawiła działania komisji oraz omówiła prace zespołu do spraw opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, powołanego przez Ministra Zdrowia 26.01.2011r. Głos zabrali również przedstawiciele Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych. Kierownicy Pielęgniarskich Zakładów Opieki Zdrowotnej przekazali nam własne doświadczenia działania praktyk, koszty ich funkcjonowania, pozyskiwania dotacji unijnych oraz nowe uregulowania dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej. Po wygłoszeniu referatów odbyły się burzliwe dyskusje i wymiana doświadczeń uczestników konferencji w wyniku czego został zredagowany list otwarty do Minister Zdrowia. Treść listu poniżej.

*Teresa Bodziony
Specjalista w dz. pielęgniarstwa rodzinnego*

Na Ogólnopolskiej Konferencji Szkoleniowej, która odbyła się w dniach 8.-09.03. 2011r. nakreślono kierunki zmian POZ :

- Struktury organizacyjne POZ
- Ciągłość i koordynacja opieki nad pacjentem w POZ
- Przepływ informacji między świadczeniodawcami
- Dostęp do świadczeń

Zwrócono uwagę na prowadzenie ciągłej, kompleksowej opieki nad rodziną tak w zdrowiu jak i w chorobie we wszystkich okresach życia: okres noworodkowy, przedkoncepcyjny, okołoporodowy jak również w starości, oraz bez względu na wiek w schorzeniach ginekologicznych. Położne powinny sprawować opiekę profesjonalnie, posiadać dużą wiedzę i umiejętności techniczne.

Przedstawiono wykaz świadczeń gwarantowanych położnej POZ oraz warunki ich realizacji.

Świadczenia obejmują

- 1) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;
- 2) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- 3) wizytę patronażową, zgodnie z następującymi warunkami :

0-4 doba życia – w przypadku porodu fizjologicznego prowadzonego samodzielnie przez położną – badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu według skali Apgar.

- wprowadzenie postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienie piersią.
- wykonanie pomiarów masy ciała i długości, obwodu głowy i klatki piersiowej.
- profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka.

1-6 tydzień życia – wizyty patronażowe położnej, co najmniej 4, mające na celu:

- opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem.
- ocenę odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia
- wykrywanie objawów patologicznych
- ocenę relacji rodziny z noworodkiem
- prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad
- promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców
- identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie
- formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań

Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce POZ.

4) wizytę profilaktyczną.

Wiceprezes Naczelnej Rady PiP Maria Kaleta przedstawiła standardy opieki okołoporodowej, na podstawie - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23.września 2010r. (Dz. U. z 7 października 2010r.)wchodzi w życie 8 kwietnia 2011.

Rozporządzenie to między innymi określa, kto realizuje opiekę nad kobietą ciężarną o fizjologicznym przebiegu ciąży i rodzącą oraz noworodkiem. Oprócz lekarza specjalisty z położnictwa i ginekologii i lekarza w trakcie specjalizacji również położna może samodzielnie sprawować opiekę nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem.

Standardy i procedury zostały opracowane w celu uzyskania dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do minimum interwencji medycznych.

Od 08.04.2011r. ZOZ sprawującą opiekę nad kobietą w czasie porodu, przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie

o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka, również Poradnie K, czy lekarz prowadzący ciążę po 20 t.c. powinien poinformować pacjentkę, aby zgłosiła się do położnej rodzinnej w celu edukacji.

Zwrócono uwagę jak ważna jest opieka okołoporodowa, zwłaszcza edukacja pacjentek ciężarnych od 21 tygodnia ciąży.

Edukacja powinna być uzgodniona z ciężarną, zawierać: rozpoznanie, plan, realizację oraz ocenę. Niezbędny jest również podpis pacjentki, jako akceptacja planu i realizacji edukacji.

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego przedstawiła tabelę obrazującą jak wygląda profilaktyka raka szyjki macicy i piersi. W województwie małopolskim na ponad 92% wysłanych zaawizowań z mammografii skorzystało ponad 15% kobiet, natomiast z cytologii ponad 6%. Zwracała więc uwagę na rolę profilaktyki którą mają do wykonania położne. To one powinny edukować, i zachęcać kobiety do systematycznego zgłaszania się na badania.

Położne prowadzące Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej dzieliły się swoimi doświadczeniami, zwracały uwagę na poprawne prowadzenie dokumentacji medycznej, która musi być czytelna i umożliwiać identyfikację pacjenta, pod każdym wpisem powinna być czytelna pieczęć z prawem wykonywania zawodu i podpisem. Wpis z kartoteki nie może być usunięty, jedynie przekreślony, (aby umożliwiał odczytanie) z podpisem osoby która tej zmiany dokonała. Zachęcały do otwierania praktyk położnych, czy to indywidualnych czy grupowych i mówiły o korzyściach płynących z takiej pracy.

Rozmawiały o stawkach jakie płaci NFZ za kapitał i świadczenia za usługę (edukacja ciężarnych, wizyta patronażowa), i proponowały aby do tych świadczeń dołączyły: poradę laktacyjną, poradę przedkoncepcyjną oraz wizytę przygotowującą do zabiegów ginekologicznych.

Na zakończenie konferencji, położna z Nowego Targu przedstawiła swoją praktykę „stworzoną” na bazie środków unijnych, dając przykład że jest to możliwe.

Halina Siuta

Warszawa, dn. 9 marca 2011 r.

List Otwarty Ogólnopolskiej Konferencji Szkoleniowej „Opieka pielęgniarska i położnicza w podstawowej opiece zdrowotnej - wczoraj, dziś i jutro, kierunki zmian” do Minister Zdrowia Ewy Kopacz

Uczestnicy Konferencji apelują o:

1. urealnienie stawek pielęgniarskich/położniczych przeznaczonych na świadczenia pielęgniarek/położnych podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu zadań określonych przepisami prawa,
2. ujednolicenie zapisów prawnych dotyczących dokumentacji medycznej pro-

wadzonej przez pielęgniarki/położne POZ, opracowanie wzorów dokumentów,

3. nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ w kierunku podziału zadań dla pielęgniarki środo-

- wiskowo-rodzinnej, pielęgniarki gabinetu zabiegowego i punktu szczepień oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania,
4. pilne doprowadzenie do rozdziału deklaracji wyboru świadczeniodawcy w POZ osobno dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, celem uniknięcia nacisków lekarzy na wybór wskazanych przez nich świadczeniodawców oraz zapewnienia pacjentowi niczym niezakłóconego prawa wyboru,
 5. uregulowanie przepisów dotyczących wykonywania zabiegów i procedur z przerwaniem ciągłości tkanek, celem wyraźnego określenia, że powinny być one realizowane w gabinecie zabiegowym lekarza POZ,
 6. usunięcie z zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. „w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej” obowiązku wykonywania przez pielęgniarkę POZ testów przesiewowych, co obecnie powoduje dublowanie tych samych świadczeń przez lekarza POZ i pielęgniarkę POZ,
 7. określenie ilości poszczególnych leków w składzie zestawu przeciwwstrząsowego wskazanego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. „w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej”
 8. stworzenie warunków normatywnych pozwalających na właściwą opiekę nad dziećmi i młodzieżą szkolną poprzez pozostawienie tworzenia harmonogramu czasu pracy pielęgniarki szkolnej w poszczególnych szkołach w jej gestii, co pozwoli na indywidualne planowanie pracy, dostosowane do potrzeb zdrowotnych uczniów,
 9. uregulowanie przekazywania dokumentacji medycznej uczniów pomiędzy świadczeniodawcami realizującymi świadczenia w kolejnych szkołach, a następnie lekarzem rodzinnym,
 10. zagwarantowanie finansowania przez NFZ procedur zleczanych przez lekarzy specjalistów pielęgniarce POZ,
 11. wyraźne określenie w warunkach rozporządzenia Minister Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. „w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, że transport materiału biologicznego należy do zakresu zadań lekarza,
 12. przywrócenie możliwości kontraktowania przez pielęgniarki POZ świadczeń w zakresie nocnej, świątecznej wyjazdowej opieki medycznej,
 13. zagwarantowanie pielęgniarkom POZ finansowania przez NFZ zadań wynikających z edukacji i promocji zdrowia.

W imieniu uczestników Konferencji:

Elżbieta Buczkowska

*Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych*

Emilia Kin

*Przewodnicząca Komisji
ds. Kontraktowania Świadczeń
Zdrowotnych przy NRPiP*

Do wiadomości:

1. Bronisław Komorowski - Prezydent RP
2. Donald Tusk – Prezes Rady Ministrów

Warszawa, dn. 9 marca 2011 r.

List Otwarty Ogólnopolskiej Konferencji Szkoleniowej „Opieka pielęgniarstwa i położnicza w podstawowej opiece zdrowotnej - wczoraj, dziś i jutro, kierunki zmian” do Minister Zdrowia Ewy Kopacz

Uczestnicy Konferencji żądają powołania do uczestniczenia w pracach Zespołu ds. opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej przy Ministrze Zdrowia – pielęgniarce i położnych, które są licznymi świadczeniodawcami w ramach POZ. Ich udział i pomoc merytoryczna pozwoli na wypracowanie skutecznych rozwiązań w zakresie dalszego funkcjonowania i poprawy stanu prawnego oraz organizacyjnego.

Powołanie Zespołu, w którego składzie brak przedstawicieli środowiska pielęgniarstwa i położnych w liczbie proporcjonalnej do udziału środowiska lekarskiego nie daje gwarancji rzetelnego wypracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, które nie będą wzbudzały protestów poszczególnych grup świadczeniodawców.

Brak równego udziału lekarzy i pielęgniarstwa/położnych przy zapisach regulujących prace Zespołu, przewidujących głosowanie zwykłą większością głosów, uniemożliwia naszemu środowisku jakiegokolwiek wpływu na zmiany systemu.

Również fakt nieopublikowania Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2011 roku w „sprawie powołania Zespołu ds. opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej” na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia budzi obawy pominięcia opinii

naszego środowiska w projektowaniu zmian.

Obecny system nie spełnia dostatecznie swoich celów, dlatego udział praktyków w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa środowiskowego zapewni stworzenie uregulowań prawnych pozwalających na prawidłowe funkcjonowanie systemu podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnej z postulatami wszystkich środowisk zawodowych w nim uczestniczących.

W związku z powyższym wnosimy jak na wstępie.

W imieniu uczestników Konferencji:

Elżbieta Buczkowska

*Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych*

Emilia Kin

*Przewodnicząca Komisji
ds. Kontraktowania Świadczeń
Zdrowotnych przy NRPiP*

Do wiadomości:

1. Bronisław Komorowski - Prezydent RP
2. Donald Tusk – Prezes Rady Ministrów

Trudności w zapewnieniu opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą

To, że nie uwzględniano przez ostatnie lata i w tym roku również bardzo istotnych postulatów, uwag, propozycji z zakresu medycyny szkolnej, które by poprawiły merytoryczne błędy w zapisach Ustaw i Rozporządzeniach w tym między innymi związane z dostępnością do świadczeń gwarantowanych

Wymogi związane z dostosowaniem do Rozporządzenia MZ i Zarządzenia Prezesa NFZ

1. Wymagana dostępność personelu – Załącznik nr 4, część III warunków realizacji świadczeń gwarantowanych (Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22.10.2010) – jest niejasna i niezrozumiała oraz trudna do jednoznacznej interpretacji. np.

a) pkt. 2.1 ustęp 3):” szkoła podstawowa, w Załącznika 4 część III jest zapis wskazujący na zatrudnienie pielęgniarki 1 raz w tygodniu 4 godziny nawet jeśli szkoła liczy do 150 uczniów. Są to szkoły z których z pewnością zrezygnujemy ponieważ finansowanie nie daje nam możliwości zatrudnienia pielęgniarki zgodnie z wymogami.

c) pkt. 2.1 ustęp 5) zapis o dostępności w szkołach specjalnych nie określa precyzyjnie norm zatrudnienia. Doprowadza to czasem do absurdalnych interpretacji tego przepisu. Niektóre oddziały na 100 uczniów typu C wymagają ponad 3 etaty pielęgniarskie. Wiąże się to z utworzeniem dwóch dodatkowych stanowisk pracy w pomieszczeniu przeważnie

o powierzchni około 15 m.2, należy dodać że te osoby muszą pracować w tym samym czasie.

d) W szkołach integracyjnych uczniów z orzeczoną niepełnosprawnością dodany dwukrotnie do liczby uczniów przy obliczaniu dostępności pielęgniarki. Nierealna do realizacji świadczeń dostępność godzinowa wynikająca z Rozporządzenia MZ z dnia 22.10.2010.

e) Zniesienie obowiązujących zapisów określających częstotliwość i godziny dostępności pielęgniarki w szkołach. Rozporządzenie MZ powinno gwarantować możliwość samodzielnego dostosowania harmonogramu czasu pracy pielęgniarki proporcjonalnie do liczby szkół, uczniów i planu godzin lekcyjnych.

f) Pkt. 2.2 ; 2.3; 2.4 zapisy te wymuszają przemieszczanie się pielęgniarki w jednym dniu do kilku placówek, a co najmniej 2, należy zwrócić uwagę, że w szkołach o niewielkiej liczbie uczniów cotygodniowa obecność przez 4 godziny oczywiście w godzinach rannych ogranicza dostępność w większych szkołach. Niewiele jest szkół pracujących do późnych godzin popołudniowych ponieważ jest to sprzeczne z higieną nauczania i możliwościami ucznia.

2. Dostępność godzinowa w poszczególnych szkołach jest nierealna, dezorganizuje pracę pielęgniarek. Małe szkoły dzielone po kilka godzin dziennie, godziny pracy pielęgniarki dostosowane powinny być do potrzeb w realizacji zadań.

3. Zaproponowane zmiany w p 2.2 utrudnią przygotowanie harmonogramu pracy i nie poprawią dostępności do świadczeń dla uczniów.
4. Jaka powinna być dostępność w szkołach w przedziale 500 uczniów i więcej?
5. Zakłady opieki zdrowotnej zatrudniające pielęgniarki mające pod opieką profilaktyczną kilka małych szkół (250 uczniów i mniej) ponoszą większe koszty i powinno się to wiązać z większym wskaźnikiem bez względu na obszar położenia szkoły.

Kwalifikacje

Wymogi Ministra Zdrowia nie pozwalają zatrudnić pielęgniarki posiadającej prawo wykonywania zawodu bez ukończonego kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania. Jest to poważny problem, ponieważ pielęgniarki pracujące w innych placówkach ochrony zdrowia nie mają możliwości jego ukończenia. W Standardach opracowanych przez Instytut Matki i dziecka określa się „Pielęgniarko powinna posiadać ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania; w przypadku nie odbycia tego kursu pielęgniarka powinna go ukończyć najpóźniej w terminie 2 lat od rozpoczęcia pracy” Obecnie brakuje już pielęgniarek do pracy w tym środowisku.

Niewielka akceptacja dyrektorów szkół lub jej całkowity brak w przypadku chęci podnoszenia kwalifikacji (studia, specjalizacje, kursy) przez pielęgniarki szkolne - natychmiastowe zastępstwa

Stawka Kapitacyjna

Nadal za niska stawka kapitacyjna i wskaźniki korygujące. Proponowana stawka kapitacyjna (%) jest najniższa

w grupie świadczeniodawców poz.) Poniższa tabela przedstawia dane opublikowane w komunikacie prasowym na stronie NFZ przez Biuro Komunikacji Społecznej zatytułowany: „Informacja dotycząca finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2005-2010 i 2011.

Dynamika wzrostu wartości średniej podstawowej stawki kapitacyjnej w latach

	Dynamika wzrostu (%) 2005 r. = 100%
Lekarz poz (stawka podst.)	159,9
Lekarz poz (stawka rzeczywista)	197,0
Pielęgniarka poz	193,8
Położna poz	219,0
Pielęgniarka szkolna	161,0

Zbyt niska stawka na profilaktykę fluorkową, drogie preparaty znacznie przekraczają otrzymywane na ten cel środki.

Koszty utrzymania gabinetu

Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w każdej szkole wymaga takiego samego wyposażenia. Jeżeli pielęgniarka ma pod opieką kilka małych szkół (np. obejmuje teren jednej gminy to koszty należy pomnożyć przez liczbę szkół). Wysokie koszty utrzymania gabinetu profilaktycznego.

Koszty:

1. koszty dojazdu – miesięczny ryczałt pracodawcy 200 złotych
2. utylizacji odpadów medycznych (ok. 30-50 zł ryczałt za każdy gabinet)

3. zakupu i prania odzieży ochronnej (fartuch do każdej placówki 80 zł raz na dwa lata oraz koszty prania odzieży min. 40 zł za półrocze)
4. opłaty za dzierżawę, użyczenia gabinetu, media (zależny od umowy ze szkołą od 20,00 do 200,00 złotych miesięcznie za gabinet)
5. podatek od nieruchomości - średnio 5,00 złotych za m²
6. zakupu środków dezynfekcyjnych i środków czystości
7. zakupu wyposażenia apteczek do gabinetu
8. zakupu jednorazowych rękawiczek, prześcieradeł i kubków
9. zakup materiałów biurowych oraz druków do każdego gabinetu. (około 80-100 zł rocznie)
10. legalizacja wagi w każdym gabinecie (koszt legalizacji wraz z transportem 200 zł raz na 25 miesięcy).
11. zakupu aparatów do RR wraz z kompletem mankietów do gabinetu (150 zł).
12. zakup materiałów edukacji zdrowotnej

Odpowiedzialność samorządów lokalnych, administracji

1. Brak uregulowania przepisów dotyczących użyczenia, użytkowania i zaopatrzenia gabinetów profilaktycznych między resortami: Ministerstwa Zdrowia, Oświaty i Administracji.
2. Pobieranie opłat i podatku od nieruchomości od gabinetów.
3. Wyposażenie gabinetów z lat 50. i 60. ubiegłego wieku.
4. Przekłamanie, fałszywe informacje prasowe dotyczące naszej odpowiedzialności, działań profilaktycznych

(przygotowanie do badań profilaktycznych, wykonywanie badań przesiewowych, fluoryzacja, wydawanie skierowań, czynny udział w programach samorządowych, itp.), oraz sposobu i zakresu wykonywania świadczeń kontraktowanych w NFZ powoduje, iż nie wszyscy mają wiedzę że w szkołach pracują pielęgniarki.

5. Ujednolicić płatności za wynajem gabinetów profilaktyki zdrowotnej we wszystkich szkołach. Obecnie w zależności od wymogów dyrektorów szkół, stawki są zróżnicowane od 40 do 500 zł i stanowią dla nas duże obciążenie finansowe, dodatkowo opłacamy podatek od nieruchomości za wynajmowane gabinety. 6. Zgodnie z Ustawą gabinety profilaktyki zdrowotnej powinny być remontowane i doposażone przez jednostki samorządowe lub szkoły, które na ten cel otrzymują dodatkowe środki finansowe.

Brak zapisów

Dla potwierdzenia naszego stanowiska chciałabym przytoczyć konkretny zapis z Ustawy.

Ubolewamy, że wiele spraw nie jest dobrze i przejrzyste zapisanych w obowiązujących przepisach co powoduje szereg nieudolności czasem nad/interpretacji.

Od dłuższego czasu borykamy się w nielicznych placówkach oświatowo – wychowawczych z problemem udowadniania, iż nie posiadamy środków finansowych na opłaty, remonty i kompleksowe wyposażenie gabinetów profilaktycznych na terenie szkoły a spotykamy się z takimi oczekiwaniami. Jak państwo widziecie nie tylko województwo wielkopolskie ma ten problem niewiedzy decydentów

Dla potwierdzenia naszego stanowiska chciałabym przytoczyć konkretny zapis z Ustawy

- Ustawa o systemie oświaty z 27 czerwca 2003
- Rozporządzenie MEiS 31.12.2002 (Dz.U. 2003 nr, 6 poz. 69)

Art.20 Pomieszczenia szkoły i placówki(...) wyposaża się w apteczki zaopatrzone w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy i instrukcje o zasadach udzielania tej pomocy

Art. 67-69 ...do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna umożliwić korzystanie z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przed lekarskiej

Zrak zapisów:

- zapisu o wyposażeniu gab. profilaktycznego (na kim ten obowiązek spoczywa)
- zapisu o przeprowadzaniu bieżących remontów w gabinecie profilaktycznym (malowanie sprzątanie wymiana okien czy drzwi)
- zapisu o bezpłatnym udostępnieniu gabinetu profilaktycznego do bezpłatnych świadczeń profilaktyczno leczniczych na rzecz ucznia (kontrakty pielęgniarek w szkołach, programy profilaktyczne, badania przesiewowe dla celów profilaktycznych w ramach Narodowego Programu Zdrowia, inne)
- zapisu, który nadaje moc wykonawczą dla Programu Rządowego (zawiera on bowiem korzystne zapisy, wskazujące organ założycielski szkoły –samorząd- jako odpowiedzialny za wypełnianie zadań statutowych)

Nagromadzenie trudności...

Zmiany w systemie oświaty

1. podział szkół na podstawowe, gimnazjum, szkoły ponadgimnazjalne)
2. Zmniejszająca się ilość dzieci w szkole
3. Coraz młodsze dzieci w szkołach podstawowych

4. Wzrost ilości klas integracyjnych w szkołach
5. Niechęć wychowawców do wypełniania kart prof. badania lek. ucznia w miesiącach wrzesień i październik spowodowana najczęściej nieznaną możliwością młodzieży (dotyczy klas 1. gimnazjum i 1. ponadgimnazjalnych).

Trudności w dostępie do materiałów edukacyjnych

Brak lub nie do końca poprawna współpraca między pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania a poradnią lekarza rodzinnego

1. terminowość wykonania badań bilansowych
2. skierowania do specjalisty

Współpraca z rodzicami i młodzieżą

Wymogi związane z dostosowaniem do przepisów Prezesa NFZ i MZ ani niektóry nadaje moc

Współdziałanie pracowników szkoły dyrektora i pielęgniarki

Istotne jest, aby strony mówiły i przedstawiały oferty współpracy

Co pielęgniarka lub higienistka szkolna może zaoferować dyrekcji szkoły i nauczycielom?

- Rozpoznawanie problemów zdrowotnych i społecznych
- Wsparcie dla uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych
- Pomoc w realizacji szkolnych programów edukacji prozdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia
- Pomoc w tworzeniu w szkole warunków sprzyjających zdrowiu
- Zwiększenie bezpieczeństwa w szkole
- Pierwszą pomoc medyczną uczniom i pracownikom w urazach i nagłych zachorowaniach

Co dyrekcja szkoły i nauczyciele mogą zaoferować pielęgniarce lub higienistce szkolnej, aby mogła skutecznie wykonywać swoje zadania i mieć satysfakcję pracy?

- Docenienie roli pielęgniarki (uwaga, szacunek, zrozumienie, akceptacja)
- Partnerstwo, gotowość do współdziałania i współpraca
- Warunki do pracy: gabinet profilaktyczny,

Również oczekiwania jednej i drugiej strony były realne do spełnienia

Czego dyrekcja szkoły i nauczyciele oczekują od pielęgniarki lub higienistki szkolnej?

- Udzielania pierwszej pomocy
- Dokonywania przeglądów higieny osobistej uczniów
- Przekazywania informacji o stanie zdrowia i higieny uczniów ,higieny środowiska szkolnego
- Udział w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej oraz programów profilaktyki i promocji zdrowia
- Obecności w czasie trwania zajęć lekcyjnych w szkole, informacji o harmonogramie i organizacji swojej pracy
- Kompetencji, znajomości przepisów prawnych
- Zaangażowania, wiarygodności, życzliwości i kultury bycia

Czego pielęgniarka lub higienistka szkolna oczekuje od dyrekcji szkoły i nauczycieli aby mogła wykonywać swoje zadania i mieć satysfakcję z pracy?

- Zrozumienia zadań pielęgniarki lub higienistki szkolnej i pomocy w ich realizacji
- Akceptacji, uznania kompetencji do samodzielnego wykonywania zadań
- Uznania za partnera w planowaniu, realizacji i ewaluacji programów

- Dobrego przepływu informacji między pielęgniarką a dyrekcją i nauczycielami

Podsumowanie

Przedstawiona diagnoza wskazuje, że:

1. dominującym oczekiwaniem dyrektorów szkół, jest zabezpieczenie przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną pomocy medycznej w urazach i nagłych zachorowaniach uczniów i pracowników
2. osoby związane z ruchem szkół promujących zdrowie znacznie szerzej postrzegają rolę pielęgniarki lub higienistki szkolnej
3. zgłoszone postulaty i opinie stanowią cenne źródło danych dla ustalenia zasad współpracy

Na podkreślenie zasługuje uwaga, iż pielęgniarka nie jest pracownikiem szkoły a jej harmonogram pracy jest dostosowany do ilości dzieci i młodzieży dla których świadczy działania profilaktyczne w danej szkole i które finansuje płatnik czyli NFZ

Niechęć wychowawców do wypełniania kart prof. badania lek. ucznia w miesiącach wrzesień i październik spowodowana najczęściej nieznaną nieznajomością młodzieży (dotyczy klas 1. gimnazjum i 1. ponadgimnazjalnych). Niewielka akceptacja dyrektorów szkół lub jej całkowity brak w przypadku chęci podnoszenia kwalifikacji (studia, specjalizacje, kursy) przez pielęgniarki szkolne - natychmiastowe zastępstwa.

Zagrożenia w naszej pracy

Silne stresy manifestują się najczęściej silnymi emocjami a ich wyraz zależy od indywidualnych dyspozycji osobowościowych człowieka.

Od pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania wiele się wymaga. Mamy wysoko postawioną poprzeczkę jeżeli chodzi o kwalifikacje zawodowe, samodzielność odpowiedzialność za podejmowane decyzje. W pracy musimy być czujne, mamy wieloznaczność ról. W publikacjach (naszych elementarzach) jak:” Standardy i metodyka pracy...” czy „Zdrowie i szkoła”, pielęgniarka szkolna jest postrzegana jak ta która wspiera, pomaga, jest jedynym pracownikiem medycznym na terenie szkoły, adwokatem dziecka(ucznia) w sprawach dotyczących zdrowia. Zobowiązana do przestrzegania:

- ustawy o zawodach
- kodeksu etyki zawodowej
- karty praw pacjenta
- konwencji dotyczącej praw dziecka

Pielęgniarki pracują, służą, pomagają, wspierają mimo trudności z kontraktami w NFZ (częste zmiany w zapisach), niepewną sytuacją w służbie zdrowia, sytuacjami konfliktowymi w miejscu pracy. Często takie sytuacje doprowadzają do powstania stresu.

- **Stres chroniczny** – powodowany codziennymi wymogami służby/pracy i kłopotami z nią związanymi. Stresory te zwykle nie powodują skrajnie silnego napięcia, które by przekroczyło możliwości adaptacyjne jednostki ale które mogą utrzymywać pielęgniarkę, inną osobę personelu medycznego w stresie powodując u niego poczucie

znużenia, zmęczenia czy niepotrzebne doznania emocjonalne. Nieskuteczne rozładowanie tego napięcia, utrzymywanie się przez długi okres czasu może doprowadzić do zaburzeń w stanie psychicznym (nerwice) i fizycznym (choroby psychosomatyczne) oraz obniżyć sprawność funkcjonowania a w konsekwencji rozwój wypalenia zawodowego.

Ciągle nie możemy odbijać się od dna by wyjść na prostą. Projekty ustaw kolejne rozporządzenia nie wnoszą niczego żadnego narzędzia, które by wprost definiowało naszą pozycję i dawało rozwiązania wcześniej wspomnianych problemów.

Nie sposób w tak krótkim czasie i ciągle przerywanym wystąpieniu przez prowadzącą sesję II z prośbą o skrócenie wystąpienia” bo czas nagli” poruszyć wszystkich tak ważnych problemów i istotnych dla naszego środowiska

Bardzo serdecznie pragnę podziękować wszystkim koleżankom, które przyczyniły się do praktycznego stworzenia tego wystąpienia i przesyłały mi z różnych stron Polski e-maile dotyczące trudności z jakimi muszą się zmagać

Życzę wszystkim koleżankom pogody ducha, wytrwałości zadowolenia z wykonywanej pracy

*Z wyrazami szacunku
Kierownik NZOZ Childmed Poznań*



STANDARDY OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

Nowe wyzwania dla położnych

Otwiera się nowa era w polskim położnictwie. Wprowadzenie standardów i procedur opieki okołoporodowej to szansa, ale i zagrożenia, które - nie ma co kryć, mogą doprowadzić każdą nieprofesjonalną położną przed oblicze prokuratora, sędziego czy rzecznika odpowiedzialności zawodowej. O analizie tego dokumentu poprosiliśmy Leokadię Jędrzejewską, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Prawie trzyletni okres prac Zespołu ds. przygotowania standardów opieki okołoporodowej zaowocował wydaniem przez Ministra Zdrowia w dniu 23 września 2010 r. rozporządzenia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 7 października 2010 r. Nr 187 poz. 1259). Wejdzie ono w życie 8 kwietnia 2011 r. Standardy porządkują sprawy merytoryczne, organizacyjne i prawne, ujednolicają sposób postępowania. Z pewnością są również wydarzeniem historycznym. Ich wprowadzenie powinno przyczynić się do wzrostu samodzielności zawodowej położnych, do zwiększenia ich poczucia odpowiedzialności za każdą podjętą decyzję i realizowane zadania.

Ogólne założenia standardów

Standardy i procedury zostały opracowane z uwzględnieniem wytycznych

WHO Bezpieczne macierzyństwo, medycyny opartej na dowodach naukowych, praw pacjenta, doświadczeń polskich w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Dostosowano je do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Polsce. W sposób czytelny określają poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, której celem jest uzyskanie dobrego stanu matki i dziecka przy ograniczeniu do minimum interwencji medycznych. Chodzi o takie zabiegi jak amniotomia, stymulacja czynności skurczowej macicy, nacięcie krocza, cięcie cesarskie, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Standardy identyfikują czynniki ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, które powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej. W przypadku ich zdiagnozowania ciężarna lub rodząca powinna być skierowana przez osobę sprawującą nad nią opiekę na oddział o odpowiednim poziomie referencyjnym. Rozporządzenie wskazuje jako realizatorów opieki nad kobietą ciężarną o fizjologicznym przebiegu ciąży i rodzącą oraz noworodkiem lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji i położną. Jednocześnie wymaga, aby osoby sprawujące opiekę nad kobietą podczas porodu posiadały umiejętności do wykonania czynności interwencyjnych u rodzącej i u noworodka, m.in. podanie wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi, utrzymanie drożności dróg oddechowych, działania związane z utrzymaniem czynności życiowych.

W sytuacji wystąpienia objawów patologicznych położna jest zobowią-

zana niezwłocznie przekazać rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty. Następnie przyjmuje rolę asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który jest odpowiedzialny za jego dalszy przebieg.

Ważne! Standard kładzie duży nacisk na realizację praw pacjenta, w tym respektowania prawa kobiety do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem (działanie personelu i stosowane procedury) oraz prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Kobieta ma prawo także do wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę, oczywiście spośród do tego uprawnionych.

Bez samodzielnych, niezależnych, ufających swojemu profesjonalizmowi położnych nie będzie możliwa opieka nad zdrowiem prokreacyjnym kobiet i nad zdrowiem nowego pokolenia.

Fundacja Rodzić po Ludzku

Opieka podczas ciąży

Zmodyfikowany zostat zakres zalecanych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia, badań i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet ciężarnych. Osoba sprawująca nad nią opiekę powinna przekazać jej wiadomości związane z prowadzeniem zdrowego trybu życia (w tym o zdrowiu jamy ustnej), a od 21. tygodnia ciąży przygotowywać ją praktycznie i teoretycznie do porodu, potogu, karmienia piersią i rodzicielstwa. Powinna też ustalić plan opieki prenatalnej oraz plan porodu, uwzględniając procedury medyczne w czasie ciąży oraz postępowanie medyczne podczas porodu. Oto zadania opiekuna rodzącej:

- ocena stanu rodzącej kobiety, stanu płodu, stanu noworodka,
- rozwiązywanie problemów,
- wczesne wykrywanie patologii,

Praktyka kontra przepisy

ANNA OTFFINOWSKA

Prezes Fundacji Rodzić po Ludzku

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu opieki nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem jest szansą na wprowadzenie jednolitych procedur zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną oraz włączenie praw pacjenta jako integralnej części tej opieki. Każde inaczej patrzeć na pozycję położnej w opiece nad kobietą, podkreśla jej samodzielność zawodową i profesjonalizm, ale też nakłada na nią dużo zadań i odpowiedzialności.

Nad tekstem rozporządzenia pracowali reprezentanci różnych środowisk - lekarzy ginekologów i neonatologów, położnych i strony społecznej. Kończyło się to niejednokrotnie burzliwymi dyskusjami, zmuszało do szukania kompromisów. W efekcie powstał tekst, który, choć może jeszcze nie jest optymalny, stanowi propozycję zmiany w opiece nad kobietą. Czy będzie trudno go wprowadzić? Obecna sytuacja w większości placówek daleko odbiega od zapisów standardu. Poród fizjologiczny w świetle definicji WHO, która posłużyła za podstawę standardu, właściwie w Polsce nie istnieje. Nadużywanie interwencji w przebiegu porodu, nieznanomość praw pacjenta, rutynowe działania odległe od zaleceń medycyny opartej na dowodach mogą stanąć na przeszkodzie w realizacji standardu w wielu placówkach. Możliwe, że zarówno lekarze, jak i położne będą musieli przejść dodatkowe szkolenia, a zarządzający oddziałami zostaną zmuszeni do reorganizacji i zmiany sposobu pracy, aby wdrożyć do swojej praktyki niektóre zapisy tego dokumentu.

Jest to również ważny dokument dla kobiet korzystających z opieki okołoporodowej. Standard określi ich prawa i zakres świadczeń udzielanych przez lekarzy i położne, a także, co jest równie ważne, postawi je w pozycji partnerów, a nie pacjentów.

- prowadzenie porodu wraz z koniecznymi zabiegami wg wskazań medycznych,
- eliminowanie czynników ryzyka,
- opieka nad noworodkiem po urodzeniu,
- zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka,
- wsparcie rodzącej i jej bliskiej osoby podczas porodu oraz w okresie połogu.

Ważne! Absolutną nowością jest to, że osoba sprawująca opiekę nad kobietą w ciąży (lekarz, położna) kieruje ją pomiędzy 21.-26. tygodniem ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Postępowanie w trakcie porodu

W pierwszym okresie porodu zobowiązuje się osoby sprawujące opiekę nad rodzącą do prowadzenia psychoprofilaktyki porodowej, udzielania pomocy w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcania rodzącej do różnych form aktywności, do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem, do współpracy z osobą towarzyszącą.

W drugim okresie porodu prowadzący poród ma do wykonania zadania uwzględniające ocenę stanu ogólnego rodzącej, czynności serca płodu, czynności skurczowej mięśnia macicy. Powinien zadbać o stały kontakt z rodzącą, współpracę z nią w zakresie wyboru dogodnej pozycji ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych, ochronę krocza (nacięcie tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach), położenie noworodka na brzuchu matki, jeżeli jego stan na to pozwala i zabezpieczenie dziecka przed utratą ciepła.

W trzecim okresie porodu należy kontrolować czas jego trwania (nie powinien przekroczyć 1 godziny), krwawienie (w warunkach fizjologicznych do 400 ml

Nowe prawa, więcej możliwości

Od dnia wejścia w życie rozporządzenia o standardach opieki okołoporodowej, czyli 8 kwietnia 2011 r., ciężarna otrzyma m.in. prawo decydowania, kto będzie sprawował nad nią opiekę podczas porodu, gdzie i w jaki sposób będzie rodzić, a położne otrzymają usankcjonowane prawnie możliwości realizowania tej opieki. Jej celem będzie wsparcie kobiety i dziecka w czasie porodu polegające na udzielaniu fachowej pomocy medycznej, eliminującej, minimalizującej lub ograniczającej negatywny wpływ porodu na matkę i noworodka.

krwi), zadbać o zaciśnięcie pępownicy po ustaniu tętnienia, ocenę stanu noworodka oraz przystawienie go do piersi, jeżeli stan zdrowia obojga na to pozwala. Dopuszcza się w uzasadnionych przypadkach podanie leków naskurczowych. W czwartym okresie porodu najważniejsza jest opieka nad rodzącą i nad noworodkiem, przekazanie informacji na temat karmienia piersią i utrzymania laktacji.

Uśmierzanie bólu podczas porodu uwzględnia stosowanie niefarmakologicznych metod, w tym różnych technik relaksacyjnych, masażu, immersji wodnej oraz relaksacji prowadzonej w wodzie. Powinno się zalecać rodzącej poruszanie się podczas pierwszego okresu porodu, przyjmowanie pozycji wertykalnych, które są dla niej nie tylko wygodne, ale i łagodzą ból.

Standard postępowania podczas porodu określa sposób nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą, w ramach którego mieści się:

- Osobiste powitanie, przedstawienie się i wyjaśnienie swojej roli.
- Prezentowanie spokojnej i wzbudzającej zaufanie postawy.

- Poszanowanie prawa do prywatności i intymności kobiety.
- Wspólne czytanie i omawianie z pacjentką planu porodu.
- Omówienie z rodzącą sposobu radzenia sobie przez nią z bólem.
- Uzyskiwanie każdorazowo zgody rodzącej na wykonanie zabiegów czy badań.
- Udzielanie informacji na temat wzywania pomocy.

Wsparcie medyczne podczas porodu powinno polegać na zapewnieniu ciągłości opieki, dostosowaniu jej do indywidualnych potrzeb rodzącej, zachęcaniu kobiety do korzystania ze wsparcia osoby jej towarzyszącej oraz aktywności fizycznej przejawiającej się przyjmowaniem różnych pozycji podczas jego trwania. Standardy uwzględniają także potrzebę przestrzegania zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki, a wybór środków ochrony osobistej uzależniają od oceny ryzyka zakażenia w konkretnym przypadku.

Ważne! Na oddziale położniczo-neonatologicznym zaleca się sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem przez tę samą osobę.

Troska o noworodka

Bezpośrednio po porodzie należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny. Warto w tym czasie zachęcać matkę do tego, by próbowała rozpoznać moment, w którym dziecko jest gotowe do ssania piersi. Nie wolno jej zostawić z tym samej - trzeba obserwować zarówno matkę, jak i dziecko, kontrolując przy tym sposób przystawienia i pozycję malucha przy piersi, w razie potrzeby oferując praktyczną pomoc.

Osoba, która prowadzi poród, powinna ocenić stan noworodka na podstawie skali Apgar w 1. i w 5. minucie życia - u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8-10 pkt), częściej, bo w 1., 3., 5. i 10. minucie życia - u noworodków urodzonych w stanie średnim (4-7 pkt) i ciężkim (0-3 pkt).

Ważne! Ocena stanu noworodka może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli oczywiście nie ma ku temu przeciwwskazań.

Porody pozaszpitalne

Aby porody pozaszpitalne mogły być realizowane i opłacane ze środków budżetu państwa, musi zostać wypełniona procedura, która pozwoli dopisać porody domowe do koszyka świadczeń gwarantowanych. Sprawą tą zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych, która wyda rekomendację w sprawie refundacji kosztów. Przy prawidłowym przebiegu ciąży kobieta będzie mogła wybrać miejsce porodu, którym może być szpital, dom rodzinny czy dom własny, a koszty porodu pokryje płatnik czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. Warto dodać, że porody domowe są teraz nielubiane częściej wszystkich porodów - w roku 2009 na ponad 400.000 wszystkich porodów, tylko około dwieście odbyło się w domu rodzącej.

W miejscu narodzin noworodka musi znajdować się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacyjne i dysponująca niezbędnym sprzętem. Tak więc osoba sprawująca opiekę podczas porodu zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym intubacji, oraz umożliwia przeniesienie rodzącej lub noworodka na oddział położniczy lub noworodkowy odpowiedniego poziomu referencyjnego, udostępniając przy tym prowadzoną dokumentację medyczną.

Ważne! Osoba sprawująca opiekę nad kobietą zapewnia jej ciągłość w czasie porodu oraz w okresie połogu, osobiście lub przez właściwą organizację (porozumienia z ZOZ-ami uwzględniające tryb i warunki przekazania rodzącej, położnicy lub noworodka na odpowiedni oddział).

Laktacja i działania profilaktyczne

W okresie noworodkowym należy stworzyć kobiecie warunki do prawidłowej laktacji i podkreślać korzyści płynące z karmienia piersią. Osoba sprawująca nad nią opiekę powinna również przekazać jej wszelkie informacje o zasadach związanych z karmieniem (wskaźniki dobrego przystawiania noworodka do piersi, skutecznego i nieskutecznego karmienia) i podejmować razem z matką próby przystawiania malucha do piersi (do kilkunastu razy na dobę). Jeżeli noworodek przesypia porę karmienia, należy go obudzić po 4 godzinach od ostatniego posiłku. Nie zaleca się podawania noworodkom do picia wody i roztworu glukozy oraz dokarmiania sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych, i stosowania w okresie stabilizowania się laktacji smoczków uspokajających noworodka.

W ciągu 12 godzin życia noworodka lekarz neonatolog lub pediatra w obecności matki wykonuje poszerzone badanie kliniczne. W okresie 48 godzin przeprowadza się na oddziale regularną ocenę stanu zdrowia noworodka, w tym zabarwienia skóry, stanu nawodnienia oraz ilości wypróżnień.

Obowiązkowe jest wykonanie czynności profilaktycznych, w tym jednorazowe podanie witaminy K, zabezpieczenie przed zakażeniem przedniego odcinka oka, szczepienia ochronne, podanie immunoglobulin anti-HBS dzieciom matek

HBS-dodatnim oraz rozpoczęcie profilaktyki krzywicy.

Zgodnie z dotychczasowym postępowaniem wykonuje się testy w kierunku fenyloketonurii, mukowiscydozy, wrodzonej niedoczynności tarczycy oraz badanie przesiewowe słuchu. Zaleca się też przesiewowe badanie puls oksymetryczne, które umożliwi wczesne wykrycie bezobjawowych, krytycznych wad serca.

Ważne! Rozporządzenie określa podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków.

Zadania dla położnej rodzinnej

Położna rodzinna powinna zapewnić ciągłą, profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania lub pobytu kobiety i dziecka. Polega to na ocenie stanu ogólnego i położniczego, laktacji, higieny ciała oraz relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny. Położna powinna także zapewnić poradnictwo laktacyjne.

Opieka nad noworodkiem uwzględnia ocenę stanu ogólnego noworodka, odruchów noworodkowych, stanu skóry, kikutu pępownicy, odżywiania, zachowania dziecka. Położną zobowiązuje się do oceny higieny ciała i pomieszczenia, w którym ono przebywa.

Ważne! Opieka powinna być realizowana tak jak wcześniej - według indywidualnego planu opieki. Położna wykonuje co najmniej 4 wizyty nie później niż 48 godzin od czasu otrzymania zgłoszenia urodzenia dziecka.

Wprowadzenie standardów i procedur opieki okołoporodowej to wyzwanie, ale i nowe możliwości dla położnych. Wysoka jakość usług świadczonych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, właściwa komunikacja z pacjentką i osobami jej towarzyszącymi, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, uwzględnianie podczas opieki życzeń i potrzeb

kobiety oraz rzeczowa współpraca z innymi członkami zespołu to determinanty fachowości położnej. Wzmacniamy więc swoją pozycję zawodową poprzez systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych, trzymanie ręki na prawnym pulsie, realizowanie zadań (samodzielnie i na zlecenie), zgodnie z posiadanymi

kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi. Reprezentowanie otwartości, kreatywności i postaw asertywnych będzie dobrą oznaką naszego profesjonalizmu.

*Leokadia Jędrzejewska
konsultant krajowy w dz.
piel. ginekologicznego i położniczego*

Wybory Delegatów

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Uprzejmie przypominamy, że dobiega końca IV kadencja Delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu.

Spis wszystkich rejonów wyborczych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu wraz z harmonogramem wyborów zostanie opublikowany na stronie internetowej Izby w dniu 27 kwietnia 2011 r. (www.bip.noi-pip.iap.pl/) i harmonogram wyborów.

Załącznikiem do Uchwały Nr 280/IV/I 1 w sprawie wyborów delegatów V kadencji na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu jest:

- Regulamin działania Okręgowej Komisji Wyborczej
- Regulamin zebrania Wyborczego

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
mgr Bożena Hudzik*

Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr 280/IV/11
Okręgowej Rady NOiPiP w Nowym Sączu z dnia 22 marca 2011r

Regulamin Okręgowej Komisji Wyborczej

§ 1.

1. Pierwsze posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej zwołuje Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
2. Na posiedzeniu, o którym mowa w ust. 1 w głosowaniu jawnym (bądź tajnym stosując przepisy § 6-8 Regulaminu wyborów Załącznik do Uchwały

nr 10 KZPiP) dokonuje się wyboru: Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej, wiceprzewodniczących i sekretarzy.

3. 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.

§ 2.

1. Pracami Okręgowej Komisji Wyborczej kieruje jej Przewodniczący, a w razie jego nieobecności funkcję tę pełni wyznaczony przez niego wiceprzewodniczący.
2. Decyzje o zwoływaniu kolejnych posiedzeń Okręgowej Komisji Wyborczej podejmuje jej Przewodniczący, a w razie jego nieobecności wyznaczony przez niego wiceprzewodniczący.
 3. Zawiadomienie o terminie i miejscu posiedzenia przesyła się na 7 dni przed dniem spotkania. Powiadomienie o spotkaniu może również być przekazywane drogą telefoniczną, elektroniczną, bądź faksem.
4. Obsługę biurową Okręgowej Komisji Wyborczej zapewnia Elżbieta Prusak.

§ 3.

1. Decyzje Okręgowej Komisji Wyborczej podejmowane są na posiedzeniach, zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków Komisji.
2. Z przebiegu posiedzenia sporządza się protokół, który zawiera stwierdzenie przebiegu obrad, stosunek głosów przy podejmowanych decyzjach. Do protokołu załącza się listę obecności.

§ 4.

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje rejestr wyborców, który obejmuje osoby wpisane do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych prowadzonego w Izbie na dzień 1 marca 2011r, którym przysługuje czynne prawo wyborcze.
2. Rejestr wyborców, o którym mowa w ust. 1 jest jawny i wgląd do niego umożliwiony jest w Biurze Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

3. Osoby, które z powodu przeniesienia się na teren innej Izby dokonują skreślenia z listy członków OIPiP, a nie brały udziału w wyborach, dostają zaświadczenie podpisane przez Przewodniczącą ORPiP poświadczające ten fakt.
4. Do rejestru wyborców mogą być dopisane pielęgniarki i położne wpisane na listę członków OIPiP, o ile przedstawia zaświadczenia, o którym mowa w ust. 3 wydane przez Izbę do której poprzednio dana osoba przynależała.

§ 5.

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje projekt podziału obszaru OIPiP na rejony wyborcze, który przedstawia do zatwierdzenia Okręgowej Radzie.
2. Rejony wyborcze obejmują zakłady opieki zdrowotnej, inne formy organizacyjno-prawne w których pielęgniarki i położne wykonują zawód lub osoby wpisane do rejestru, a nie wykonujące aktualnie zawodu.
3. Rejony wyborcze mogą obejmować część zakładu opieki zdrowotnej lub część innej jednostki organizacyjno-prawnej, w których pielęgniarki i położne wykonują zawód.
4. Można utworzyć odrębny rejon wyborczy dla osób wpisanych do rejestrów prowadzonych przez Izbę, a nie wykonujących aktualnie zawodu.

§ 6.

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje rejestr wyborców odrębnie dla każdego rejonu wyborczego.
2. Rejestr wyborców zawiera następujące dane:
 - a) imię i nazwisko,

b) numer prawa wykonywania zawodu

3. Rejestr wyborców, o którym mowa w ust. 1 wywieszany jest do publicznej wiadomości w rejonie wyborczym na tablicach informacyjnych na 30 dni przed terminem zebrania wyborczego.

§ 7.

1. Reklamacje związane z rejestrem wyborców składane są na piśmie w terminie 14 dni przed terminem wyborów. W przypadku przesyłki listowej decyduje data stempla pocztowego.
2. Reklamacje, o których mowa w ust. 1 rozpatrywane są przez Okręgową Komisję Wyborczą w terminie 7 dni od daty wpłynięcia wniosku, a o podjętych decyzjach niezwłocznie informuje się ORPiP.
3. Decyzja Komisji Wyborczej jest decyzją ostateczną.
4. O podjętych decyzjach w sprawie złożonych reklamacji powiadamia się na piśmie osoby wnoszące reklamację, niezwłocznie po zakończeniu prac Okręgowej Komisji Wyborczej.
5. Złożenie odwołania od decyzji Okręgowej Komisji Wyborczej wstrzymuje wybory w rejonie wyborczym.
6. Okręgowa Komisja Wyborcza nie rozpatruje reklamacji nie podpisanych lub opatrzonych nieczytelnym podpisem.

§ 8.

Zawiadomienia o zebraniach wyborczych dokonuje się poprzez,

- a) wywiesza się w sposób określony w niniejszym Regulaminie, a umożliwiając zapoznanie się z powiadomieniem wszystkich osób wpisanych do rejestru wyborców, w sposób, akceptowany tak aby uniknąć ewentualnych odwołań wersja chyba najbardziej odpowiednia.

§ 9

Zebranie wyborcze organizuje się w jednym dniu, w trakcie którego wybiera się komisję mandatowo-skrutacyjną, zgłasza się kandydatów i w głosowaniu tajnym wyłania się delegatów.

§ 10.

1. W zawiadomieniu o zebraniu wyborczym powinno być wskazane: dzień i godzina rozpoczęcia oraz miejsce obrad a także planowany porządek dzienny.
2. Wzór powiadomienia stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 11.

1. Zebranie wyborcze otwiera przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej i prowadzi go do momentu wyboru Przewodniczącego zebrania wyborczego, poczym pełni nadzór nad prawidłowym przebiegiem zebrania wyborczego i pełni funkcję doradcy.
2. Za zgodą członków zebrania wyborczego zebranie może poprowadzić przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej.

§ 12.

1. Do ważności zebrania wyborczego w pierwszym terminie potrzebna jest obecność przynajmniej połowy uprawnionych do głosowania i zgłoszenie większej liczby kandydatów na delegatów aniżeli liczba mandatów do obsadzenia wskazana w uchwale ORPiP.
2. W przypadku niespełnienia jednego z warunków, o których mowa w ust. 1 Okręgowa Komisja Wyborcza zwołuje drugie zebranie, a o jego terminie powiadamia na co najmniej 7 dni wcześniej przed jego terminem.

3. Nie można w powiadomieniu, o którym mowa w § 10 wskazywać drugiego terminu zebrania wyborczego.

§ 13.

1. Zgłoszenia kandydatów na delegatów przyjmuje się na ustny bądź pisemny wniosek wyłącznie od członka samorządu uczestniczącego w zebraniu wyborczym.
2. Zgłoszony kandydat powinien wyrazić zgodę na kandydowanie, a w przypadku niemożności uczestniczenia w zebraniu wyborczym oprócz pisemnej zgody na kandydowanie powinni również pisemnie przedstawić krótki przebieg pracy zawodowej i społecznej oraz program, wizję swojej pracy w samorządzie.
3. Nie można łączyć kandydowania z udziałem w pracach Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej.
4. Liczba kandydatów jest nieograniczona.
5. Listę kandydatów zamyka się, jeżeli po trzykrotnym zapytaniu przez Przewodniczącego zebrania brak jest kolejnych zgłoszeń.

§ 14.

Stosuje się te same zasady do wszystkich zgłaszanych kandydatur we wszystkich rejonach wyborczych.

§ 15.

1. Karta do głosowania obejmuje następujące dane:
 - a) pieczęć OIPIP,
 - b) oznaczenie rejonu wyborczego (nazwa jednostki, numer, inne należy podać jakie)
 - c) alfabetyczną listę kandydatów, a przypadku zachowania proporcjonalności dwie listy kandydatów z zaznaczeniem zawodu,

- d) wskazanie jaka jest dopuszczalna liczba wskazań,
- e) pouczenie o sposobie głosowania.

2. Wzór karty do głosowania stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

§ 16.

1. Komisja Mandatowo - Skrutacyjna przygotowuje odpowiednią ilość kart do głosowania, równą liczbie osób zarejestrowanych w rejestrze wyborców rejonu wyborczego.
2. Każda osoba znajdująca się w rejestrze wyborców rejonu wyborczego po okazaniu np. dowodu tożsamości, prawa wykonywania zawodu, innego dokumentu ze zdjęciem i po podpisaniu listy obecności otrzymuje kartę do głosowania. W przypadku błędnego wypełnienia nie wydaje się drugiej karty do głosowania.
3. W przypadku małych zebrań wyborczych Komisja Mandatowo -Skrutacyjna przed przystąpieniem do głosowania wyczytuje kolejno osoby z listy obecności, którym wręcza kartę do głosowania

§ 17.

1. Głosować można tylko osobiście.
2. Głosuje się poprzez skreślenie nazwisk osób, które nie uzyskały akceptacji i postawienia znaku „X” przy nazwisku na które oddajemy swój głos. – raczej wprowadziłabym jedno oznaczenie – albo skreślenie albo X
3. Można skreślić wszystkie nazwiska – jeżeli żadna ze zgłoszonych osób nie została zaakceptowana przez wyborcę i taki głos jest ważny, ale bez wskazania.
4. Głos jest nieważny, jeśli ;
 - nie ma skreśleń,
 - nie ma znaku „X”,

- znaków „X” jest więcej niż liczba dopuszczalnych wskazań, ,
- karta do głosowania została przekreślona.

§ 18.

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

§ 19.

1. Określa się następujące zasady pracy Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej przy obliczaniu wyników głosowania:

- 1) Pracą Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej kieruje jej Przewodniczący wyłoniony z pośród wybranych członków Komisji, przestrzegając zasad określonych w Uchwale nr 10 KZPiP oraz przepisach niniejszego Regulaminu,
- 2) Karty nie wydane do głosowania w związku z nieobecnością osób, przelicza się i sprawdza, czy ich ilość odpowiada liczbie osób, które nie wzięły udziału w głosowaniu. W przypadku braku kart do głosowania należy powtórzyć cały cykl głosowania.
- 3) Przed przystąpieniem do liczenia głosów oddanych na poszczególnych kandydatów należy w pierwszej kolejności
 - policzyć ilość oddanych głosów,
 - policzyć i zabezpieczyć głosy nieważne, o których mowa w § 17 ust.4.
- 4) Prace związane z realizacją pkt. 3 i 4 wykonywane są przez Komisję Mandatowo-Skrutacyjną w pełnym składzie.

5) Liczenie ilości głosów na poszczególnych kandydatów może odbywać się poprzez rozdzielenie zadań, ale wyniki powinny być wyrywkowo weryfikowane przez Przewodniczącego.

6) Karty do głosowania wraz z dołączoną dokumentacją z liczenia głosów, którą podpisują osoby biorące udział w liczeniu, zabezpiecza się np. w zaklejonej kopercie. Na miejscu zaklejonym podpis składa przewodniczący Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej.

§ 20.

1. Z prac Komisji Mandatowo - Skrutacyjnej sporządza się protokół według wzoru określonego w załączniku do niniejszego Regulaminu.
2. Przewodniczący Komisji Mandatowo – Skrutacyjnej niezwłocznie po zakończeniu pracy Komisji
 - w przypadku małych rejonów wyborczych odczytuje protokół,
 - a w przypadku dużych rejonów wyborczych wywiesza jego kopię na tablicy informacyjnej.
3. Karty z oddanymi głosami i protokół z głosowania stanowią załącznik do protokołu z zebrania wyborczego.

§ 21.

1. Dokumentację zebrania wyborczego stanowią:
 - 1) powiadomienie o zebraniu wyborczym,
 - 2) protokół z przebiegu zebrania wyborczego z I i II tury,
 - 3) listy obecności,
 - 4) listy zgłoszonych kandydatów na delegatów,
 - 5) protokół Komisji Mandatowo – Skrutacyjnej,

- 6) zabezpieczone głosy.
2. Dokumentacja z zebrania wyborczego o której mowa w ust.1 dostarczana jest bez zbędnej zwłoki Okręgowej Komisji Wyborczej, która sprawdza poprawność przeprowadzenia wyborów.
3. W przypadku stwierdzenia uchybień Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.
4. Dokumentacja z zebrania wyborczego o której mowa w ust.1 udostępniana jest do wglądu członkom zebrania wyborczego z danego rejonu wyborczego w biurze OIPiP w terminie 2 tygodni od daty ich otrzymania.
5. Członkowie zebrania wyborczego mają prawo wniesienia skargi na przebieg wyborów do Okręgowej Komisji Wyborczej w terminie 2 tygodni o daty ich zaistnienia.
6. Skargi, o których mowa w ust 5 rozpatrywane na posiedzeniu Okręgowej Komisji Wyborczej.
7. Od decyzji Okręgowej Komisji Wyborczej służy odwołanie do Okręgowej Rady.
8. W przypadku uznania skargi za zasadną i stwierdzenia uchybień Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.

§ 22.

1. Dokumentację z wyborów, o której mowa w § 21 należy zabezpieczyć przed ich utratą wskutek wystąpienia zdarzeń losowych.
2. Dokumentacja przechowywana jest w biurze OIPiP przez okres jednej kadencji – do czasu zakończenia następnych wyborów, a po tym okresie podlega brakowaniu i zniszczeniu.

ZAŁĄCZNIK NR 2

DO REGULAMINU OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Regulamin Zebrania Wyborczego

§ 1.

1. W zebraniu wyborczym biorą udział pielęgniarki i położne wpisane na listę uprawnionych do głosowania w tym rejonie wyborczym.
2. Uczestnicy zebrania potwierdzają swoją obecność podpisem w liście obecności.

§ 2.

1. Zebranie wyborcze otwiera członek lub przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej i prowadzi je do momentu

wyboru Przewodniczącego zebrania wyborczego.

Po wyborze przewodniczącego, członek lub przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej sprawuje nadzór nad prawidłowym przebiegiem zebrania i pełni funkcję doradcy.

2. Wyboru prezydium zebrania: przewodniczącego, wiceprzewodniczącego, protokolantów, sekretarzy oraz komisji dokonuje się w głosowaniu jawnym.

§ 3.

Przewodniczący zebrania przy pomocy pozostałych członków prezydium zebrania:

1. czuwa nad przestrzeganiem regulaminu zebrania oraz porządku w sali, w której odbywa się zebranie,
2. zarządza głosowanie w sprawach, które wymagają rozstrzygnięcia w tym trybie.

§ 4.

1. Bezpośrednio po dokonaniu wyboru przewodniczącego i prezydium uczestnicy zebrania dokonują wyboru komisji mandatowo-skrutacyjnej, która przeprowadza i nadzoruje głosowanie. Zasady działania komisji mandatowo-skrutacyjnej stanowią załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu,
2. Członkowie komisji mandatowo-skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach.

§ 5.

1. Czynne prawo wyborcze przysługuje pielęgniarce i położnym członkom Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu, umieszczonym w rejestrze wyborców rejonu wyborczego.
2. Bierne prawo wyborcze przysługuje pielęgniarce i położnym posiadającym czynne prawo wyborcze z wyłączeniem osób wpisanych do rejestru ukaranych, którym wymierzono karę nagany lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu albo zakaz pełnienia funkcji kierowniczej.

§ 6.

1. Kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych zgłasza się podczas zebrania wyborczego ustnie lub pisemnie.

2. Zgłoszenie powinno zawierać w szczególności:

- 1) imię i nazwisko zgłaszającego przy zgłoszeniu pisemnym także podpis,
- 2) imię i nazwisko oraz zawód kandydata,
- 3) miejsce pracy kandydata.

3. Kandydaturę może zgłosić wyłącznie członek samorządu uczestniczący w zebraniu wyborczym. Można zgłaszać nieograniczoną liczbę kandydatów.
4. Zgłoszony kandydat obowiązany jest oświadczyć, czy wyraża zgodę na kandydowanie. Oświadczenie to może być złożone na piśmie.
5. Kandydaci powinni przedstawić informację o przebiegu pracy zawodowej i społecznej, a uczestnicy zebrania wyborczego mogą zadawać pytania zgłoszonym kandydatom.
6. Liczba kandydatów musi być większa niż liczba mandatów w rejonie wyborczym.
7. Można zgłaszać nieograniczoną liczbę kandydatów.

§ 7.

1. Przewodniczący zebrania udziela głosu, poza porządkiem zebrania, jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania.
2. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o:
 - 1) zamknięcie dyskusji,
 - 2) ograniczenie czasu przemówień,
 - 3) ponowne przeliczenie głosów,
 - 4) zamknięcie listy kandydatów.
3. Uczestnicy zebrania rozstrzygają o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie jednego przeciwnika wniosku - w głosowaniu jawnym.

§ 8.

1. Po zamknięciu dyskusji nad projektami wniosków, stanowisk itp. zgłoszonymi podczas zebrania, przewodniczący zebrania zarządza głosowanie.
2. Przewodniczący zebrania ustala porządek głosowania nad projektami wniosków, stanowisk, postulatów itp.
3. Głosowanie nad projektami, o których mowa w ust. 1 przeprowadza się jawnie.

§ 9.

1. Po wyczerpaniu wszystkich punktów porządku zebrania przewodniczący zebrania ogłasza jego przerwanie do dnia głosowania.
2. Głosowanie mające na celu wybór delegatów na Okręgowy Zjazd przeprowadza się w jednym terminie wspólnym dla wszystkich rejonów wyborczych.

§ 10.

1. Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych odbywają się w głosowaniu tajnym, zwykłą większością głosów.
2. Kandydatów umieszcza się na karcie do głosowania w alfabetycznej kolejności nazwisk.
3. Wyboru dokonuje się poprzez postawienie znaku „X” po lewej stronie imienia i nazwiska kandydata, na którego głosujący oddaje swój głos.
4. Głos jest ważny, w przypadku gdy liczba wskazanych kandydatów nie jest większa niż liczba mandatów do objęcia w danym rejonie wyborczym.
5. Głos jest nieważny wówczas, gdy liczba wskazań jest większa od liczby mandatów do objęcia w danym rejonie wyborczym lub gdy karta do

głosowania została przekreślona w całości.

§ 11.

1. Głosowanie przeprowadza się w wyznaczonym punkcie wyborczym podanym w treści zawiadomienia. Czas trwania głosowania nie może być dłuższy niż jedna doba.
2. Głosować można tylko osobiście.
3. Oddanie głosu należy odnotować na liście uprawnionych do głosowania.

§ 12.

1. Z przebiegu zebrania sporządza się protokół, który stanowi jedyne urzędowe stwierdzenie przebiegu zebrania.
2. Protokół z zebrania obejmuje zapis przebiegu zebrania, a także w załącznikach: pełne teksty zgłoszonych wniosków, a także protokołu komisji mandatowo-skrutacyjnej, wykaz wybranych delegatów wraz z ich numerem zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, adresem zamieszkania i miejscem pracy oraz innych dokumentów dotyczących zebrania wyborczego. Wzór protokołu stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
3. Protokół podpisuje przewodniczący i członkowie prezydium zebrania.

§ 13.

1. Dokumentację zebrania wyborczego stanowią:
 - 1) zawiadomienie o zebraniu wyborczym,
 - 2) protokół z przebiegu zebrania wyborczego,
 - 3) listy obecności,

- 4) lista wybranych delegatów, wzór listy wybranych delegatów stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu,
 - 5) protokół komisji mandatowo-skrutacyjnej,
 - 6) zabezpieczone głosy.
2. Przewodniczący zebrania odpowiedzialny jest za przekazanie dokumentacji, o której mowa w ust. 1, w terminie 7 dni do Okręgowej Komisji Wyborczej.
3. Dokumentacja z zebrania wyborczego, o której mowa w ust. 1 udostępniana jest do wglądu członkom zebrania wyborczego z danego rejonu wyborczego w biurze Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu w terminie 14 dni od daty ich otrzymania od Przewodniczącego zebrania.

Okręgi Wyborcze

I Okręg

ZSPITAL SPECJALISTYCZNY

IM. H. KLIMONTOWICZA W GORLICACH

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Dializ Fresenius Nephrocare Polska XVIII Sp z o.o.

II Okręg

POZ - MIASTO GORLICE I POWIAT GORLICKI

- Szkoła Policealna Pracowników Służb Medycznych i Społecznych
- Centrum Terapii Uzależnień
- Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy - Kobylanka
- Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
- Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe
- Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej „GLIMED”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „BALMED”
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek Środowiskowo-Rodzinnych
- Zakład Opieki Zdrowotnej „ARS MEDICA”
- Wielofunkcyjna Placówka Opiekuńczo - Wychowawcza „RAZEM”
- Niepubliczny Zakład Podstawowej i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek
- Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej „ECHO MED”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDICUS”
- Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej „BASMED”
- Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICOR II
- Międzyzakładowa Przychodnia Rehabilitacyjna „CEL”
- Grupowa Praktyka Pielęgniarska
- Grupowa Praktyka Pielęgniarska S.c.
- Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej „UMAMED”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „JULMED” - Dominikowice
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „GAMED” - Ropa

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Łużna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „LANGMED” - Bobowa
- Zakład Opieki Zdrowotnej „LEGE-ARTIS”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia - Zagórzany
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Lipinki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sękowa
- Zakład Opieki Zdrowotnej „BEL-MED” - Uście Gorlickie
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Biecz
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia - Szymbark
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia „MAZ-MED” - Moszczenica
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „BOMED” - Bobowa
- Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna - Uście Gorlickie
- Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej - Szalowa
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opieki Zdrowotnej - Mszanka
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Moszczenica
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” - Wysowa Zdrój
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp.p. Lekarzy - Gorlice
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ESKULAP” - Libusza

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ropa
- Indywidualne Praktyki
- Bezrobotne pielęgniarki i położne

III Okręg **DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ** **I UZDROWISKA**

- Dom Pomocy Społecznej - ul. Michalusa
- Dom Pomocy Społecznej - ul. Sienkiewicza
- Dom Pomocy Społecznej - Klimkówka
- Dom Pomocy Społecznej - Sękowa
- Ośrodek Pomocy Społecznej - Uście Gorlickie
- Dom Rehabilitacyjno - Opiekuńczy „CARITAS” - Gorlice
- Sanatorium „GLINIK” - Wysowa
- „Uzdrowisko Wysowa” - Wysowa
- Ośrodek Pomocy Społecznej - Bobowa
- Dzienny Ośrodek Wsparcia - Gorlice
- Dzienny Ośrodek Wsparcia - Bobowa
- Bezrobotne pielęgniarki

IV Okręg **SP ZOZ SZPITAL IM. JANA DIETLA** **w KRYNICY-ZDROJU,** **UL. KRASZEWSKIEGO 142**

V Okręg **SANATORIA**

- Sanatorium Uzdrowiskowe „WATRA” - Krynica Zdrój
- SPZOZ Sanatorium MSWiA - Krynica
- XX Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny - Krynica

- Sanatorium „Leśnik - Drzewiarz”
- Krynica
- Sanatorium „Rewita” - Muszyna
- Sanatorium „Nad Krynizanką”
- Krynica
- Fundacja SFSW „Limba” - Piwniczna
- Centrum Zdrowia i Rekreacji
„Geovita” - Krynica
- Sanatorium „ABATON” - Krynica
- Sanatorium „Korona” - Muszyna
- Sanatorium Uzdrowskie
„WIARUS” - Muszyna
- Instytut Zdrowia Człowieka
- OLW „Smrek” - Piwniczna
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „TELMED” - Ryto
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „Lekarz Rodzinny”
- Piwniczna
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej Krynica
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej - Tylicz
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „Zdrowie” - Krynica
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „Poprad” - Piwniczna
- NZSOM - „MEDYK” - Krynica
- Hotel SPA dr I.Eris - Krynica - Zdrój
- PPU Krynica - Żegiestów - Krynica
Zdrój
- Sanatorium Wiktor -
Żegiestów - Zdrój
- Samodzielny Zakład Podstawowej
Opieki Zdrowotnej - Muszyna
- PZN w Warszawie OLR
im. kpt. J. Siłhana - Muszyna
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „ESKULAP” GLR
- Muszyna
- Indywidualne Praktyki

VI Okręg

POZ - MIASTO NOWY SĄCZ

- Szkoła Policealna Pracowników Służb
Medycznych
- Specjalistyczne Centrum Stomatologii
- Zakład Karny
- Powiatowa Stacja Sanitarno
- Epidemiologiczna
- Miejski Żłobek
- Małopolski Ośrodek Profilaktyki
i Terapii Uzależnień
- Lecznica weterynaryjna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdro-
wotnej Centrum Medyczne
„BATOREGO”
- Poliklinika MSWiA
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „IRYDON” A. Blecheisen
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej –Usługi Pielęgniarskie
- Instytut Zdrowia PWSZ
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „REMEDIUM”
- Centrum Medyczne Biegonice
- NZU Piel. „SANUS”
- Regionalne Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa
- SP ZOZ Sąddeckie Pogotowie
Ratunkowe
- NZU Położnych Środowiskowych
„MEDITUM”
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej „UROMED”
- Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej H.Kaczmarek
- Niepubliczny Zakład Opieki

- Zdrowotnej Pawłowski
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „DIAGMED”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „OSTEODEX”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „TWOJE ZDROWIE”
- MULTIMED
- MEDICOR – ul.Długosza
- MEDAN Opieka Całodobowa
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Gin.-Poł.
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Hipokrates”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ANTIDOTUM”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Neurologiczno-Rehabilitacyjna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDEA”
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek s.c.
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek SZKOL-MED.
- „SUKCES”
- „ZDROWIE” Prywatna Przychodnia Specj.
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Słyszę”
- BrothersB Firma Kaletniczo-Handlowa
- Gabinet Lekarski lek.ginek.-poł. Danuta Hebda – Lis
- Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska
- INTER OPTIKA
- Centrum Usług Pielęgniarsko – Opiekuńczych Róża
- Centrum Opieki Medycznej „Tukan”
- Podkarpacki Oddział Straży Granicznej

- Centrum Świadczeń Medycznych APPA
- Technikum Gastronomiczno-Hotelarskie
- Specjalistyczna Praktyka Lekarska – Grażyna Olech – Świerżyńska
- PRAKTYKI INDYWIDUALNE

VII Okręg

POZ - POWIAT NOWOSĄDECKI

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Siedlce
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OZ - Ptaszkowa
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Lekarz Rodzinny” - Krużłowa Wyżna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PRAXIS” - Chełmiec
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Starosądeckie Centrum Medyczne” - Stary Sącz
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Paszyn
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa Lekarzy - Brzezna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „WIELOMED” - Wielogłowy
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Nawojowa
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Tęgoborze
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Łososina Dolna
- Starosądecki Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ESKULAP” - Stary Sącz
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „BONUS” - Kamionka Wielka

- Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - „Bomed” - Grybów
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego - Łącko
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „GRÓDMED” - Gródek n/Dunajcem
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Jazowsko
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Łabowa
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „KROMED” -Grybów
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Mszalnica
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „KLAG – MED” -Łącko
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ALMED” - Rożnów
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Kłęzany
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDAN” - Grybów
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Praktyka Rodzinna” - Stary Sącz
- Lekarz Rodzinny – Gołkowice Górne
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Korzenna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - KARIDENT” – Gródek n/Dunajcem
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Czarny Potok
- Nowosądecka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek LIDER s.c
- Grupowa Specjalistyczna Praktyka Pielęgniarek - Łososina Dolna
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek VITA s.c
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek CENTYL
- Grupowa Praktyka Pielęgniarek MED-SZKOL
- FPH „Bugajski” ZPCH w Wielogłowach
- Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Czychowie
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Targu
- Specjalistyczny Gabinet Okulistyczny
- Spółdzielnia Inwalidów KARPATY w Białej Niżnej
- SPZOZ Zakopane
- Warsztat Terapii Zajęciowej w Grybowie
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „BENA-COR” - Korzenna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDICINA” - Gołkowice
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PLR -Łącko
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SPECJALMED”
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Gródek n/Dunajcem
- Praktyka Lekarza Rodzinnego - Dębno
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Jerzy Pikulski - Ochotnica
- Niepubliczne Przedszkole „SKRZAT” – Gołkowice Górne
- „Prywatny Gabinet Lekarski ADMA” - Grybów
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „FEMINA”

- BrothersB W.R. Bochniarz Sp. j.
Zakład Pracy Chronionej Siedlce
- Praktyki Indywidualne
- Bezrobotne pielęgniarki i położne

VIII Okręg

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

- Dom Pomocy Społecznej
„Samarytanin” - Kamionka Wielka
- Dom Pomocy Społecznej
- ul. E. Plater
- Dom Pomocy Społecznej - Zbyszyce
- Dom Pomocy Społecznej
- ul. Nawojowska 155
- Dom Pomocy Społecznej
- ul. Nawojowska 159
- Dom Pomocy Społecznej - Kłęczyn
- Dom Pomocy Społecznej - Muszyna
- Dom Pomocy Społecznej
- Żegiestów Zdrój
- Warsztat Terapii Zajęciowej
„NADZIEJA”
- Ośrodek Pomocy Społecznej
- Gródek n/D
- Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
„Caritas”
- Fundacja Pomocy Osobom
Niepełnosprawnym - Stróże
- Ośrodek Pomocy Społecznej
- Stary Sącz

IX Okręg

SZPITAL SPECJALISTYCZNY

IM. J. ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU

- Oddział Ginekologiczno – Położniczy
- Oddział Neonatologiczny
- Pielęgniarki Epidemiologiczne
- Pielęgniarki RTG + Endoskopia

X Okręg

SZPITAL SPECJALISTYCZNY

IM. J. ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU

- Oddział Anestezjologii i IT
- Blok Operacyjny
- Oddział Chirurgii Urazowo
- Ortopedycznej
- Oddział Chirurgii Ogólnej
i Naczyniowej
- Oddział Chirurgii Dzieci

XI Okręg

SZPITAL SPECJALISTYCZNY

IM. J. ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU

- dr Jolanta Kamińska
- Szpitalny Oddział Ratunkowy
- Oddział Pulmonologii
- Oddział Otolaryngologii
- Oddział Kardiologii Inwazyjnej
- Stacja Dializ

XII Okręg

SZPITAL SPECJALISTYCZNY

IM. J. ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU

- Oddział Neurologii
- Oddział Pediatrii
- Oddział Urologii
- Oddział Chorób Zakaźnych
- Oddział Psychiatrii

XIII Okręg

Szpital Specjalistyczny

im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu

- Oddział Internistyczno – Kardiologiczny
- Oddział Chorób Wewnętrznych
- Specjalistyka

Dyżur medyczny nie stanowi pracy w godzinach nadliczbowych

Czas pracy części pracowników zakładów opieki zdrowotnej znacząco różni się od ogólnej regulacji kodeksu pracy, przysparzając niejednokrotnie dużych problemów interpretacyjnych. Wątpliwości budzi nawet zakres stosowania norm czasu pracy wynikających z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, gdyż wyłączenie spod stosowania przepisów szczególnych dotyczy pracowników technicznych, gospodarczych i obsługi, a pojęcia te nigdy nie zostały wprost zdefiniowane. Z tych względów warto przeanalizować wynikające z cytowanej ustawy wyjątki oraz możliwość ich stosowania do konkretnych grup pracowników.

W zakładach opieki zdrowotnej (dalej ZOZ) obowiązują równolegle cztery różne normy czasu pracy. Podstawowa norma jest charakterystycznym elementem zatrudnienia w ZOZ, gdyż ustala dobowy czas pracy na poziomie 7 godzin 35 minut, a średniotygodniowy na przeciętnie 37 godzin 55 minut. Nie oznacza to jednak, że wszyscy pracownicy ZOZ będą pracować o 25 minut krócej niż ogół zatrudnionych, gdyż do części z nich stosuje się klasyczną ośmiogodzinną normę dobową oraz 40-godzinną przeciętną normę tygodniową. Problemów przysparza jedynie ustalenie, jaką normę czasu pracy stosować do konkretnych pracowników – tym bardziej że pewne grupy pracowników ZOZ korzystają z prawa skrócenia czasu pracy poniżej ustawowych norm w szczególności ze względu na rodzaj pracy, jej szkodliwość lub uciążliwość dla zdrowia bądź własną niepełnosprawność.

Zastosowanie skróconego czasu pracy

Obowiązek skrócenia czasu pracy do 5 godzin na dobę oraz 25 godzin w tygodniu pracy przewiduje art. 32g ust. 3 i 5 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (dalej ustawa o ZOZ) w stosunku do pracowników zakładów lub pracowni radiologii, radioterapii oraz medycyny nuklearnej, jeżeli do podstawowych obowiązków pracownika należy stosowanie źródeł promieniowania jonizującego w celach diagnostycznych lub leczniczych, prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł takiego promieniowania lub dokonywanie pomiarów dozymetrycznych takiego promieniowania związanych z opisaną wyżej działalnością.

Skrócona do 5 godzin norma dobową znajdzie również zastosowanie do pracowników zatrudnionych w zakładach lub pracowniach fizykoterapeutycznych, o ile do ich obowiązków należy wykonywanie zabiegów bądź kontrolowanie techniki ich wykonywania, w pracowniach lub zakładach fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, jeżeli do obowiązków pracownika należy przygotowywanie preparatów lub wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych.

Wskazane wyżej ograniczenia czasu pracy znajdują zastosowanie również do pracowników zakładów i pracowni patomorfologii, medycyny sądowej oraz prosektoriów, o ile do ich zadań należy wykonywanie sekcji zwłok, badań patomorfologicznych bądź toksykologicznych

lub pomoc przy tego typu zadaniach, ewentualnie pobieranie narzędzi lub tkanek ze zwłok. Na tym kończy się katalog pracowników ZOZ, do których należy stosować 5-godzinną dobową normę czasu pracy.

Ustawodawca przewidział jednak dodatkowe ograniczenie czasu pracy w przypadku pracowników niewidomych ZOZ, którzy wykonują pracę wymagającą stałego kontaktu z pacjentem. W myśl art. 32g ust. 4 i 6 ustawy o ZOZ czas ich pracy nie może przekraczać 6 godzin na dobę oraz przeciętnie 30 godzin w przeciętnie 5-dniowym tygodniu pracy w maksymalnie 3-miesięcznym okresie rozliczeniowym.

Personel administracyjny

Zakłady opieki zdrowotnej zatrudniają bardzo różnorodny personel, od pracowników bezpośrednio zaangażowanych w udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom po pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych.

Wśród pracowników ZOZ wyróżnia się ponadto osoby zatrudnione przy szeroko rozumianym administrowaniu zakładem, w tym np. pracowników działu kadr czy płac, księgowości. Wykonując tego typu obowiązki, nie mieszczą się oni w pojęciu pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych, niemniej stosowanie do nich norm czasu pracy kojarzonych zwyczajowo z personelem udzielającym świadczeń medycznych budziło liczne wątpliwości.

Część z nich rozwiązało stanowisko ministra zdrowia z 8 października 2010 r. w sprawie norm czasu pracy pracowników administracyjnych w niepublicznym ZOZ (MZ-BP-P-0620-5384-2/AP/10). Wskazano w nim jednoznacznie, że podstawową normą czasu pracy obowiązującą w ZOZ jest wynikające z art. 32g ust. 1 ustawy o ZOZ 7 godzin 35 minut na

dobę i 37 godzin 55 minut w tygodniu pracy. W ocenie ministra zdrowia owa podstawowa norma czasu pracy w ZOZ obejmuje również pracowników administracyjnych, gdyż jedynie w przypadku pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych stosuje się wyższą normę czasu pracy uregulowaną w art. 32g ust. 2 ustawy o ZOZ.

Przykład 1

Pracownik techniczny to nie administracyjny

Prywatna przychodnia lekarska zatrudnia dwie pracownice działu kadrowo-płacowego, których obowiązki polegają na administrowaniu NZOZ. W takim przypadku, wymienionych pracowników należy zatrudniać w wymiarze dobowym równym 7 godzin 35 minut i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień pracy. Uzasadnieniem takiej interpretacji będzie fakt, iż przepisy regulujące czas pracy w ZOZ nie pozwalają na przyjęcie, że osoby zatrudnione przy administrowaniu przychodnią należą do grupy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych.

Minister zdrowia podkreślił ponadto na łamach omawianego powyżej stanowiska, że wyodrębnienie w przepisach rozporządzeń ministra zdrowia z 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 52, poz. 543 z późn. zm.) oraz rozporządzenia z 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300 z późn. zm.) określonych grup pracowników zakładów opieki zdrowotnej zostało opracowane i przyjęte wyłącznie dla potrzeb tych aktów prawnych. Z tego względu ich stosowanie przy ustalaniu norm czasu

pracy pracowników zatrudnionych w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej może mieć jedynie charakter posiłkowy, gdyż decydujące znaczenie w tym względzie mają omawiane przepisy ustawy o ZOZ.

Obliczanie wymiaru czasu pracy w ZOZ

Kolejną specyfiką czasu pracy w ZOZ jest sposób obliczania wymiaru czasu pracy obowiązującego pracowników w danym okresie rozliczeniowym.

Niewiele osób zwraca uwagę na fakt, że ustawa o ZOZ nie wprowadza własnych regulacji dotyczących sposobu obliczania wymiaru czasu pracy, a ponadto nie zawiera przepisu nakazującego odpowiednie stosowanie art. 130 k.p. Oznacza to, że praktyka polegająca na stosowaniu do pracowników ZOZ mechanizmu wprowadzonego w przepisie kodeksu pracy, z uwzględnieniem norm czasu pracy wynikających z art. 32g ustawy o ZOZ, nie znajduje oparcia w przepisach ustawy. Należy mieć jednak na uwadze fakt, iż ustawodawca nie przewidział innego sposobu obliczania wymiaru czasu pracy, więc w obecnym stanie prawnym pozostaje jedynie odpowiednie stosowanie art. 130 k.p.

Przykład 2

Ustalenie wymiaru czasu pracy

Pracownicy medyczni szpitala miejskiego pracują w trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym. Obliczając ich wymiar czasu pracy, pracodawca powinien pomnożyć 37 godzin 55 minut przez liczbę tygodni przypadających w okresie rozliczeniowym, a następnie dodać do otrzymanej liczby iloczyn 7 godzin 35 minut i liczby dni powszednich, pozostałych do końca okresu rozliczeniowego. Oznacza to, że w okresie od stycznia do marca do sumy 12 pełnych tygodni (455 godzin) należy dodać iloczyn 4 dni i 7 godzin

35 minut (30 godzin 20 minut). Daje w sumie 485 godzin 20 minut, od których należy odjąć 7 godzin 35 minut z tytułu każdego święta, które przypada w dniu innym niż niedziela bądź dzień wolny od pracy, wynikający z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy. Na tym etapie obliczania nominalnego czasu pracy niezbędne jest ustalenie, w jakim terminie pracownicy korzystają z dni wolnych od pracy, gdyż od tego będzie bezpośrednio uzależniony wymiar czasu pracy konkretnego pracownika.

Systemy czasu pracy stosowane w ZOZ

Regulacje ustawy o ZOZ nie wprowadzają wprost systemów czasu pracy możliwych do stosowania wobec zatrudnionych tam pracowników, lecz jedynie dopuszczalne normy i rozkłady czasu pracy oraz okresy rozliczeniowe. Należy jednak uwzględnić, że poza kilkoma odrębnościami rozkłady czasu pracy przyjęte w omawianej ustawie odpowiadają dwóm systemom czasu pracy uregulowanym w kodeksie pracy.

Przepis art. 32g ustawy o ZOZ wprowadza rozwiązanie analogiczne do art. 129 k.p., czyli podstawowy system czasu pracy, w którym jest ona wykonywana przez pięć dni w tygodniu w stałym wymiarze dobowym równym ośmiu godzinom w przypadku pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych oraz siedmiu godzinom 35 minutom w przypadku pozostałej części załogi, ewentualnie pięciu lub sześciu godzinom w przypadku ustawowego skrócenia czasu pracy. Istotną różnicą w porównaniu do regulacji kodeksu pracy jest przy tym dopuszczalna długość przyjętego okresu rozliczeniowego, gdyż ustawa o ZOZ limituje jego maksymalną długość do trzech miesięcy (art. 32g ust. 6 ustawy o ZOZ), gdy kodeks przewiduje możliwość stosowania w niektórych grupach

zawodowych nawet dwunastomiesięcznych okresów rozliczeniowych.

Nie inaczej wygląda regulacja art. 32i ust. 1 ustawy o ZOZ, który nie wprowadzając wprost możliwości stosowania do pracowników zakładu systemu równoważnego, daje pracodawcom możliwość ustalania rozkładów czasu pracy, dopuszczających przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 12 godzin. Również w tym przypadku różnice w porównaniu do regulacji kodeksu pracy są dość istotne, a sprowadzają się m.in. do możliwości przedłużenia miesięcznego okresu rozliczeniowego maksymalnie do czterech miesięcy. Regulacje kodeksu pracy dają taką możliwość wyłącznie w przypadku prac uzależnionych od pory roku lub warunków atmosferycznych.

Najistotniejszą różnicą w porównaniu do systemu równoważnego z kodeksu pracy jest jednak nakaz sporządzania harmonogramów czasu pracy na cały okres rozliczeniowy. Harmonogramy takie muszą uwzględniać dni i godziny pracy poszczególnych pracowników oraz ich dni wolne od pracy. Jest to wyjątek w całym prawie pracy, gdyż żaden inny przepis nie wymaga wprost od pracodawcy planowania pracownikom grafików na cały okres rozliczeniowy z góry.

Spór o inne systemy czasu pracy

Brak wyraźnego wskazania w przepisach ustawy o ZOZ możliwych do stosowania w tych placówkach systemów czasu pracy przy jednoczesnym uregulowaniu zasad planowania i rozliczania czasu pracy zatrudnionych w nich pracowników doprowadził do sporu wśród ekspertów, który nie doczekał się rozstrzygnięcia do dziś. Mowa tu o możliwości stosowania w zakładach opieki zdrowotnej systemów czasu pracy wynikających z kodeksu pracy.

Część z nich, od niedawna z Ministerstwem Zdrowia na czele, uważa, że nie ma przeszkód, by ZOZ stosowały kodeksowe systemy czasu pracy.

U podstaw tego twierdzenia leży argumentacja przedstawiona w stanowisku Ministerstwa Zdrowia z 14 lipca 2010 r. w sprawie systemów czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej (MZ-BP-P-0620-5125-2/RH/10), zgodnie z którą regulacji ustawy o ZOZ dotyczących czasu pracy nie można uznać za zupełne, gdyż muszą być one uzupełniane o ogólne normy kodeksu pracy w zakresie, który nie został uregulowany w ramach przepisu szczególnego.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia ustawodawca ograniczył się na łamach ustawy o ZOZ do uregulowania katalogu wyjątkowo istotnych kwestii, na czele z wprowadzeniem limitu dopuszczalnego czasu pracy w przypadku części stanowisk lub specjalistycznych komórek organizacyjnych. W pozostałym zakresie, obejmującym m.in. dopuszczalne systemy czasu pracy, dopuścił jednak stosowanie – mocą art. 5 k.p. – rozwiązań dotyczących ogółu pracodawców.

Ministerstwo Zdrowia wskazało w omawianym stanowisku meritum problemu, jakim jest istniejąca w praktyce potrzeba stosowania do pracowników ZOZ dwóch systemów niewymienionych w ustawie o ZOZ – zadaniowego (art. 140 k.p.) oraz przerywanego czasu pracy (art. 139 k.p.). Pierwszy z nich idealnie sprawdziłby się bowiem w pracy położnej środowiskowej, która przeprowadza wywiady środowiskowe, sprawdzając warunki bytowe narodzonych w szpitalu dzieci. W tym przypadku praca musi być wykonywana poza terenem zakładu, a pracodawca nie ma możliwości kontroli realnych godzin pracy położnej, więc wymiar czasu pracy mógłby być regulowany ilością powierzonych położnej zadań. Drugi

z systemów znalazłby zastosowanie do stanowiska pielęgniarki środowiskowej, która odwiedza w domach pacjentów, których stan zdrowia wymaga stałej opieki zdrowotnej, np. wymagających regularnych zastrzyków lub zmian opatrunków. Wizyty pielęgniarki środowiskowej odbywają się rano i po południu, przez co zasadnym byłoby stosowanie w jej przypadku przerywanego systemu czasu pracy.

Jest jednak kilka względów, które przemawiają za stosowaniem wyłącznie systemów czasu pracy dozwolonych wprost mocą regulacji ustawy o ZOZ. Zostały one wyartykułowane przez Departament Prawny Głównego Inspektoratu Pracy w stanowisku w sprawie systemów czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej (GPP-459-4560-37-1/10/PE/RP). Na łamach omawianego stanowiska GIP uznał, że oceniając możliwość stosowania w ZOZ konkretnych systemów czasu pracy, należy spojrzeć na nie przez pryzmat możliwości realizacji określonych w ustawie o ZOZ warunków dotyczących długości okresu rozliczeniowego, możliwości przedłużenia dobowego wymiaru czasu pracy czy obowiązku planowania rozkładu czasu pracy na cały okres rozliczeniowy z góry.

W ocenie Głównego Inspektoratu Pracy warunki te realizują wyłącznie systemy podstawowy i równoważny, przy czym za niemożnością stosowania zadaniowego oraz przerywanego systemu czasu pracy przemawia brak możliwości wydłużenia w tych systemach dobowego wymiaru czasu pracy do 12 godzin.

W przypadku systemu zadaniowego dodatkowym argumentem będzie brak wymogu sporządzania harmonogramów pracy określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy, które są z kolei wymagane zgodnie z ustawą o ZOZ.

Na tej podstawie Departament Prawny GIP uznał, że nie wszystkie systemy czasu pracy wynikające z kodeksu pracy będzie można zastosować w ZOZ, gdyż w ich przypadku wybór został ograniczony wyłącznie do systemu podstawowego i równoważnego.

Decydując się na stosowanie w praktyce jednego z przedstawionych wyżej stanowisk, należy pamiętać, że organem upoważnionym do sprawowania kontroli nad warunkami pracy oraz przestrzeganiem przepisów prawa pracy jest Państwowa Inspekcja Pracy, a interpretacje przedstawiane przez ministerstwa nie mają oficjalnego charakteru, więc nie muszą być brane pod uwagę w razie ewentualnego sporu przed sądem pracy.

Aktywność zawodowa osób posiadających wyższe wykształcenie i wykonujących zawód medyczny w ZOZ nie kończy się w ramach opisanych w wstępie norm czasu pracy. Biorąc pod uwagę dużą fluktuację kadr w służbie zdrowia oraz relatywnie niski poziom zarobków oferowanych przez publiczne ZOZ, ustawodawca stworzył na potrzeby tej grupy zawodowej trzy instrumenty pozwalające znacznie przedłużyć ich czas pracy. Wszystko po to, by móc zagwarantować ciągłą opiekę specjalistyczną pacjentom, utrzymując jednocześnie koszty pracy na akceptowalnym poziomie. Celom tym służą instrumenty, takie jak dyżur medyczny, klauzula opt-out czy zobowiązanie do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Stosowanie klauzuli opt-out

O ile dyżur medyczny i możliwość zobowiązania pracownika do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych wymagają odrębnego i szczegółowego omówienia, o tyle instytucja klauzuli opt-out może być przedstawiona w krótkich słowach. Jest to nic

innego jak pisemna zgoda pracownika na planowanie jego pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin przeciętnie w tygodniu pracy, czyli maksymalnego pułapu czasu pracy wraz z nadgodzinami wynikającego z dyrektywy unijnej o czasie pracy.

Może być ona wycofana przez samego pracownika z zachowaniem miesięcznego wypowiedzenia (art. 32ja ust. 6 ustawy o ZOZ) albo ograniczona przez organy sprawujące nadzór nad warunkami pracy ze względu na bezpieczeństwo lub zdrowie pracownika, a także w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 32ja ust. 3 ustawy o ZOZ).

Co istotne, podpisanie przez pracownika klauzuli opt-out powoduje, że jego czas pracy może wynosić nawet 78 godzin tygodniowo.

Odmienność dyżuru medycznego

Dyżur medyczny, mimo podobnego nazewnictwa, różni się niemal w każdym aspekcie od uregulowanego w art. 1515 k.p. dyżuru pracowniczego.

Klasykny dyżur kodeksowy oznacza pozostawanie w gotowości do świadczenia pracy, przy czym jej podjęcie przerywa dyżur, gdyż okres wykonywania pracy musi być zaliczony do czasu pracy.

Dla odmiany dyżur medyczny, ze swej definicji zawartej w art. 18d ust. 1 pkt 4 ustawy o ZOZ, oznacza wykonywanie, poza normalnymi godzinami pracy, czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny w ZOZ przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych.

W konsekwencji podczas dyżuru medycznego lekarz, bądź inny posiadający wyższe wykształcenie pracownik wyko-

nujący zawód medyczny, będzie wykonywał zwykle obowiązki pracownicze, co uzasadnia wliczenie czasu pełnienia takich dyżurów w całości do czasu pracy (art. 32j ust 2 ustawy o ZOZ). Co równie istotne, dyżury medyczne mogą być planowane w zakresie wykraczającym ponad przeciętną normę tygodniową, równą 37 godzinom 55 minutom w przyjętym okresie rozliczeniowym, pozwalając ZOZ zapewnić całodobową opiekę wymagającym tego pacjentom.

Regulujący tą kwestię art. 32j ust 3 ustawy o ZOZ stanowi jednocześnie, że do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 1513 i art. 1514 k.p. W konsekwencji nie występuje obowiązek udzielenia innego dnia wolnego od pracy w zamian za dyżur, wyznaczony lekarzowi w dniu wolnym, wynikającym z zasady pięciodniowego tygodnia pracy. Pracodawca wywiąże się z obowiązku rekompensaty takiej pracy, wypłacając wynagrodzenie naliczone przy odpowiednim zastosowaniu art. 1511 par. 1-3 k.p., czyli po prostu z dodatkami za godziny nadliczbowe. Wyjątkiem od tej zasady będą jedynie lekarze stażyści, gdyż zasady ich wynagradzania regulują odrębne przepisy.

Z łącznej analizy omawianych przepisów wynika, że dyżur medyczny jest czasem pracy, a do naliczania wynagrodzenia należy odpowiednio stosować przepisy o wynagrodzeniu za nadgodziny. Dyżury mogą być przy tym planowane nawet w zakresie, który powoduje przekroczenie dobowej lub średniotygodniowej normy czasu pracy, mimo to nie stanowią one nadliczbowej pracy.

W przypadku dyżuru medycznego wyłączono również normę art. 1514 k.p. pozbawiającą prawa do wynagrodzenia z tytułu nadliczbowej pracy pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy oraz kierowników

wyodrębnionych komórek organizacyjnych. Oznacza to, że w przypadku ZOZ prawo do wynagrodzenia za dyżur, liczonego jak wynagrodzenie za nadgodziny, służy wszystkim pracownikom, również ordynatorowi, pielęgniarce oddziałowej czy naczelniej.

Jedynymi warunkami pełnienia dyżurów medycznych są więc posiadanie wyższego wykształcenia oraz zatrudnienie na stanowisku medycznym w ZOZ udzielającym świadczeń zdrowotnych pacjentom wymagającym całonocowej opieki medycznej. (...)

Termin wypłaty wynagrodzenia za dyżur

Dyżury medyczne nie są nadgodzinami, choć zasady ich rekompensaty odwołują się do przepisów o nadgodzinach. Koronnym dowodem na prawdziwość tej tezy jest to, iż dyżury medyczne mogą być planowane nawet w zakresie wykraczającym poza normy czasu pracy obowiązujące pracowników ZOZ, a nawet ustawowy limit nadgodzin, o ile dany pracownik wyrazi na to zgodę podpisując klauzulę opt-out. Skoro zaś jest to praca planowana i nie może być kwalifikowana jako nadgodziny, wynagrodzenie może być wypłacane po każdym miesiącu, w którym taki dyżur wystąpił. Takie wnioski płyną ze stanowiska GIP z 16 kwietnia 2008 r. w sprawie zasad wynagradzania za dyżury medyczne (GPP-302-4560-202/08/PE), w którym wskazano, że nie ma podstaw oczekiwania z wypłatą wynagrodzenia za dyżury do końca okresu rozliczeniowego, gdyż zgodnie z art. 85 k.p. przysługuje ono pracownikowi w normalnych terminach płatności, czyli co miesiąc. Na tej podstawie pracodawcy powinni wypłacać wraz z pensją nie tylko wynagrodzenie za dyżury, które mają miejsce w normalnych dniach pracy, lecz również te, których pełnienie poleceno pracownikowi medycznemu w dniu

dla niego wolnym, wynikającym z zasady pięciodniowego tygodnia pracy, czy w niedzielę lub święto. Różny będzie jedynie sposób rekompensaty. Zasady rekompensaty za dyżur pełniony w niedzielę pokazujemy w przykładzie 5.

Przykład 5

Rekompensata za dyżur niedzielny

Pielęgniarka oddziałowa mająca wyższe wykształcenie medyczne została zobowiązana do pełnienia 24-godzinnego dyżuru w niedzielę będącą jej dniem wolnym od pracy. Dyżur trwał od godziny 6.00 w niedzielę do 6.00 w poniedziałek, przypadał w całości na dobę niedzielą, zgodnie z zasadami wynikającymi z regulaminu pracy obowiązującego w szpitalu. W takim przypadku pracodawca powinien udzielić pracownicy innego dnia wolnego od pracy w terminie sześciu dni poprzedzających lub następujących po tej niedzieli. Jeśli okaże się to niemożliwe, pracodawca może jeszcze udzielić pielęgniarce dnia wolnego do końca okresu rozliczeniowego, a dopiero gdy to się nie uda, ma on obowiązek wypłacić pracownicy wynagrodzenie wraz z dodatkiem. Obliczając wynagrodzenie za czas tego dyżuru, należy uwzględnić to, że wszystkie godziny pracy przypadające w niedzielnej dobie wymagają rekompensaty 100-proc. dodatkiem. Co równie istotne, jest to jedyny przypadek, w którym wypłata wynagrodzenia za dyżur powinna być wstrzymana do zakończenia okresu rozliczeniowego, gdyż do tego momentu istnieje zarówno obowiązek, jak i możliwość pracodawcy udzielenia innego dnia wolnego.

Odmienne będzie wyglądać rekompensata dyżuru przypadającego w dniu wolnym, wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy. W takim przypadku ustawa

wyłącza bowiem wprost obowiązek oddania dnia wolnego w terminie uzgodnionym z pracownikiem przed końcem okresu rozliczeniowego wynikający z art. 1513 k.p.

Tym samym pracodawca nie musi zwlekać z wypłatą wynagrodzenia za taki dyżur do końca okresu rozliczeniowego, gdyż zgodnie ze stanowiskiem GIP powinna mieć ona miejsce w momencie wypłaty pensji za dany miesiąc.

Kolejną różnicą będzie sposób naliczenia dodatków za czas takiego dyżuru, gdyż 100 proc. stawki godzinowej z wynagrodzenia zasadniczego należy się jedynie za pierwszych 7 godzin i 35 minut oraz ewentualne późniejsze godziny dyżuru przypadające na porę nocną. Pracownik może za taki dyżur uzyskać 100-proc. dodatek za maksymalnie 15 godzin 35 minut, gdyż w pozostałym zakresie dyżur będzie zrekompensowany 50-proc. dodatkiem do wynagrodzenia.

Dyżur medyczny a praca przy rentgenie

Część pracowników ZOZ korzysta, ze względu na szkodliwość wykonywanej pracy lub jej szczególny charakter, ze skróconego do maksymalnie 5 godzin dobowego wymiaru czasu pracy. Regulujący ich zatrudnienie art. 32g ust. 3 ustawy o ZOZ stanowi ponadto, że tygodniowa norma ich czasu pracy wynosi przeciętnie 25 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy. Z tego względu w praktyce pojawiały się uzasadnione wątpliwości dotyczące możliwości polecenia takim pracownikom pełnienia dyżurów medycznych. Pracowników tych nie można zobowiązać do pracy ponad 5 godzin na dobę – tym bardziej nie należy polecać im pełnienia 24-godzinnych dyżurów. Wykładnia ta została potwierdzona w stanowisku departamentu prawnego GIP w sprawie pozostawiania przez lekarza w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych

oraz czasu pracy niektórych pracowników ZOZ (GPP-302-4560-154/08/PE).

W uzasadnieniu swojego stanowiska GIP podkreślił, że mocą art. 32g ust. 3 i 5 ustawy o ZOZ czas pracy pracowników zakładów i pracowni radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego – oraz fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnosticsy, medycyny sądowej lub prosektoriów, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Brak możliwości polecenia tej grupie zawodowej pełnienia dyżurów medycznych po przepracowaniu w jednej dobie pięciu godzin wynika z art. 32g ust. 3 i 5 ustawy o ZOZ wykluczającego możliwość wydłużania tym pracownikom dobowego wymiaru czasu pracy do 12 godzin. Tym bardziej brakuje podstaw prawnych na polecenie takim pracownikom pełnienia 19- lub nawet 24-godzinnych dyżurów w warunkach, które mogą być szkodliwe dla ich zdrowia.

Pozostawianie w gotowości

Kolejnym sposobem na uelastyczenie czasu pracy wykonujących zawód medyczny i mających wyższe wykształcenie pracowników zatrudnionych w ZOZ przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, jest możliwość zobowiązania ich do pozostawiania poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Jest to rozwiązanie znacznie tańsze niż wyznaczenie im dyżurów medycznych, gdyż za każdą godzinę pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50 proc. stawki

godzinowej wynagrodzenia zasadniczego (art. 32k ust. 2 ustawy o ZOZ).

Zobowiązanie pracownika ZOZ wykonującego zawód medyczny do pozostawiania w takiej gotowości przejawia jeszcze jedną cechę wspólną z dyżurem medycznym – otóż wezwanie do ZOZ w trakcie okresu gotowości nie powoduje powstania nadgodzin, gdyż zastosowanie znajdują przepisy o dyżurach medycznych. Gdyby nie to, można by uznać, iż jest to konstrukcja analogiczna do klasycznego dyżuru pracowniczego, gdyż w przeciwieństwie do dyżuru medycznego pracownik realizuje swój obowiązek, oczekując na polecenie podjęcia pracy w dowolnym miejscu, np. we własnym domu.

Okresy pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń medycznych różnią się od kodeksowego dyżuru tym, że nigdy nie spowodują przekroczenia norm czasu pracy, gdyż w razie wezwania lekarza do ZOZ, za czas udzielania świadczeń medycznych otrzyma on wynagrodzenie jak za dyżur medyczny. (...)

Specyficzne dodatki do wynagrodzenia

Ustawa o ZOZ przewiduje w art. 32l oraz art. 32i prawo pracowników ZOZ do specyficznych dodatków do wynagrodzenia. Pierwszy z nich przysługuje pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej przez zakłady opieki zdrowotnej przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych. Pracownicy ci mają, zgodnie z regulacją art. 32l ustawy o ZOZ, prawo do dodatku w wysokości co najmniej 65 proc. stawki godzinowej z wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy w porze nocnej, oraz dodatku w minimalnej wysokości 45 proc. tej stawki za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w nie-

dziele, święta oraz dni wolne, wynikające z zasady pięciodniowego tygodnia pracy.

Należy przy tym pamiętać, że prawo do omawianych dodatków nabywają jedynie ci pracownicy medyczni, którzy są zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej udzielających świadczeń osobom wymagającym całodobowej opieki medycznej. Z tego względu prawa do omawianych dodatków nie uzyskają np. pracownicy przychodni lekarskiej czy pogotowia ratunkowego, gdyż nawet jeśli udzielają one świadczeń zdrowotnych przez całą dobę, nie są przeznaczone dla pacjentów wymagających całodobowej opieki medycznej.

Kolejnym warunkiem nabycia prawa do danego świadczenia jest wykonywanie pracy w systemie przewidującym zmianę pory wykonywania pracy na stanowisku po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni.

Uznanie danej pracy za pracę zmianową nie wymaga przy tym, by pracownicy następowali po sobie na stanowisku pracy, choć jest to klasyczny przykład. Wystarczy, że pora wykonywania przez nich pracy będzie się cyklicznie zmieniać, a co ważniejsze praca zmianowa może być stosowana z każdym systemem czasu pracy dopuszczonym do stosowania w ZOZ. W konsekwencji przyjęcia takiej wykładni pracownik spełniający wymienione wyżej kryteria, lecz niezatrudniony w systemie pracy zmianowej, nabędzie prawo do dodatku za pracę w nocy na ogólnych zasadach wynikających z k.p.

Przykład 10

Przysługujący dodatek nocny

Podczas nocnej zmiany w oddziale chorób tropikalnych szpitala wezwano ordynatora, gdyż stan zdrowia jednego z pacjentów uległ znacznemu pogorszeniu. Wykonywał on pracę w porze noc-

nej, operując pacjenta przez 6 godzin, podczas których asystowała mu jedna z pielęgniarek zatrudnionych w systemie zmianowym. W takim przypadku, mimo iż zarówno ordynator, jak i pielęgniarka pracowali razem i w jednym miejscu, on dostanie dodatek nocny wynikający z art. 1518 k.p., równy 20 proc. stawki godzinowej obliczonej z minimalnego wynagrodzenia za pracę, ona zaś dodatek z art. 32 l ustawy o ZOZ, równy 65 proc. jej stawki godzinowej z wynagrodzenia zasadniczego. Wszystko dlatego, że ordynator nie pracuje na zmiany, więc nie wypełnia warunków wynikających z omawianego przepisu ustawy.

Wyższy dodatek przy pracy zmianowej

Podobnie do tego problemu podszedł departament prawny GIP w piśmie z 21 kwietnia 2008 r. (GPP-416-023-103/08), uznając, że w przypadku pełnienia dyżuru medycznego w porze nocnej pracownik powinien otrzymać dodatkowe wynagrodzenie za dyżur z art. 32j ust. 4 ustawy o ZOZ, oraz równolegle dodatek za pracę w nocy.

Podstawa przyznania dodatku powinna być przy tym uzależniona od tego, czy pracownik wykonuje pracę w systemie zmianowym. Jeżeli tak, należy mu się 65-proc. dodatek z art. 32l ustawy o ZOZ, a w przeciwnym razie nabywa prawo do dodatku ustanowionego w art. 1518 k.p.

Warto zauważyć, że w tej kwestii zdanie PIP zgadza się w znacznej części z wykładnią prezentowaną przez departament dialogu społecznego Ministerstwa Zdrowia w piśmie z 24 kwietnia 2008 r. (MZ-DS-W-0212-1752-124/OB/08). W piśmie tym stwierdzono, że poza wynagrodzeniem za czas dyżuru medycznego pracownik nabywa również prawo do

dodatku za każdą godzinę pracy w porze nocnej w wysokości 20 proc. stawki godzinowej wynikającej z minimalnego wynagrodzenia za pracę, należnego z mocy art. 1518 par. 1 k.p.

Specyficzne dodatki do wynagrodzenia wprowadza również art. 32l ustawy o ZOZ w stosunku do pracowników zatrudnionych w pogotowiu ratunkowym. Przysługują one pracownikom wykonującym zawód medyczny w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej), a ich wysokość została uzależniona od tego, czy dany pracownik pracuje w zespole wyjazdowym, czy poza takim zespołem.

W pierwszym przypadku dodatek został ustalony na poziomie 30 proc. stawki godzinowej z wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy, w drugim zaś ograniczono go do 20 proc. stawki godzinowej z wynagrodzenia zasadniczego pracownika.

Dodatek przyznany pracownikom pogotowia nie wyklucza możliwości nabycia przez nich prawa do odrębnego dodatku za pracę w nocy na zasadach ogólnych wynikających z kodeksu pracy.

*Łukasz Prasolek
asystent sędziego SN, specjalista prawa pracy*

Podstawa prawna

- Art. 18d, 32g – 32l ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
- Art. 5, 139, 140, 1511, 1513, 1514, 1515, 1518 ustawy z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia 2 lutego 2011 r.

w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1 Przepisy ogólne

§ 1.

Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym, odpowiednio do rodzaju zakładu opieki zdrowotnej, wymaganiom określonym w rozdziałach 2-6.

§ 2.

1. Pomieszczenia i urządzenia szpitala powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do innych niż szpital zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu.

§ 3.

1. Pomieszczenia i urządzenia przychodni powinny ponadto odpowiadać pod

względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do zakładów opieki zdrowotnej innych niż przychodnia, jeżeli mają udzielać lub udzielają świadczeń zdrowotnych obejmujących co najmniej badanie i poradę lekarską.

§ 4.

Pomieszczenia i urządzenia zespołu opieki dziennej i zespołu chirurgii jednego dnia powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 5.

Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 6.

Pomieszczenia i urządzenia żłobka powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

§ 7.

Pomieszczenia i urządzenia pracowni badań endoskopowych powinny ponad-

to odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

§ 8.

Pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej powinny ponadto odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym wymaganiom szczegółowym określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

§ 9.

Do gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole, działającego w strukturze zakładu opieki zdrowotnej, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 26, § 28 ust. 1 i 3 oraz § 34.

§ 10.

Do gabinetu dentystycznego w szkole, działającego w strukturze zakładu opieki zdrowotnej, stosuje się wyłącznie wymagania określone w § 15, § 26, § 28 oraz § 34 ust. 1.

§ 11.

Do zakładu opieki zdrowotnej realizującego wyłącznie zadania określone w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.3)) oraz zakładu lecznictwa odwykowego, z wyłączeniem oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, nie stosuje się wymagań określonych w § 17-19, § 25-27, § 38 oraz § 39.

§ 12.

1. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1) brudownik - pomieszczenie służące do opróżniania, dezynfekowania i przechowywania kacek

i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny, wyposażone w myjnię-dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji, w przypadku stosowania basenów jednorazowych, oraz w wentylację mechaniczną wyciągową;

- 2) dezynfekcja - proces redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych;
- 3) gabinet diagnostyczno-zabiegowy - pomieszczenie służące do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o charakterze zabiegowym;
- 4) gabinet lekarski - pomieszczenie przeznaczone do badania lekarskiego pacjenta;
- 5) izolatka - pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby;
- 6) oddział przyjęć i pomocy doraźnej - zespół pomieszczeń, w którym:
 - a) udziela się doraźnej pomocy ambulatoryjnej,
 - b) wykonuje się doraźne zabiegi,
 - c) przyjmuje się do szpitala;
- 7) pomieszczenie higieniczno-sanitarne - pomieszczenie wyposażone co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- 8) pomieszczenie porządkowe - pomieszczenie służące do przechowania

- wywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości, wyposażone w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
- 9) stacjonarny zakład opieki zdrowotnej - zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu.
 2. Wymagania określone dla oddziału stosuje się także do jednostki organizacyjnej szpitala stanowiącej wyodrębnioną część struktury bezoddziałowej, w której są udzielane świadczenia zdrowotne o jednolitym profilu.
 3. Wymagania określone dla przychodni stosuje się także do ośrodka zdrowia, poradni i ambulatorium, udzielających świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń.
 2. Dopuszcza się lokalizowanie zakładu opieki zdrowotnej w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem:
 - 1) całkowitej izolacji stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów;
 - 2) całkowitej izolacji przychodni od innych pomieszczeń w budynku mieszkalnym;
 - 3) całkowitej izolacji przychodni od innych pomieszczeń w budynkach użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego i innych, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących komunikacją wewnętrzną przychodni.

§ 15.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń zakładu opieki zdrowotnej powinny umożliwiać prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie.

§ 16.

1. W zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być stosowane zsypy.
2. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wynikających z warunków technicznych, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny może wyrazić zgodę na zastosowanie w szpitalu zsyków brudnej bielizny.

Rozdział 2 **Wymagania ogólnoprzestrzenne**

§ 13.

Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie.

§ 14.

1. Zakład opieki zdrowotnej powinien być zlokalizowany w samodzielny budynek lub w zespole budynków.

Rozdział 3

Wymagania dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

§ 17.

Łóżka w pokojach łóżkowych powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

§ 18.

Odstępy między łózkami powinny umożliwiać swobodny dostęp do pacjentów.

§ 19.

Szerokość pokoju łózkowego powinna umożliwiać wyprowadzenie każdego łóżka.

§ 20.

1. Izolatka w szpitalu składa się z:

- 1) pomieszczenia pobytu pacjenta;
- 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta, wyposażonego w:
 - a) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią i dodatkowo w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, natrysk i płuczkę-dezynfektor basenów - w przypadku stosowania basenów wielorazowego użytku, lub
 - b) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią i dodatkowo w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, natrysk i płuczkę-dezynfektor basenów lub urządzenie do dekontaminacji, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów - w przypadku stosowania basenów jednorazowych;
- 3) śluzy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną.

2. Izolatka powinna być wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia (ciśnienie w izolacie niższe niż na korytarzu i w śluzie).

§ 21.

Śluza umywalkowo-fartuchowa powinna być wyposażona w:

- 1) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią;
- 2) miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych;
- 3) dozownik z mydłem w płynie;
- 4) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;
- 5) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- 6) zamykany pojemnik na brudną bieliznę.

§ 22.

Śluza szatniowa składa się z:

- 1) szatni brudnej - przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w szafkę ubraniową z wydzieloną częścią na obuwie;
- 2) szatni czystej (ubieralni) - przeznaczonej do ubierania w czyste ubranie oraz obuwie służące do poruszania się w strefie, do której będzie wchodził pracownik, wyposażonej w:
 - a) obuwie nadające się do mycia i dezynfekcji,
 - b) regał na obuwie,
 - c) regał na czyste ubrania;
- 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarne-go znajdującego się pomiędzy szatnią czystą i brudną, wyposażonego dodatkowo w natrysk.

§ 23.

1. Pokój łózkowy na oddziale szpitalnym powinien być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik

z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do pokoju wyposażonego w służę umywalkowo-fartuchową lub węzeł sanitarny oraz pokoiów łóżkowych w oddziale psychiatrycznym.

§ 24.

1. W zakładzie opieki zdrowotnej powinny znajdować się:
 - 1) pomieszczenia lub wydzielone miejsca do składowania bielizny czystej;
 - 2) pomieszczenia lub wydzielone miejsca do składowania bielizny brudnej;
 - 3) pomieszczenie lub wydzielone miejsce na odpady.
2. W pomieszczeniu, w którym znajdują się wydzielone miejsca, o których mowa w ust. 1 pkt 1, nie mogą znajdować się wydzielone miejsca, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.
3. W stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej powinno znajdować się ponadto co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe.

§ 25.

1. Przestrzeń ładunkowa środków transportu żywności, bielizny, odpadów, brudnych narzędzi i sprzętu do dekontaminacji, z wyłączeniem opakowań jednorazowych, powinna być zamknięta, odpowiednio do rodzaju ładunku.
2. Przestrzeń ładunkowa środków transportu zwłok powinna być zamknięta.
3. Środki transportu, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.

§ 26.

1. Meble w pomieszczeniach zakładu opieki zdrowotnej powinny umożliwiać ich mycie oraz dezynfekcję.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do mebli w pomieszczeniach administracyjnych i socjalnych, poradni psychiatrycznych oraz żłobków.

§ 27.

W stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej zapewnia się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe umożliwiające dodatkowo mycie i dezynfekcję środków transportu.

Rozdział 4

Wymagania ogólnobudowlane

§ 28.

1. Podłogi powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.
2. Połączenie ścian z podłogami powinno być wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję.
3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, poradni psychiatrycznych, żłobków oraz sal rehabilitacji ruchowej.

§ 29.

Pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń powinny umożliwić ich mycie i dezynfekcję.

§ 30.

W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności

w salach operacyjnych i porodowych, pokojach łóżkowych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, salach pooperacyjnych, salach oparzeniowych, pomieszczeniach przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, sufity te powinny być wykonane w sposób zapewniający szczelność powierzchni oraz umożliwiającą ich mycie i dezynfekcję.

§ 31.

Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które może odbywać się ruch pacjentów na łóżkach, powinna umożliwiać ten ruch.

Rozdział 5 Oświetlenie dzienne

§ 32.

Pokoje łóżkowe powinny mieć zapewniony bezpośredni dostęp światła dziennego.

§ 33.

W przypadku nadmiernego naświetlenia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne.

Rozdział 6 Wymagania dotyczące instalacji

§ 34.

1. Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, z wyjątkiem pomieszczeń, w których odbywa się badanie za pomocą rezonansu magnetycznego, powinny być wyposażone w:

- 1) umywalki z baterią z ciepłą i zimną wodą;
- 2) dozownik z mydłem w płynie;

3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

2. Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywarek, powinny być wyposażone w zlew z baterią.

3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się, gdy stanowiska mycia rąk personelu oraz narzędzi i sprzętu wielokrotnego użytku są zorganizowane w oddzielnym pomieszczeniu.

§ 35.

W blokach operacyjnych, izolatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń.

§ 36.

W salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, gdzie stosowany jest podtlenek azotu, nawiew powietrza powinien odbywać się górną, a wyciąg powietrza w 20% górną i w 80% dołem i zapewniać nadciśnienie w stosunku do korytarza; rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.

§ 37.

1. Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji powinny podlegać okresowemu przeglądowi lub czyszczeniu lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta.

2. Dokonanie czynności, o których mowa w ust. 1, powinno być udokumentowane.

§ 38.

Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę powinno zapewniać co najmniej jej 12-godzinny zapas.

§ 39.

Rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną powinny być agregat prądowłórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania.

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 40.

1. Zakład opieki zdrowotnej:

- 1) prowadzący działalność w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia,
 - 2) który po dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia będzie prowadził działalność w pomieszczeniach, w których w okresie 12 miesięcy przed tym dniem była prowadzona działalność: innego zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej, indywidualnej praktyki pielęgniarów, położnych, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarów, położnych lub grupowej praktyki pielęgniarów, położnych
- niespełniający wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2016 r.
2. Kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, przedstawi, w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r., organowi pro-

wadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach niniejszego rozporządzenia, zwany dalej „programem”, zaopiniowany przez właściwego inspektora sanitarnego, a w odniesieniu do szpitali przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

3. W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez:

- 1) ministra właściwego do spraw wewnętrznych - program opiniuje Państwowy Inspektor Sanitarny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
 - 2) Ministra Obrony Narodowej - program opiniuje Wojskowy Inspektor Sanitarny.
4. Pomieszczenia, których budowę rozpoczęto i nie zakończono przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, niespełniające wymagań określonych w jego przepisach, zostaną dostosowane do tych wymagań w terminie do dnia 31 grudnia 2016 r.
5. Przepisy ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio do pomieszczeń, o których mowa w ust. 4. Program przedstawia kierownik zakładu opieki zdrowotnej, a w razie braku kierownika - inwestor.

§ 41.

1. Programy określone w przepisach dotychczasowych stają się z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia programami w rozumieniu § 40 ust. 2.
2. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej dostosuje program, o którym mowa w ust. 1, do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu i w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r. przedłoży go organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art.

12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 42.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 oraz z 2008 r. Nr 30, poz. 187).

§ 43.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: E. Kopacz

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1707 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620, Nr 107, poz. 679 i Nr 230, poz. 1507.

3) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 143, poz. 962, Nr 213, poz. 1396 i Nr 228, poz. 1486.

Wyciąg załączników do ww. rozporządzenia

Załącznik nr 2

Wymagania szczegółowe, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia przychodni

1. W przychodniach wydziela się pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne dorosłym, dzieciom chorym i dzieciom zdrowym. Dopuszcza się wspólne pomieszczenia dla wszystkich grup pacjentów, z zachowaniem rozdziału czasowego przyjęć dzieci zdrowych.
2. Dopuszcza się połączenie funkcji zabiegowych z pokojem pobierania prób do analiz, pod warunkiem zachowania rozdziału czasowego i spełnienia wymagań określonych dla gabinetu zabiegowego.
3. W przychodni, w której są udzielane świadczenia zdrowotne dorosłym, dzieciom chorym, dzieciom zdrowym z zastosowaniem rozdziału czasowego, dopuszcza się jeden gabinet lekarski.
4. W poradniach chirurgicznych oraz innych poradniach, w których są wykonywane świadczenia zabiegowe, powinien być urządzony osobny gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
5. Gabinet badań ginekologicznych oraz poradnie, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii lub o charakterze inwazyjnym, w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, powinny mieć bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym w bidet.

Wymagania szczegółowe, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zespołu opieki dziennej i zespołu chirurgii jednego dnia

I. ZESPÓŁ OPIEKI DZIENNEJ

1. Pokoje pobytu pacjentów w zespole opieki dziennej mogą być wyposażone, w zależności od wykonywanych świadczeń zdrowotnych, w:
 - 1) łóżka lub
 - 2) fotele wypoczynkowe.
2. Pokoje pobytu pacjentów w zespole opieki dziennej dla dzieci powinny być wyposażone, poza miejscami dla dzieci, w fotele dla opiekunów.
3. Zespół opieki dziennej powinien, w zależności od potrzeb, posiadać:
 - 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy;
 - 2) szatnie odzieży wierzchniej dla pacjentów i osób towarzyszących;
 - 3) poczekalnię.

II. ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA

1. Zespół chirurgii jednego dnia jest przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze chirurgicznym w ciągu jednego dnia z możliwością czasowego pobytu w zespole nieprzekraczającego 24 godzin.
2. Do zespołu chirurgii jednego dnia stosuje się odpowiednio wymagania określone w części I ust. 2 i 3 oraz części II i XI załącznika nr 1 do rozporządzenia, z wyjątkiem wózka-wanny, o którym mowa w części I ust. 2 pkt 3.

Wymagania szczegółowe, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia żłobka

1. W żłobku powinny znajdować się:
 - 1) sale pobytu dzieci (zabaw lub odrębne sypialnie);
 - 2) miejsce na wózki;
 - 3) zespół sanitarny, w którego skład wchodzi ustępy, umywalki i co najmniej 1 natrysk oraz wydzielone miejsce do mycia nocników.
2. W żłobku powinny być wydzielone zespoły pomieszczeń przeznaczone dla różnych grup wiekowych, w szczególności dla niemowląt.
3. W salach pobytu dzieci minimalna powierzchnia pomieszczenia na 1 dziecko powinna wynosić 3,0 m².
4. Przy sali dla niemowląt zapewnia się możliwość leżakowania na werandzie lub tarasie.
5. W żłobku zapewnia się możliwość wyjścia na teren przyległy do żłobka wyposażony w urządzenia do zabaw; teren ten powinien być niedostępny dla osób postronnych



Spółka z o.o. „Promocja i Zdrowie” ogłasza nabór na następujące formy kształcenia podyplomowego:

Kursy kwalifikacyjne:

1. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek
2. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej dla pielęgniarek
3. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek
4. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego dla pielęgniarek
5. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek
6. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek
7. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania dla pielęgniarek
8. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek

Kursy specjalistyczne:

1. Kurs specjalistyczny w zakresie leczenia ran dla pielęgniarek
2. Kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych dla pielęgniarek
3. Kurs specjalistyczny w zakresie endoskopii dla pielęgniarek
4. Kurs specjalistyczny w zakresie leczenia ran dla położnych
5. Kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej dla pielęgniarek i położnych
6. Kurs specjalistyczny w zakresie terapii bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych
7. Kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej dla pielęgniarek i położnych
8. Kurs specjalistyczny w zakresie wykonania i interpretacji zapisu ekg dla pielęgniarek i położnych

Rozpoczęcie kursu nastąpi z chwilą zebrania grupy co najmniej 30-osobowej

INFORMACJE

Biuro NOIP w Nowym Sączu
ul. Kilińskiego 68, 33-300 Nowy Sącz, tel. (018) 443 78 83

Czynne: poniedziałek, środa, czwartek - 8.00 - 15.00, wtorek, piątek - 8.00 - 18.00.

Informacji na temat realizacji zadań Okręgowej Rady udzielają:

Przewodnicząca - mgr Bożena Hudzik
we wtorek i piątek w godzinach 16.00 - 18.00

V – ce przewodnicząca mgr Halina Zarotyńska
- w poniedziałek 8.00 - 15.00, wtorek 8.00 - 17.00,
środe 8.00 - 15.00, czwartek 8.00 - 15.00, piątek 8.00 - 14.00.

Pracownik Biura — Elżbieta Prusak — dział prawa wykonywania zawodu
- od poniedziałku do piątku w godzinach: 9.00 - 14.00

Skarbnik — mgr Krystyna Nosal
pełni dyżur we wtorek, piątek w godzinach: 15.15 - 17.00

Radca Prawny OIPiP w Nowym Sączu:
Porady prawne w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu
mgr Aleksandra Pietrzak - w każdy wtorek w godzinach: 14.00 - 16.00

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Pastuszak - pełni dyżur w dniach posiedzeń POR i OR w godzinach 14.30-15.30

Przewodnicząca Okręgowego Sądu — mgr Elżbieta Rafa
pełni dyżur w dniach posiedzeń POR i OR, w godzinach 14.30-15.30

Biblioteka i czytelnia: codziennie - w godzinach: 9.00 - 14.00

