

Wokół

Biuletyn informacyjny nr 55

Czepka

Najważniejsze tematy...

Na marginesie

Przed nami kolejne święta Bożego Narodzenia, które są tak bardzo wyczekiwane przez starszych i młodszych, które są właściwym momentem na przemyślenia i podsumowania ... str 3

Zgodnie z prawem

Od 1 stycznia 2019r zacznie obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ... str 6

Warto wiedzieć

100 lecie odzyskania niepodległości ... str 12

Najpiękniejsze szopki w Polsce ... str 14

Koniecznie przeczytaj

Kontrowersje wokół higieny rąk ... str 18

STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL
Przewodnicząca ORPiP	mgr Małgorzata Sokulska	przewodniczaca@orpip.radom.pl
Sekretarz ORPiP	mgr Barbara Tusińska	sekretarz@orpip.radom.pl
St. specjalista ds rejestru	mgr Agnieszka Gozdur	rejestr@orpip.radom.pl
Specjalista ds administracyjno - biurowych	Jolanta Jasiuk	administracja@orpip.radom.pl
St. specjalista ds szkoleniowych	mgr Diana Wiśniewska - Janas	szkolenia@orpip.radom.pl

**HARMONOGRAM POSIEDZEŃ
OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
I PREZYDIUM ORPIP NA ROK 2018**

Lp.	Planowany termin	Gremium	WOKÓŁ CZEPKA
1	18 stycznia - czwartek	ORPiP	Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Adres Redakcji: 26-600 Radom, ul. Paderewskiego 15 tel./fax 48 360 69 60 e-mail: orpip@orpip.radom.pl www.orpip.radom.pl Redaktor Naczelna Małgorzata Sokulska Zespół Redakcyjny Diana Wiśniewska-Janias Barbara Tusińska
2	16 lutego - piątek	Prezydium	
3	9 marca - piątek	ORPiP	
4	6 kwietnia - piątek	Prezydium	
5	11 maja - piątek	Prezydium	
6	22 czerwca - piątek	ORPiP	
7	20 lipca - piątek	Prezydium	
8	31 sierpnia - piątek	Prezydium	
9	21 września - piątek	ORPiP	
10	19 października - piątek	Prezydium	
11	16 listopada - piątek	Prezydium	
12	14 grudnia - piątek	ORPiP	

Posiedzenie Prezydium lub Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych może ulec zmianie.

O wszelkich zmianach będziemy informować na bieżąco na stronie www.orpip.radom.pl

DZIAŁY TEMATYCZNE:

I	NA MARGINESIE	3
II	AKTUALNOŚCI	4
III	WOKÓŁ SAMORZĄDU	5
IV	ZGODNIE Z PRAWEM	6
V	WARTO WIEDZIEĆ	12
VI	KONIECZNIE PRZECZYTAJ	18
VII	OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA	23

I. Na marginesie



Drogie Koleżanki i Koledzy

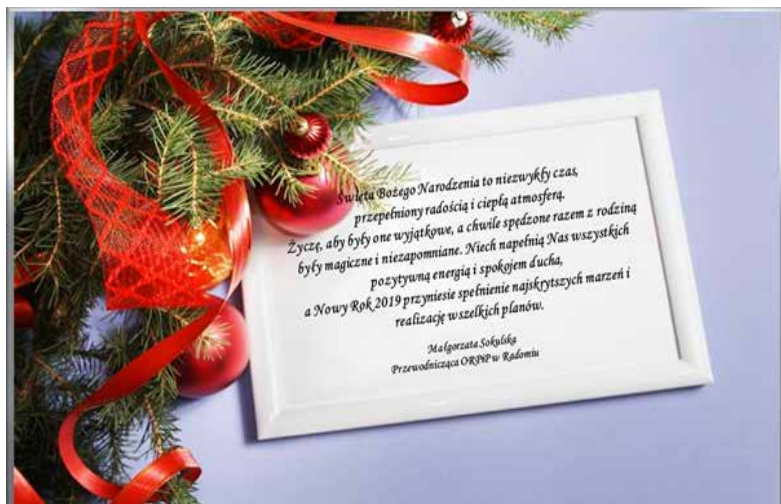
Przed nami kolejne święta Bożego Narodzenia, które są tak bardzo wyczekiwane przez starszych i młodszych, które są właściwym momentem na przemyślenia i podsumowania, a także na rozmowę i przebaczenie. Te święta są okazją, aby się wyciszyć, spotkać z rodziną oraz znajomymi, miło spędzić czas, spokojnie porozmawiać, posłuchać kolęd. Boże Narodzenie to czas świątecznej życzliwości i niespodzianek czas, który każdy z nas pragnie spędzić z tymi, którzy są najważniejsi w naszym życiu. Przekazywanie życzeń jest tradycją. Chcemy aby były oryginalne, możemy je znaleźć w internecie, ale najlepsze są takie od serca, z głowy. Bo tego co czujemy nie znajdziemy w internetowych stronach. Świąteczne życzenia są czymś magicznym, mają w sobie to ciepło, które chcemy przekazać w tym niezwykłym czasie. Życzenia świąteczne bożonarodzeniowe wysyłamy też

SMSami, warto znaleźć te unikalne, aby nie wysłać czegoś, co dostaliśmy rok temu od innych znajomych czy członków rodziny.

Jednak święta to nie tylko dom i rodzina, to także praca i współpracownicy. Wiele/wielu z Was będzie w wigilijny wieczór i święta przy pacjentach. Pamiętajcie, że jesteście dla tych ludzi i w tym czasie najbliższymi osobami. Życzę Wam drogie koleżanki i koledzy, aby nigdy nie zabrakło Wam miłości, zaufania i wsparcia. Przy pięknie ustrojonej choince wśród bliskich przeżywajcie magię tych pięknych radosnych świąt. Raz jeszcze życzę dużo zdrowia i tego, by te święta dawały wam dużo siły i odwagi, a nadchodzący 2019 Nowy Rok przyniósł spokój, stabilizację oraz prawdziwą i zwyczajną ludzką życzliwość, ale także zawodową solidarność

Małgosia





EWANGELIA MIŁOŚCI

Gdy staniesz z białym jak śnieg opłatkiem w ręce
przy: matce i ojcu, córce, synu – babci, dziadku,
cioci, wujku, stryju, stryjence – siostrze, bracie, synowej,
zięciu, a także przed wnuczętami;

podziel się z nimi miłości szczerą słowami.

Niech dobro i radość w sercach Twoich
drogich bliskich zagości,
wygodnie się rozsiądzie przy wigilijnym
stole i głośno zakolęduje:

Cichą – grudniową nocą Bóg na świat
przybywa,

by człowiecza rodzina była zbawiona
i szczęśliwa!

A wy aniołowie na harfie Panu
przygrywajcie,

nowinę o Narodzeniu Pańskim
w Betlejem rozgłaszajcie.

Niech niebo, świat i ziemia cała po kresy
świętują,

uczynią życie i człowieka lepszym.

II. Aktualności

06.11.2018 – w OIPiP odbyło się bezpłatne szkolenie dla położnych i pielęgniarek pediatrycznych organizowane przez firmę Present-Service, na temat między innymi profesjonalnego wsparcia w karmieniu piersią, oraz wchodzącego w życie od 1 stycznia 2019r standardu opieki okołoporodowej

06.11.2018 – odbyło się posiedzenie Zespołu Pielęgniarek Rodzinnych, które prowadziła Małgorzata Konarska

06.11.2018 - odbyło się posiedzenie Zespołu Położnych, które prowadziła Agnieszka Nocoń

06.11.2018 – odbyło się posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

09.11.2018 – odbyło się posiedzenie Komisji Kształcenia, które prowadziła Barbara Tusińska,

15.11.2018 – w hotelu AVIATOR odbyło się szkoleń w zakresie RODO poprowadzone przez firmę Prometriq Akademia Zarządzania Sp. z o.o. z Sopotu

16.11.2018 – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP, które prowadziła przewodnicząca Małgorzata Sokulska

20.11.2018 – odbyło się spotkanie z pielęgniarkami zatrudnionymi w Domach Opieki Społecznej prowadzone przez przewodniczącą ORPiP Małgorzatę Sokulską

28.11.2018 – przewodnicząca Małgorzata Sokulska i skarbnik Ewa Banaszek wzięły udział w spotkaniu Mazowieckiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego w Warszawie

30.11-01.12.2018r – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska uczestniczyła w konferencji pn. VII Wschodnie Dni nad Noworodkiem i Niemowlęciem w Sandomierzu

04 – 06.12.2018 – Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska uczestniczyła w posiedzeniu NRPiP w Warszawie

07.12.2018 – w siedzibie OIPiP odbyło się bezpłatne szkolenie dla pielęgniarek zorganizowane przez firmę FAMILY SERVICE PELARGOS pt.: „Wielochorobowość – specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym”

10.12.2018r - Przewodnicząca Małgorzata Sokulska uczestniczyła w spotkaniu z pielęgniarkami w SPZ ZOZ w Ilży.

11.12.2018r - Przewodnicząca Małgorzata Sokulska, oraz sekretarz Barbara Tusińska uczestniczyły w postępowaniach konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału ginekologiczno - położniczego, oraz Przełożonej Poradni Specjalistycznych w RSzS

12.12.2018r - odbyło się spotkanie z Pełnomocnikami ORPiP oraz Pielęgniarkami Naczelnymi/ Dyr. ds. Pielęgniarstwa pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej

13.12.2018r – odbyła się kontrola Okręgowej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Marioli Surma

14.12.2018r - odbyło się posiedzenie ORPiP pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej

15.12.2018r – odbył się Adwentowy Dzień Skupienia organizowany dla między innymi przez Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek Polskich

III. Wokół samorządu

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

W dniu 19 października 2018 odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 375 - 377/VII/2018
- w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu

Uchwały nr 378 - 379/VII/2018
- w/s wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych

Uchwały nr 380 - 381/VII/2018
- w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych

Uchwały nr 382/VII/2018
- w/s wydania zaświadczenia o kwalifikacjach pielęgniarki

Uchwała nr 383/VII/2018
- w/s pomocy koleżeńskiej finansowej dla członków samorządu

Uchwała nr 384/VII/2018
- w/s przyznania jednorazowej zapomogi koleżankom odchodzącym na emeryturę

Uchwała nr 385/VII/2018
- w/s przyznania dofinansowania kształcenia podyplomowego

Uchwała nr 386 - 387/VII/2018
- w/s wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Uchwała nr 388/VII/2018
- w/s przyjęcia aneksu do Uchwały nr 81/VII/2016

Uchwała nr 389 - 390/VII/2018
- w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnej kursów

Uchwała nr 391/VII/2018
- w/s doposażenia biura OIPiP

Uchwała nr 392/VII/2018
- w/s doposażenia Ośrodka Kształcenia

Uchwała nr 393/VII/2018
- w/s powołania komitetu organizacyjnego na czas przewodnictwa w FSZZP

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

W dniu 16 listopada 2018 odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 633 - 638/VII/2018
- w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu

Uchwała nr 639 - 640/VII/2018
- w/s wydania nowego zaświadczenia PWZ

Uchwała nr 641/VII/2018
- w/s wpisu do rejestru położnej

Uchwały nr 642 - 645/VII/2018
- w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek

Uchwała nr 646/VII/2018
- w/s wydania zaświadczenia o kwalifikacjach pielęgniarki

Uchwała nr 647/VII/2018
- w/s pomocy koleżeńskiej finansowej dla członków samorządu

Uchwała nr 648/VII/2018
- w/s przyznania jednorazowej zapomogi koleżankom odchodzącym na emeryturę

Uchwała nr 649/VII/2018
- w/s przyznania dofinansowania kształcenia podyplomowego

Uchwała nr 650 - 651/VII/2018
- w/s skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6 latach

Uchwała nr 652/VII/2018
- w/s wytypowania przedstawiciela do komisji egzaminacyjnej kursu

Uchwała nr 653/VII/2018
- w/s zorganizowania i dofinansowania kosztów uroczystego posiedzenia, świątecznego posiedzenia ORPiP i spotkania z Pielęgniarkami Naczelnymi, Pełnomocnikami ORPiP

Uchwała nr 654/VII/2018
- w/s zakupu kalendarzy dla członków OIPiP

Uchwała nr 655/VII/2018
- w/s prac modernizacyjnych w biurze OIPiP

Uchwała nr 656/VII/2018
- w/s dofinansowania kosztów konferencji

Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Pielęgniarki i położne popierają obywatelską inicjatywę „Szczepimy, bo myślimy”

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo oświatowe oraz niektórych innych ustaw, przygotowany w ramach inicjatywy obywatelskiej – „Szczepimy, bo myślimy”. Projekt zakłada wprowadzenie punktów za szczepienie dzieci, jako jednego z kryteriów przy przyjęciu do publicznych przedszkoli i żłobków.

Szczepienia to jedno z najpotężniejszych narzędzi, jakimi dysponuje zdrowie publiczne. Są najskuteczniejszym sposobem w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi zagrażającymi zdrowiu i życiu. Są skuteczną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze prewencji indywidualnej, jak również kształtowania odporności całej populacji (prewencji zbiorowej).

Pielęgniarki i położne wiedzą, jak ważna w tym aspekcie jest właściwa profilaktyka. Wynika to bezpośrednio z Art. 4, pkt 7 i 8 Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, która mówi, że zadaniem samorządu pielęgniarek i położnych jest zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa; organizacji ochrony zdrowia oraz edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Samorząd pielęgniarek i położnych uważa, że istnieje konieczność wzmocnienia dotychczasowych oraz podjęcia nowych działań na rzecz szczepień ochronnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Stanowiskiem Nr 38 z dnia 13 listopada 2018r. poparła akcję zbierania podpisów pod projektem obywatelskiej inicjatywy „Szczepimy, bo myślimy”. Jednocześnie deklarujemy aktywne wsparcie wszelkich działań edukacyjno-informacyjnych wśród polskiego społeczeństwa na temat zagrożeń wynikających z zaniechania szczepień ochronnych. Do akcji zbierania podpisów pod projektem przystąpiły Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych.

IV. Zgodnie z prawem

Co w prawie piszczy:

Od 1 stycznia 2019r zacznie obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane 19 października 2018r (Dz. U. 2018 poz. 2012).

Rozporządzenie określa równoważniki etatu na 1 łóżko oraz równoważniki kwalifikacji.

W przypadku oddziałów zachowawczych obowiązywał będzie równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, na oddziałach zabiegowych równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w przypadku leczenia dzieci - równoważnik co najmniej 0,8 lub 0,9 etatu na 1 łóżko, w zależności od profilu oddziału.

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji są obowiązani w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 30 czerwca 2019 r. zapewnić, aby równoważnik etatu na 1 łóżko nie był niższy niż określa to rozporządzenie. Zapewnienie równoważnika co najmniej 2 etatów pielęgniarek lub położnych o odpowiednich kwalifikacjach w zakresie specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych, świadczeniodawcy zobowiązani są zapewnić nie później niż w terminie do dnia 31 grudnia 2021 r.

Rozporządzenie wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewniając dostępność i utrzymując odpowiednią jakość świadczeń. Pielęgniarki i położne są zatrudnione w podmiotach leczniczych i udzielają świadczeń gwarantowanych zgodnie z kompetencjami. Wskazanie dla podmiotów leczniczych wymogu zapewnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do: zapewnienia jakości świadczeń udzielanych przez pielęgniarki

oraz położne samodzielnie tj. świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia, zapewnienia udziału pielęgniarek i położnych w świadczeniach realizowanych przez lekarzy i innych pracowników wykonujących zawody medyczne, zmniejszenia liczby powikłań i zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz związanych z tym kosztów, zmniejszenia liczby błędów medycznych, a co za tym idzie zmniejszenia kosztów związanych z ordynacją i dystrybucją produktów leczniczych, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pielęgniarek/położnych, racjonalnego zarządzania zasobami ludzkimi, planowania środków finansowych na zadania wykonywane przez pielęgniarki/położne. Natomiast w sytuacji niewystarczającej liczby pielęgniarek/położnych może dochodzić do między innymi do następujących zdarzeń: wydłużenia hospitalizacji, zwiększenia liczby powikłań np. zapalenia płuc, zakażenia odczynkowe, odleżyny, zwiększenia liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych, zwiększenia liczby upadków, zwiększenia śmiertelności pacjentów, zwiększenia liczby błędów medycznych a w konsekwencji ponownych hospitalizacji”.

Nowe stawki za udostępnienie dokumentacji medycznej od 1.12.2018

Przedruki : Copyright © 2014 - 2018 Wolters Kluwer Polska Spółka z o.o.

d 1 grudnia 2018 r. obowiązują nowe stawki za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- wyciągu, odpisu;
- kopii, wydruku;
- na informatycznym nośniku danych

Maksymalna wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej - aktualne stawki

Okres obowiązywania opłat	Podstawa wyliczenia - wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale ¹	1 strona wyciągu lub odpisu (0,002 przeciętnego wynagrodzenia)	1 strona kopii albo wydruku- 0,00007	Dokumentacja medyczna na informatycznym nośniku danych (0,0004 przeciętnego wynagrodzenia)
1.12.2018-28.02.2019	4580,20 ²	9,16 zł	0,32 zł	1,83 zł
1.09.2018-30.11.2018	4521,08 ³	9,04 zł	0,31 zł	1,80 zł
1.06.2018-31.08.2018	4622,84 ⁴	9,24 zł	0,32 zł	1,84 zł
1.03.2018-31.05.2018	4516,69 ⁵	9,03 zł	0,31 zł	1,80 zł
1.12.2017-28.02.2018	4255,59 zł ⁶	8,51 zł	0,29 zł	1,70 zł
1.09.2017-30.11.2017	4220,69 zł ⁷	8,44 zł	0,29 zł	1,68 zł
1.06.2017-31.08.2017	4353,55 zł ⁸	8,70 zł	0,30 zł	1,74 zł
11.05.2017-31.05.2017	4218,92 zł ⁹	8,43 zł	0,29 zł	1,68 zł

1 - Artykuł 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.) wskazuje, że podstawą wyliczenia stawek opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej jest przeciętne wynagrodzenie w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 887 z późn. zm.).

2 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 13 listopada 2018 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w trzecim kwartale 2018 r. (M. P. poz. 1100).

3 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 sierpnia 2018 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w drugim kwartale 2018 r. (M. P. poz. 764).

4 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 maja 2018 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w pierwszym kwartale 2018 r. (M.P. poz. 472).

5 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2018 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w czwartym kwartale 2017 r. (M.P. poz. 181).

6 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 10 listopada 2017 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w trzecim kwartale 2017 r. (M.P. poz. 1012).

7 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w drugim kwartale 2017 r. (M.P. poz. 811).

8 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 maja 2017 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w pierwszym kwartale 2017 r. (M.P. poz. 446).

9 - Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w czwartym kwartale 2016 r. (M.P. poz. 180).

Od 1-go grudnia koniec z papierowymi zwolnieniami lekarskimi

Z początkiem grudnia lekarze będą mogli wystawiać zwolnienia lekarskie pacjentowi jedynie w postaci elektronicznej (e-ZLA). Oznacza to, że tylko w takiej postaci zwolnienia będą respektowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. E-zla będą więc stanowiły wyłączną podstawę do wypłaty zasiłku chorobowego. Forma papierowa dopuszczalna będzie tylko w wyjątkowych sytuacjach, jak np. awaria systemu.

Jak podkreśla ZUS, wystawione elektronicznie zwolnienie zostanie natychmiast przesłane do pracodawcy i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dzięki temu pacjent nie będzie musiał wybierać się do pracodawcy, aby zanieść mu zwolnienie. We wdrożeniu reformy pomoc mają m.in. asystenci medyczni, którym lekarz może udzielić upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich w jego imieniu.

Przedstawiciele największych organizacji lekarskich biją jednak na alarm, że nie wszystkie placówki są gotowe wystawiać zwolnienia tylko w wersji elektronicznej, i wezwali rząd do wycofania się z obligatoryjnego wprowadzenia e-zwolnień. Jednocześnie postanowili, że po 1 grudnia niektórzy lekarze będą orzekać o niezdolności do pracy pacjentów na specjalnych drukach opracowanych przez siebie.

Upoważnienie asystentów medycznych do wystawiania zaświadczeń w imieniu lekarza

Pielęgniarki, ratownicy medyczni czy sekretarki medyczne to osoby, mogą już wystawiać e-zwolnienia lekarskie. 23 września 2018r weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W skutek nowelizacji, lekarz (mający profil informacyjny) może upoważnić do wystawiania zwolnienia lekarskiego

– w jego imieniu i na podstawie dokumentacji medycznej – pracownika wykonującego zawód medyczny lub czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (mającego profil informacyjny). Upoważnienie takie będzie można wydać na nie dłużej niż 12 miesięcy. Po tym czasie kolejne upoważnienia będzie można udzielać na okresy także nie przekraczające jednego roku.

Asystenci medyczni aby wystawiać zwolnienia muszą jednak posiadać zarejestrowane konto na Platformie Usług Elektronicznych ZUS (PUE ZUS) i być wpisani do Rejestru Asystentów Medycznych (RAM). Rejestr zawiera m.in. utworzone upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich wraz z datą ich obowiązywania, dane dotyczące wystawiających zaświadczenia (tj. lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów) oraz asystentów upoważnionych do ich wystawiania.

Poniżej komentarz praktyczny

Autor: Kaczorowska-Kossowska Iwona

Copyright © 2014 - 2018 Wolters Kluwer Polska Spółka z o.o.

1. Wypisanie a wystawienie zaświadczenia

Tematyka zasygnalizowana w tytule nawiązuje do niuansu pojęciowego, jaki już od dawna dostrzegany był w praktyce prawa medycznego w odniesieniu do recept, a mianowicie do różnicy pomiędzy wystawieniem określonego dokumentu a jego wypisaniem.

O ile samo wypisanie dokumentu postrzegane jest jako czynność materialno-techniczna, o tyle wystawienie dokumentu to czynność wiążąca się z przyjęciem odpowiedzialności za jego treść. Wystawienie dokumentu to także pojęcie odwołujące się do posiadania określonych uprawnień, rozumiane jest bowiem jako efekt podjęcia czynności skutkujących stwierdzeniem pewnych okoliczności i ustaleniem ich konsekwencji. Istotą recepty jest wskazanie w jej treści produktów leczniczych, jakie zostały zaordynowane na skutek przeprowadzonego procesu diagnostycznego i podjęcia decyzji terapeutycznych. Podobnie postrzegane było też zawsze wystawienie

zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy: jego istota to stwierdzenie, na skutek przeprowadzonego procesu diagnostycznego, że dana osoba nie jest zdolna do wykonywania pracy przez określony czas, z uwagi na stan zdrowia. Od lat wypisywaniem druków tych zaświadczeń zajmowały się często, na zlecenie lekarza, pielęgniarki, wypełniając druk zgodnie z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej, ale też i danymi pozyskanymi od pacjenta, takimi jak np. NIP jego pracodawcy. W następstwie wypełnienia formularza był on jednak podpisywany przez lekarza, co powodowało, że czynność wypisania L4 (następnie ZLA) nie rodziła sama przez się skutków prawnych, stwarzało je dopiero wystawienie zaświadczenia, które następowało w momencie jego podpisania przez lekarza.

2. Istota zmiany

Na skutek wejścia w życie przepisów ustawy z 13.09.2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mamy obecnie do czynienia z całkowitą zmianą przedstawionej sytuacji.

Od 23.10.2018 r. do ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – dalej u.s.p.u.s. – wprowadzono bowiem art. 54a, zgodnie z którym wystawiający zaświadczenie lekarskie, mający utworzony profil informacyjny, o którym mowa w art. 55a ust. 1 u.s.p.u.s., może udzielić upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, w jego imieniu i na podstawie danych dotyczących orzeczonej czasowej niezdolności do pracy zawartych w sporządzonej przez niego dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 55 ust. 4 pkt 2 u.s.p.u.s., osobie wykonującej:

- 1) zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dalej u.p.p.

3. Kwalifikacje asystenta

W pierwszym rzędzie konieczne jest prawidłowe ustalenie relacji pomiędzy zapisami pkt 1 i 2 w art. 54a ust. 1 u.s.p.u.s. Pierwszy z nich odwołuje się bowiem do określonego statusu na gruncie ustawy o działalności leczniczej, a mianowicie do wykonywania zawodu medycznego, a zatem i posiadania odpowiednich ku temu kwalifikacji. Artykuł 54a ust. 1 pkt 2 u.s.p.u.s. mówi natomiast o wykonywaniu czynności pomocniczych, odwołując się następnie do zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określających krąg uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej. Artykuł 54a ust. 1 u.s.p.u.s. nie wyjaśnia jednak kwestii zasadniczej, tzn. czy upoważnienie udzielone może być osobie wykonującej zawód medyczny, a jednocześnie pełniącej czynności pomocnicze (np. pielęgniarka pełniąca funkcję rejestratorki medycznej), czy też art. 54a ust. 1 u.s.p.u.s. wymienia dwie odrębne kategorie pracowników, którym takie upoważnienie może być udzielone. Pomiędzy pkt 1 i 2 w art. 54a ust. 1 u.s.p.u.s. brak jakiegokolwiek znaku pozwalającego na dokonanie wykładni logicznej, takiego jak „i”, „lub”, „albo”.

Z pomocą przychodzi w tym miejscu uzasadnienie, jakie towarzyszyło projektowi ustawy wprowadzającej art. 54a u.s.p.u.s., w którym czytamy, że „osobami umocowanymi do wystawiania zaświadczenia lekarskiego na podstawie osobnego upoważnienia, udzielonego przez lekarza mającego utworzony profil informacyjny, o którym mowa w art. 55a ust. 1 ustawy, byłyby osoby:

- 1) wykonujące zawód medyczny [...], lub
- 2) wykonujące czynności pomocnicze [...]” (zob. VIII kadencja, druk sejm. nr 2773, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=2773>).

Projektodawca wskazał więc, że możliwość udzielenia upoważnienia osobie wykonującej zawód medyczny oraz osobie wykonującej czynności pomocnicze traktuje jako dwie odrębne możliwości. Do podobnego wniosku prowadzi lektura art. 54a ust. 8 u.s.p.u.s., regulującego zakres danych objętych Rejestrem Asystentów Medycznych. W art. 54a ust. 8 pkt 2 u.s.p.u.s., dotyczącym danych osoby upoważnionej, wymienia się określenie zawodu medycznego, jaki osoba ta wykonuje, i numer prawa wykonywania

tego zawodu, jeżeli posiada, lub wskazanie, że jest osobą wykonującą czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 2 u.p.p. Prowadzi to do wniosku, że upoważnienie może być udzielone bądź to osobie wykonującej zawód medyczny, bądź też innej, ale wykonującej czynności pomocnicze i z tego tytułu upoważnionej do dostępu do dokumentacji medycznej w danym podmiocie.

4. Tryb udzielania upoważnienia

Jak wynika z art. 54a ust. 5 u.s.p.u.s., udzielenie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich następuje przez jego wytworzenie w Rejestrze Asystentów Medycznych przez:

- 1) osobę, której ma być udzielone upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich, lub
- 2) podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz jego podpisanie przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzenia pochodzenia i integralności danych w postaci elektronicznej dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Do udzielenia upoważnienia, a także wprowadzenia danej osoby do Rejestru Asystentów Medycznych, może dojść więc bez udziału tej osoby, a nawet bez jej wiedzy. Na poziomie Rejestru nie ma więc narzędzi uwidaczniających potwierdzenie asystenta medycznego przyjęcia na siebie wspomnianej roli, zadeklarowania wiedzy o zasadach wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy ani oświadczenia o przyjęciu do wiadomości roli zaświadczenia i skutków jego ewentualnego błędnego wystawienia czy też zaniechania tej czynności.

Wszystkie te elementy będą więc musiały być rozwiązywane na poziomie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, tj. w ramach ich wewnętrznych działań i procedur.

5. Czasowo i z możliwością cofnięcia

Upoważnienia można udzielić na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu można udzielać kolejnych upoważnień na okresy nie

dłuższe niż 12 miesięcy. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może być w każdym czasie cofnięte przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie. Należy przyjąć, że początkiem terminu, na jaki udzielane jest upoważnienie, jak również dniem jego cofnięcia, będzie dzień wprowadzenia odpowiedniej dyspozycji do Rejestru Asystentów Medycznych.

Omawiając kwestię możliwości cofania upoważnienia, należy zwrócić uwagę na wynikający z art. 54a ust. 8 pkt 6 u.s.p.u.s. wymóg wpisania w rejestrze określenia przyczyny cofnięcia albo wygaśnięcia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Uwidocznienie w rejestrze przyczyny cofnięcia upoważnienia znajduje swoje uzasadnienie z uwagi na pływającą z art. 60 ust. 6 u.s.p.u.s. możliwość cofnięcia wpisu przez ZUS w przypadku stwierdzenia powtarzających się, po stronie asystenta medycznego, uchybień.

Niewątpliwie natomiast korzystanie z możliwości wpisu przyczyny cofnięcia upoważnienia będzie wymagało od upoważniających szczególnej ostrożności, gdyż w przypadku podania przyczyny niezwyfikowanej obiektywnie może prowadzić do zarzutu naruszenia dóbr osobistych asystenta medycznego.

6. Rozkład odpowiedzialności

Najistotniejszym problemem pojawiającym się na tle tej bezprecedensowej regulacji jest kwestia rozkładu odpowiedzialności, jaka będzie powstawać w dwóch sytuacjach: wystawienia zaświadczenia w sposób nieprawidłowy oraz zaniechania tej czynności. Konstrukcja przyjęta w art. 54a u.s.p.u.s. powoduje bowiem, że wypełnienie i wprowadzenie do systemu elektronicznego zaświadczenia przez asystenta medycznego nie doznaje jakiegokolwiek kontroli formalnej ze strony lekarza, który orzekł o niezdolności do pracy. To asystent medyczny generuje treść wpisu, jaki będzie wprowadzony do systemu, a następnie potwierdza treść własnym podpisem (elektronicznym lub innym przewidzianym w ustawie).

Kwestię tej odpowiedzialności reguluje niemal wyczerpująco art. 54a ust. 6 u.s.p.u.s., stwierdzając, że od dnia udzielenia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich do dnia jego cofnięcia albo wygaśnięcia

wystawiający zaświadczenie lekarskie ponosi odpowiedzialność wynikającą z przepisów ustawy za skutki nieprawidłowego wystawienia zaświadczenia lekarskiego przez osobę upoważnioną, o której mowa w art. 54a ust. 1 u.s.p.u.s. Pomijając, że w tym miejscu mianem „wystawiającego zaświadczenie” ustawa określa lekarza (mimo że czynność „wystawienia zaświadczenia” przypisuje asystentowi medycznemu), na uwagę zasługuje fakt, iż odpowiedzialność za błędne wystawienie zaświadczenia przepis ten przypisuje lekarzowi, w imieniu którego zaświadczenie wprowadzono do systemu. Tylko jednak w zakresie skutków nieprawidłowego wystawienia zaświadczenia.

Pierwszym wnioskiem, jaki rodzi się na gruncie wspomnianego zapisu, jest ten, że przypisanie odpowiedzialności lekarzowi za czynności asystenta medycznego następuje tylko w odniesieniu do aktywności, czyli zaświadczeń wystawionych. W przypadku gdyby nieprawidłowość zachowania asystenta polegała na zaniechaniu, czyli niewprowadzeniu treści zaświadczenia do systemu w ogóle, odpowiedzialnym za skutki takiej sytuacji pozostaje asystent medyczny. Skutki te mogą być zaś daleko idące, jeśli weźmiemy pod uwagę, że w przypadku e-zwolnień pracownik uzyskuje zwolnienie od pracy z zachowaniem świadczeń pieniężnych tylko na podstawie odpowiednio wygenerowanego wpisu w systemie informatycznym.

Asystent medyczny będzie więc zwolniony z odpowiedzialności, jeśli prawidłowo (tj. zgodnie z treścią wpisu w dokumentacji medycznej) wygeneruje zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy. Nie będzie też odpowiadał wobec pacjenta, jeśli popełni błąd we wprowadzanej treści (np. wprowadzi zbyt krótki okres zwolnienia). Roszczenia majątkowe z tego tytułu pacjent będzie musiał kierować wobec podmiotu leczniczego, w ramach którego zaświadczenie wystawiono, rozliczenia wewnętrzne pomiędzy także podmiotem, lekarzem i asystentem medycznym pozostają natomiast kwestią roszczeń regresowych, uzależnionych w dużym stopniu formą zatrudnienia i zakresem odpowiedzialności, jaki przyjmie na siebie dany asystent.

Pozostaje natomiast pytanie, jak szeroko

należy rozumieć przypisanie lekarzowi, w imieniu którego wystawiono zaświadczenie, odpowiedzialność za skutki błędów asystenta z punktu widzenia odpowiedzialności karnej za tzw. fałsz intelektualny, określony w art. 271 ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny: odpowiedzialności z tego tytułu podlega funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne. W omawianej konstrukcji poświadczenie nieprawdy może nastąpić zarówno w treści dokumentacji medycznej (bezpodstawne orzeczenie przez lekarza, że dana osoba jest niezdolna do pracy), jak i w treści samego wpisu dokonywanego przez asystenta medycznego (wystawienie zaświadczenia pomimo braku orzeczenia w dokumentacji medycznej lub na czas dłuższy niż wynikający z tej dokumentacji). W tym drugim przypadku orzecznictwo sądów będzie niewątpliwie musiało wypracować linię orzeczniczą nie tylko dotyczącą odpowiedzialności lekarza w razie działania asystenta medycznego mającego charakter umyślny, ale też i kwestię ewentualnego statusu asystenta medycznego jako funkcjonariusza publicznego.

.....
Monika Sewastianowicz

**Przedruk :Copyright © 2014 - 2018
Wolters Kluwer Polska Spółka z o.o.**

Wszawica to choroba, z którą wciąż boryka się wielu uczniów i przedszkolaków. Rodzice często uznają problem za wstydlivy i nie informują o nim ani placówki, ani innych rodziców, co sprawia, że po kilku dniach pasożyty roznoszą się po całej klasie. Prawo oświatowe nie daje dyrektorom jasnej odpowiedzi, jak postępować w takich sytuacjach, pomocne mogą być natomiast procedury stworzone przez sanepid.

Wszawica wciąż uważana jest za temat tabu, panuje bowiem przekonanie, że to problem najniższych warstw społeczeństwa i dotyczy przede wszystkim ludzi, którzy zaniedbują podstawową higienę. To mit - jak wynika z danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), wszawicą najczęściej zarażają się dzieci w wieku 3-12 lat. Najczęściej w trakcie zabawy lub używając wspólnych przedmiotów (szczotki, spinki, grzebień, ubrania, nakrycia

głowy, pluszowe zabawki, materace, pościel). Do zarażenia często dochodzi w przedszkolach i w szkołach, może się to zdarzyć np. w szatni, gdzie wszystkie ubrania leżą blisko siebie

Zgoda rodzica nie zawsze potrzebna

Rodzice uczniów i przedszkolaków często wychodzą z założenia, że przyznanie się do problemu to wstyd i w dodatku narazi to ich dziecko na ostracyzm ze strony rówieśników, dlatego niechętnie przyznają się do problemu, przez to pasożyt rozprzestrzenia się w szybkim tempie po całym oddziale i jest trudny do zlikwidowania.

Jak wynika ze stanowiska GIS, szkoła ma prawo sprawdzać, czy dziecko nie ma wszy. Nie potrzebuje na to dodatkowej zgody rodziców, bo sprawdzanie czystości głowy zawiera się w zgodzie na objęcie dziecka opieką, w tym opieką higienistki i pielęgniarki. Sprawdzając czystość głów, szkoła musi dochować określonych procedur, a mianowicie przeprowadzać kontrole indywidualnie i w oddzielnym pomieszczeniu. O wynikach powiadamia się dyrektora szkoły, a także - indywidualnie - rodziców dziecka.

Pomocny wpis do statutu

Jak mówi nam prof. Antoni Jeżowski, przepisy oświatowe nie są do końca precyzyjne, jeżeli chodzi o sposób bradenia sobie z taką sytuacją. - Najrozsądniejszym sposobem rozwiązania problemu byłoby dodanie do statutu konkretnych zapisów, ustalonych wcześniej z rodzicami uczniów. Wtedy byłyby one częścią systemu prawa oświatowego, a nad ich przestrzeganiem czuwałyby organy nadzoru pedagogicznego. Wydaje się też, że rodzice chętniej stosowaliby procedury, które wcześniej z nimi uzgodniono - tłumaczy ekspert.

Jak informuje rzecznik szczecińskiego kuratorium oświaty, skargi na postępowanie szkół i przedszkoli, w których wystąpiła wszawica, wpływają stosunkowo rzadko. W takich przypadkach kuratorzy odsyłają skarżących do sanepidu.

- Stricte w prawie oświatowym nie znajdziemy regulacji, które pozwalałyby na wyegzekwowanie od rodzica, by rozwiązał problem, ale jeżeli dziecko często choruje, a rodzic nie dba o jego wyleczenie, to rodzi to podejrzenie, że dziecko jest zaniedbywane, a o tym

powiadamia się sąd rodzinny - podkreśla prof. Jeżowski.

Brak obowiązku informacyjnego

Rodzice uczniów nie mają też obowiązku informowania szkoły o problemie - i dotyczy to nie tylko wszawicy, ale nawet poważniejszych chorób, jak np. odra.

- O wystąpieniu u dziecka groźnej choroby zakaźnej lekarz powiadamia powiatowego inspektora sanitarnego. Jeżeli to konieczne dla zachowania bezpieczeństwa, organ wyda zalecenia, do których musi dostosować się szkoła i każda osoba, do której są one skierowane - mówi Jan Bondar, rzecznik prasowy GIS. Tłumaczy, że za niezastosowanie do zaleceń grożą sankcje, najczęściej orzekane są grzywny.

Według GIS, dyrektor szkoły nie ma prawa zakazać przychodzenia do szkoły dziecku dotkniętemu wszawicą. Odminną opinię /zamieszczoną poniżej/ na ten temat ma ekspertka LEX Prawo Oświatowe, Iwona Kaczorowska-Kossowska. Jej zdaniem postawą do odesłania ucznia do domu jest art. 1 pkt 14 ustawy - Prawo oświatowe, według którego system oświaty zapewnia w szczególności utrzymywanie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach i placówkach. Podkreśla, że w powiązaniu z rozporządzeniem ministra zdrowia, pozwala ono na odesłanie dziecka do domu.

Pytanie

Czy istnieje przepis prawny nakazujący uczniowi pozostanie domu w przypadku stwierdzenia u niego wszawicy lub świerzbu do momentu, gdy problem zostanie zlikwidowany?

Jaka instytucja ma prawo zabronić uczniowi uczęszczania do szkoły aby uchronić przed rozprzestrzenianiem się wszawicy, świerzbu w placówce?

Odpowiedź

Autor : Kaczorowska-Kossowska Iwona

Z uwagi na wymóg zapewnienia uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki wynikający z art. 1 pkt 14 Prawa oświatowego, dyrektor szkoły jest uprawniony do niedopuszczenia ucznia u którego zdiagnozowano chorobę zagrażającą innym uczniom, do obecności w szkole. Zasady działania, a przede wszystkim współdziałania z rodzicami dziecka w takich sytuacjach,

określać winien statut szkoły.

Zgodnie z art. 1 pkt 14 ustawy z 14.12.2016 r. Prawo oświatowe - dalej p.o. system oświaty zapewnia w szczególności utrzymywanie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach i placówkach. Realizacja tego zadania należy, zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 31.12.2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, do dyrektora szkoły.

Organizację pracy w szkole, uwzględniającą ww. zadania systemu oświaty określać winien statut szkoły - art. 98 ust. 1 pkt 6 p.o. oraz § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 21.05.2001 r. w sprawie ramowych statutow publicznego przedszkola oraz publicznych szkół, z wyszczególnieniem organizacji i form współdziałania szkoły z rodzicami w zakresie nauczania, wychowania, opieki i profilaktyki (art. 98 ust. 2 pkt 2 p.o.).

Biorąc zaś pod uwagę przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.08.2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą gwarantującym współpracę pomiędzy lekarzem poz, pielęgniarką poz oraz pielęgniarką i higienistką szkolną a dyrektorem szkoły, informacja na temat stwierdzenia u ucznia choroby uzasadniającej osunięcie go od kontaktu z innymi uczniami z uwagi na wymóg zapewnienia im bezpiecznych i higienicznych warunków w miejscu nauki winna być udostępniona dyrektorowi szkoły w celu podjęcia działań przewidzianych na taką okoliczność w statucie szkoły.

W związku z tym należy uznać, że z uwagi na wymóg zapewnienia uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki wynikający z art. 1 pkt 14 p.p., dyrektor szkoły jest uprawniony do niedopuszczenia ucznia u którego zdiagnozowano chorobę zagrażającą innym uczniom do obecności w szkole. Zasady działania, a przede wszystkim współdziałania z rodzicami dziecka w takich sytuacjach, określać winien statut szkoły.

.....

Pytanie

Czy można telefonicznie przekazywać informację dotyczącą imienia i nazwiska lekarza dyżurującego danego dnia na oddziale w szpitalu?

Autor odpowiedzi : Łokaj Maciej

Odpowiedź

Zdaniem Autora odpowiedzi nie ma przeciwwskazań, aby przekazać informację dotyczącą imienia i nazwiska lekarza dyżurującego danego dnia na oddziale.

W wyroku z 19.11.2003 roku, I PK 590/02, Sąd Najwyższy stwierdził, że imię i nazwisko jest skierowanym na zewnątrz znakiem rozpoznawczym osoby fizycznej i ujawnienie go w celu jej identyfikacji nie może być zasadniczo uznane za bezprawne, o ile nie łączy się z naruszeniem innego dobra osobistego, np. czci, prywatności lub godności osobistej. Z tych przyczyn Autor odpowiedzi nie widzi przeszkód, aby taka informację przekazać dzwoniącemu.

Copyright © 2014 - 2018 Wolters Kluwer Polska Spółka z o.o.

Paweł Strzelec,

radca prawny OIRP w Lublinie

Odpowiedzialność cywilna z tytułu naruszenia praw pacjenta -wybrane tezy szkolenia z dnia 23 X 2018 r.

Regulacje prawne określające szczegółowy katalog oraz treść poszczególnych praw pacjenta służą nie tylko jako abstrakcyjny wzorzec ich realizacji, ale stwarzają podstawy do dochodzenia przez uprawnione osoby roszczeń w przypadku zawnionego naruszenia owego wzorca. W praktyce wystąpienie z roszczeniem o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta powiązane jest najczęściej z roszczeniem o odszkodowanie i zadośćuczynienie będące następstwem wadliwie przeprowadzonej interwencji medycznej skutkujące uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta. Ustawodawca co do zasady, łączy prawo do dochodzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z naruszeniem dóbr osobistych. Prawo takie ma każdy, czyje dobro osobiste zostało naruszone. W przypadku śmierci poszkodowanego przysługuje ono także najbliższym członkom rodziny zmarłego. Podstawę dochodzenia zadośćuczynienia

pieniężnego za doznaną krzywdę w kodeksie cywilnym stanowią przepisy art. 445 i 448. Na podstawie pierwszego z tych przepisów, poszkodowany może domagać się zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę m.in. w przypadkach uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. W myśl art. 448. kodeksu cywilnego „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.” Niezwykle istotnym uzupełnieniem katalogu podstaw prawnych dochodzenia przez pacjenta zadośćuczynienia z tytułu naruszenia jego praw, są normy o charakterze pozakodeksowym. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta „razie zawnionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego”. Warto podkreślić, że o samoistnej wartości przywołanego przepisu, z punktu widzenia pacjenta, decyduje to, że dochodząc roszczeń związanych z naruszeniem swych praw, nie musi odwoływać się do mocno niedookreślonego brzmienia art. 23 kodeksu cywilnego., w którego treści trudno poszukiwać szczegółowego odniesienia do sfery szczególnych dóbr chronionych przepisami regulującymi problematykę praw pacjenta. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa również krąg podmiotów, na które ustawodawca nakłada obowiązek stania na straży praw pacjenta, czyniąc ich tym samym adresatami potencjalnych roszczeń będących następstwem naruszenia tego obowiązku. W myśl art. 2 ustawy „przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych”. W tym kontekście, z punktu widzenia bezpieczeństwa

prawno-finansowego podmiotów leczniczych oraz osób wykonujących zawody medyczne, zasadnym jest odpowiedzieć na pytanie, czy szkody wywołane naruszeniem praw pacjenta mieszczą się w zakresie przedmiotowym ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą? Zgodnie art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, umowa ubezpieczenia: odpowiedzialności cywilnej obejmuje: szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Jak wynika z § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej objęta jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej pojęcie podmiotu prowadzącego działalność leczniczą dotyczy m.in. pielęgniarki i położnej wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej prowadzonej w formach przewidzianych przepisami tej ustawy. Zakres przedmiotowy art. 25 ust 1 ustawy o działalności leczniczej, obejmuje nie tylko następstwa błędnych działań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, lecz także zaniechań (niepodjęcia działań) udzielania świadczeń zdrowotnych. Mieści się w tej kategorii także sytuacja powstania szkody w wyniku bezpodstawnej odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego albo zbyt wczesnego zaprzestania udzielania takich świadczeń. W istocie jest to również naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Wydaje się, że jest to jedyne prawo pacjenta którego naruszenie i spowodowanie po stronie pacjenta szkody objęte jest ochroną ubezpieczeniową wynikającą z obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (szkody te można traktować jako następstwa niezgodnego z prawem zaniechania

udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Naruszenie innych praw pacjenta (np. prawa do wyrażenia zgody, poszanowania intymności i godności, tajemnicy informacji z nim związanych), których skutkiem jest szkoda niemajątkowa pacjenta, nie mieści się w zakresie przedmiotowym obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Jak wskazano wyżej, kluczowe znacznie z punktu widzenia analizowanego zagadnienia ma użyte przez ustawodawcę sformułowanie „szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych”. Samo pojęcie „świadczenia zdrowotnego” ustawodawca definiuje w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej, przyjmując, iż są to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania

medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Choć obydwa terminy (świadczenie zdrowotne i prawa pacjenta) mają inny zakres pojęciowy, wchodzą ze sobą w różnorakie relacje. Tytułem przykładu można wskazać, iż z realizacją określonego prawa pacjenta może być warunkiem legalności świadczenia zdrowotnego (np. respektowanie prawa do informacji, a tym bardziej prawa do wyrażenia zgody jest, co do zasady, warunkiem legalności interwencji medycznej). Na drugim biegunie są prawa, których realizacja, sama w sobie, nie stanowi warunku legalności świadczenia, ale ma poprawiać komfort jego udzielania (prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do poszanowania życia prywatnego). Użyte przez ustawodawcę określenie „szkody będących następstwem udzielania (nieudzielania) świadczeń zdrowotnych” nie może być tożsame ze „szkodami pozostającymi w związku z udzielaniem

świadczeń zdrowotnych”. Szkody będące następstwem udzielania (lub nieudzielania) świadczeń zdrowotnych należy rozumieć jako negatywne skutki dla pacjenta których przyczyną było nieprawidłowe udzielenie świadczenia lub niezgodne z prawem jego nieudzielenie. Szkoda spowodowana naruszeniem praw pacjenta nie jest więc następstwem (skutkiem) udzielania (nieudzielania) świadczeń zdrowotnych. Jest skutkiem, co do zasady, towarzyszącemu udzielaniu świadczeń medycznych prawu pacjenta, a właściwie zachowaniu, które owo prawo narusza. To rozróżnienie prowadzi do wniosku, iż na gruncie obowiązującego prawa mamy do czynienia z wyłączeniem z obowiązkowej ochrony ubezpieczeniowej podmiotów prowadzących działalność leczniczą w zakresie szkód spowodowanych naruszeniem praw pacjenta innych niż prawo do świadczeń zdrowotnych.

V. Warto wiedzieć

100 lecie odzyskania niepodległości



W 1918 r. stało się to, co wydawało się niemożliwe. Jednoczesna klęska trzech potęg zaborczych pozwoliła Polakom „wybić się na niepodległość”. Fakt ten trudno nam inaczej wytłumaczyć, jak przez opiekę i szczególne zrzęczenie Opatrzności Bożej.

Odzyskanie niepodległości i zjednoczenie ziem trzech zaborów po przeszło 120 latach niewoli jest bez wątpienia najważniejszym wydarzeniem w dziejach Polski XX wieku. Data 11 listopada skłania nas do przypomnienia losów Ojczyzny i do szacunku dla tych, którzy podjęli wyzwanie historii, potrafili wywalczyć, zorganizować i wreszcie obronić odrodzone państwo. To data-symbol, bo wolność zawitała wówczas do

polskich domów tylko w Kongresówce, zachodniej Galicji i na Śląsku Cieszyńskim. Na ziemiach zaboru niemieckiego, na Śląsku, Pomorzu i w Wielkopolsce wciąż trwały rządy pruskie, a Kresy Wschodnie czekała jeszcze długa i krwawa wojna.

Rozbiory Polski, które przyniosły podział państwa między trzy wielkie mocarstwa, wydawały się nieodwracalnym werdyktem historii. Od chwili wymazania Rzeczypospolitej z politycznej mapy Europy Polacy nie zrezygnowali nigdy w pełni z walki o niepodległość. W każdym pokoleniu stawali do skazanego na przegraną powstania. Oskarżani o brak realizmu, o romantyczne i idealistyczne pojmowanie roli narodu, tworzyli „żywy łańcuch

niepokornych”, przygotowując grunt pod „rok 1918”. Z chwilą wybuchu wojny, w sierpniu 1914 r., monarchie zaborcze stanęły po przeciwnych stronach frontu. Niemcy i Austro-Węgry napadły na Rosję. Po 2,5 roku wojny zdruzgotany został nasz wschodni zaborca: zła sytuacja na froncie doprowadziła do wybuchu rewolucji i wojny domowej w Rosji. Następne lata wojny przyniosły upadek mocarstw germańskich, które uległy potędze Ententy, w skład której wchodziły m.in. Francja, Wielka Brytania i USA. Można by powiedzieć, że jesienią 1918 r. nad naszymi zaborcami jakby przeleciał anioł sprawiedliwości dziejowej i poraził serca milionom wrogich nam żołnierzy, tak że sami rzucali broń i stawali się niezdolni do walki. Polacy mogli przystąpić do budowania własnej państwowości.

Polska uznana została za kraj należący do zwycięskiej koalicji jesienią 1917 r., dzięki dyplomatycznej działalności Narodowej Demokracji. W rezultacie pomyślnych starań, rządy państw Ententy oficjalnie uznały paryski Komitet Narodowy Polski (KNP), któremu przewodniczył Roman Dmowski, za oficjalną reprezentację Polski wśród nich. Zarazem podporządkowana KNP Armia Polska we Francji, dowodzona przez gen. Józefa Hallera, została włączona w skład wojsk koalicyjnych i wspólnie z nimi, częścią oddziałów, walczyła przeciw Niemcom na froncie zachodnim. Były to fakty o wielkim znaczeniu politycznym, jeśli wziąć pod uwagę, że powołane przez Józefa Piłsudskiego Legiony Polskie do czasu kryzysu przysięgowego w 1917 r. walczyły po stronie Austro-Węgier i Niemiec.

7 października 1918 r. Rada Regencyjna - namiastka władzy polskiej utworzona w czasie wojny światowej przez Niemców - wydała orędzie, które głosiło zjednoczenie wszystkich ziem polskich w przyszłym niepodległym państwie. Zapowiadała powołanie rządu oraz zwołanie sejmu wybranego na zasadach demokratycznych. Kontynuacją tych działań było przejęcie przez Radę Regencyjną władzy nad wojskiem polskim, które po rozłamie w Legionach pozostało u boku państw centralnych. Pod auspicjami regentów: abp. Aleksandra Kakowskiego, Józefa Ostrowskiego i Zdzisława Lubomirskiego tworzyły się zręby polskiej państwowości.

10 listopada 1918 r. przyjechał z niewoli niemieckiej do Warszawy Józef Piłsudski. Był on bez wątpienia pierwszoplanową postacią tamtej doby - obok Romana Dmowskiego, Ignacego Jana Paderewskiego, Wincentego Witosa, Wojciecha Korfanteo i całej plejady wybitnych polityków, których ówczesna Polska miała szczęście posiadać. Właśnie w nim powszechna opinia widziała najlepszego kandydata na stanowisko głowy państwa. Były socjalista, który „wysiadł na przystanku niepodległość”, zasłynął m.in. jako główny inspirator tworzenia polskich organizacji wojskowo-niepodległościowych w Galicji i tajnej Polskiej Organizacji Wojskowej w Kongresówce. W 1918 r. warstwy posiadające żywiły przekonanie, że Piłsudski nie dopuści do wybuchu rewolucji w kraju, a ugrupowania lewicowe spodziewały się, że dokona reform społecznych. Jego obecność w Warszawie zaktywizowała mieszkańców Kongresówki do akcji rozbijania Niemców. Nastąpiło to 11 listopada 1918 r. Zbiegło się z zakończeniem I wojny światowej i podpisaniem w Compiègne rozejmu między przedstawicielami pokonanych Niemiec i Francji występującej w imieniu zwycięskiej Ententy. W tymże dniu J. Piłsudski otrzymał z rąk Rady Regencyjnej władzę zwierzchnią nad wojskiem polskim. Parę dni wcześniej - 7 listopada 1918 r. w Lublinie „ukonstytuował” się Tymczasowy Rząd Ludowy Republiki Polskiej z premierem Ignacym

Daszyńskim. Gabinet ten miał jednak bardzo krótki żywot - 11 listopada podporządkował się J. Piłsudskiemu.

Na terenie byłego zaboru austriackiego, w Krakowie, już 28 października 1918 r. powołano Polską Komisję Likwidacyjną (PKL), której przewodniczył Wincenty Witos. Dysponowała ona własnym wojskiem, dowodzonym przez brygadiera Bolesława Roję. Jego oddziały 30 października zmusiły wojska austriackie w Krakowie i na prowincji do kapitulacji. Pod nazwą PKL, a potem Komisji Rządzącej dla Galicji, Śląska Cieszyńskiego, Orawy i Spiszu, działał pierwszy, całkowicie niezależny od zaborców i okupantów, regionalny polski rząd, który m.in. wysłał pomoc wojskową dla obrony Lwowa, gdzie 1 listopada 1918 r. rozgorzały walki z Ukraińcami. Komisja ta, podobnie jak Komitet Narodowy Polski w Paryżu, nie uznała ani tzw. rządu lubelskiego, ani gabinetu Jędrzeja Moraczewskiego w Warszawie, podporządkowała się dopiero rządowi, który powołał w połowie stycznia 1919 r. Ignacy Paderewski.

W chwili odzyskania państwowości Polska nie miała granic, skarbu ani administracji. Miała jedynie niezbyt liczne oddziały wojskowe. Jednak imponująca była energia, z jaką organizowano struktury II Rzeczypospolitej. Na początku 1919 r. odbyły się pierwsze wybory do Sejmu RP, a 20 lutego tegoż roku parlament uchwalił tymczasową konstytucję. W tym czasie państwo polskie prowadziło kilka wojen o granice, zakończonych dopiero w 1921 r.

Już od samego początku istnienia odrodzonej Rzeczypospolitej uroczyscie świętowano dzień 11 listopada, a ówcześni Polacy zdawali sobie dobrze sprawę, że odzyskanie niepodległości w 1918 r. nastąpiło po długoletniej walce dyplomatycznej i zbrojnej, że towarzyszyło mu wiele wydarzeń o szczególnym znaczeniu dziejowym. Dzień 11 listopada został oficjalnie wpisany do kalendarza świąt państwowych ustawą z 23 kwietnia 1937 r. jako narodowe Święto Niepodległości. W okresie okupacji hitlerowskiej i czasach PRL-u jego obchody były zakazane. W czasach tych tradycja 11 listopada, ciągle w narodzie żywa, pielęgnowana była przez Kościół katolicki. Dopiero ustawą z 15 lutego 1989 r. przywrócono Święto Niepodległości, zwracając mu odpowiednią rangę i stawiając, obok świąt uchwalenia Konstytucji 3 Maja, w rzędzie największych świąt narodowych.

Źródło: www.niedziela.pl **autor:** Sławomir Błaut



Wśród nocnej ciszy....

Najpiękniejsza z pośród wszystkich nocy całego roku to święta noc Bożego Narodzenia. Kryje ona w sobie szczególną wielkość, bogactwo treści i osobisty czar. Wśród tej nocnej ciszy rodzi się Bóg. Rodzi się jako ubogi, biedny i nierozpoznany. Boże Narodzenie jest ciągle wstrząsającą tajemnicą odsłaniającą Boga, który zstąpi na ziemię i przyjął oblicze człowieka. Wszyscy mamy w pamięci święta Bożego Narodzenia z lat naszego dzieciństwa – śnieżne zimy, pachnące lasem choinki ustawione na najbardziej honorowym miejscu naszego mieszkania iskrzące się wówczas nie od lampek elektrycznych ale od zwykłych świeczek

i zimnych ognii. Wyczekując przy szybie okiennej na pierwszą gwiazdkę na niebie zasiadaliśmy do uroczystej kolacji, by po jej zakończeniu zbierać prezenty złożone pod choinką. Każdy z nas głęboko chowa w sercu taki obraz, który łączy mu się z gronem najbliższych czasem już nieżyjących ludzi.

Boże Narodzenie to święta prawdziwie rodzinne. Wszyscy czekamy na nie, by móc się spotkać w kręgu bliskich, poddać się szczególnej atmosferze kultywowanej z pokolenia na pokolenie. Dlatego gotowi jesteśmy do najbardziej dalekich i niewygodnych podróży, jedziemy kilkaset kilometrów, byle zdążyć zasiąść do wieczerzy wigilijnej razem z rodziną. Nic tak nie zbliża ludzi jak ten wieczór i nic nie jest w stanie tak bardzo ich oddalić.

W ten wieczór możemy uzdrowić nasze kruche ludzkie relacje. Wigilia to ten jedyny wieczór w roku, moment, kiedy można powrócić, zapukać, otworzyć drzwi i wejść ot tak, po prostu jak dawniej. Chociaż upłynęło kilka miesięcy czy nawet lat – liczy się gest pojednania zapomnienie o krzywdach, wybaczenie. To takie ludzkie, gdy otwieramy serce drugiemu człowiekowi. Każdy wtedy łaknie odrobiny ciepła, zrozumienia, dobrej woli, bliskości i pięknych wzruszeń. Spróbujmy więc odszukać w sobie to co najlepsze, by ktoś wówczas odczuł naszą bliskość, szczerość, radość... Zamiast drogich prezentów zdobądźmy się na słowa, które są najbardziej oczekiwanymi podarunkami. Niech w naszych życzeniach nie zabraknie słów uznania i podziękowania dla tych, których poświęcenie nie jest zauważalne na co dzień. Nie żałujmy wdzięczności, ubierzmy ją w nowe słowa płynące z serca. Zrezygnujmy z życzeń szablonowych, ze słów wyświechtanych i zdewaluowanych nadużywaniem. Słowa wypowiedziane w majestacie wieczerzy wigilijnej płynące z serca mają wielokrotnioną moc oddziaływania. Niech więc tych słów nie zabraknie gdy trzymać będziemy opłatek w dłoniach. Przepróśmy, przebaczymy, pojednajmy się, przytulajmy się i zadbajmy by to uczucie przenikalności przetrwało na dłużej.

Święta zapraszają do rozmyślania nad sensem Bożego Narodzenia. Spróbujmy

rozumem i sercem zbliżyć się do tej tajemnicy. Paradoksalnie nie jest łatwo o refleksję w te dni. Sporo zamieszania, trzeba jednak znaleźć jakiś moment tylko dla Boga, chwilę spędzoną „wśród nocnej ciszy” aby usłyszeć „głos, który w niej rozlega”. Bóg wciąż przychodzi i rodzi się w ludzkiej duszy. W sensie duchowym chce narodzić się w każdym z nas. Brzmi to jak kaznodziejski slogan. Może trochę tak, ale przecież chodzi o to, by poczuć Boga w sobie.

Boże Narodzenie to czas radości, której źródłem jest Bóg obdarzający nas łaską. Pozwólmy, by Jego łaska przeniknęła na wskroś nasze życie, wszystkie jego wymiary odżywiła, przemieniła, uleczyła. Boże Narodzenie – to obdarowywanie nas Bogiem, Jego bliskością, miłością, pokojem, sensem. Jeśli nie sięgniemy do źródła świątecznej radości, świąteczne potrawy, prezenty pozostaną bez smaku. Jeśli uwierzmy, że Bóg jest wśród nas to niezależnie od okoliczności nieraz trudnych to będą udane święta. A stara prawda mająca ponad dwa tysiące lat, że Bóg Narodził się i stał się człowiekiem jest ciągle młoda i świeża. I tak pozostanie aż do skończenia świata.

Pragnę życzyć wszystkim koleżankom i kolegom tych wzruszeń, bliskości, śmiechu, wsparcia w smutkach czyli samych dobrych świątecznych spotkań. Z serca na cały rok życzę ciszy betlejemskiej w duszy a w życiu radości wigilijnej.

autor: mgr Jadwiga Kowalczyk

Najpiękniejsze szopki w Polsce. Gdzie możemy je zobaczyć?



fot. Marcin Nowak

Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia warto więc wybrać się w podróż śladem najciekawszych i najpiękniejszych szopek, jakie zobaczyć możemy u nas w kraju. Choć tradycja budowania szopek nie ma polskiego rodowodu (żywe szopki to pomysł św. Franciszka z Asyżu), to bardzo mocno zakorzeniła się w naszej świątecznej tradycji. Ruszajmy więc w drogę...

1. Ruchoma szopka w Olsztynie pod Częstochową, jest dziełem pana Jana Wiewióra, który tworzył ją przez 15 lat i jeszcze jej nie ukończył – w dalszym ciągu jest ona rozbudowywana. Sporych rozmiarów szopka, składająca się z ponad 800 figur z drewna lipowego (w tym aż 300 jest ruchoma) znajduje się z skromnym drewnianym domku autora, tuż przy drodze i w niewielkiej odległości od Zamku Olsztyńskiego. I to właśnie królewski zamek stanowi ciekawe tło w ślicznej, kolorowej szopce. To Izby Twórczej pana Jana Wiewióra czynna jest codziennie od 9:00 do 17:00. Dom pana Jana łatwo rozpoznać po wielu figurkach i rzeźbach zajmujących większą część ogródka, które po prostu nie mieszczą się już wewnątrz.



2. Ruchoma Szopka w Wambierzycach, pochodzi ona z 2 połowy XIX wieku i podziwiać ją można w budynku u podnóża wambierzyckiej Kalwarii. Jest największą i najstarszą ruchomą szopką w Polsce. Inicjatorem jej budowy był Longin Wittig. Szopka charakteryzuje się wieloma misternymi, kolorowymi figurkami, ładnie odwzorowanymi budowlami i przedstawieniem, obok typowych scenek z życia Świętej Rodziny, charakterystycznych elementów i „krajobrazów” Śląska (górnicy, kopalnia, szyby kopalniane, wagoniki z węglem). Po śmierci Wittiga, dzieło rozbudowywał jeden z jego synów, który umieścił w szopce kolejne scenki: rzeź dzieci na rozkaz króla Heroda, Święta Rodzina przy pracy, 12-letni Jezus w świątyni, Ostatnia wieczerza, Objawienie Matki Bożej w Lourdes, kopalnia węgla i scena przedstawiająca zabawę ludową. Ruchomą szopkę zobaczyć możemy od maja do września.

3. Szopka w Panewnikach (Katowice), to z kolei jedna z największa (18 metrów wysokości i 32 szerokości) w całej Europie szopka ołtarzowa umieszczana wewnątrz kościoła, a konkretnie Bazyliki świętego Ludwika Króla i Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny Ojców Franciszkanów. Szopkę możemy podziwiać w okresie od Świąt Bożego Narodzenia aż do lutego. Co roku szopka wygląda nieco inaczej, ma inny „motyw przewodni” oraz nieco inne rozmiary ale zawsze zachwyca. Zwłaszcza, że wiele z figur umieszczanych w szopce (a jest ich ponad 120) ma swoją długą historię, jak np. figura Dzieciątka Jezus, która sprowadzona została z Betlejem. Zobaczyc tu można również ruchomy i żywy żłóbek



fot. Krzysztof Blachnicki / wikimedia commons / GNU

4. Szopki Krakowskie, chyba najbardziej charakterystyczne i najbardziej zdobne szopki jakie możemy zobaczyć w Polsce. To małe (czasem nieco większe) dzieła sztuki, które zawsze nawiązują swoim kształtem do zabytków Krakowa – głównie kościołów ze strzelistymi wieżami. Aż wierzyć się nie chce, że wykonane są one tylko z drewna, tektury i kolorowej folii ozdobnej, a także tworzyw, które imitować mają witraże w oknach szopki. Dziś możemy podziwiać szopki ruchome czy grające kolędy. A najlepiej jest to robić podczas corocznego konkursu (w pierwszy czwartek grudnia) na najlepszą szopkę organizowanego w Krakowie na Rynku Głównym. W Muzeum Historycznym Miasta Krakowa mamy również okazję zobaczyć pokaźną kolekcję szopek – zgromadzono ich tam ponad 200 a także w krakowskim Muzeum Etnograficznym.



5. Szopka historyczna u Kapucynów w Warszawie. Co roku odwiedzana jest przez ponad 50 tys. osób. Wieloletnia tradycja budowy szopki urozmaicona została przez nietypowe motywy z historii Polski. Główne miejsce w szopce zajmuje stajenka ze Świętą Rodziną, przed którą przechodzą postacie zarówno duchowne, jak i świeckie z historii Polski i Kościoła – papieże, nowi święci i błogosławieni. Także postacie z Pisma Świętego. Co roku dodawany jest nowy element, związany ze zmieniającą się historią Polski i Kościoła. Atrakcję w podziemiach kościoła przy ul. Miodowej w Warszawie skonstruowali w roku 1948 bracia Pius Jankowski i Konrad Wyczawski, napędzając ręcznie drewniane figurki.

Jeśli będziemy w pobliżu warto więc wstąpić i obejrzeć te piękne bożonarodzeniowe szopki.



VI. Koniecznie przeczytaj

Kontrowersje wokół higieny rąk

mgr Renata Kowalska

spec. ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego

„Postęp nie jest darem spadającym z nieba, każdy najmniejszy krok naprzód trzeba wywalczyć...”

Jürgen Thorwald

„ Mam na paznokciach hybrydę utwardzona lampą led, nasza pielęgniarka epidemiologiczna wręcz każe koleżankom ściągać takie paznokcie. Nie są to tipsy i są krótkie. Jak każda kobieta chce mieć zadbane ręce i paznokcie, dla nie osobiście jest to największa motywacja pójścia do kosmetyczki raz, dwa razy w miesiącu i paznokcie są zadbane. Czy sady pani, że mając hybrydę i dezynfekując ręce (wszystkie czynności i tak wykonuje w rękawiczkach) jestem bardziej „zakaźna” niż np. moja koleżanka z normalnymi paznokciami ale mało dezynfekująca ręce”

Agnieszka



Wykonywanie hybrydy, czyli w jaki sposób dochodzi do uszkodzeń oraz kolonizacji dłoni bakteriami.

Przygotowanie płytki paznokcia i skórek- najważniejszy krok, od niego zależy prawidłowe nałożenie hybrydy oraz to czy później wystąpią jakieś powikłania tj.:

- * skórki wycina się lub usuwa mechanicznie za pomocą frezarki/ cążek. Często przy tych czynnościach dochodzi do mikro uszkodzeń, które przy styczności z chemią prowadzą do uczuleń i **SPRZYJAJĄ KOLONIZACJI BAKTERIAMI**
- * Odsuwanie skórek metalowym radełkiem może prowadzić do trwałego uszkodzenia korzenia paznokcia, a co za tym idzie deformacji płytki i zasiedlaniu się flory bakteryjnej w powstałych uszkodzeniach

Fakty

- * nie ma dostatecznych dowodów naukowych potwierdzających, że długie i pomalowane paznokcie stanowią ryzyko transmisji zakażeń;
- * Światowa Organizacja zdrowia pozwala na noszenie gładkiej obrączki;
- * Noszenie rękawiczek zmniejsza ryzyko kontaminacji dłoni.

ale

- * Badania naukowe nie potwierdziły skuteczności dezynfekcji pola operacyjnego

w zmniejszeniu ryzyka występowania zakażeń miejsca operowanego i.... **NIKT NIE ZREZYGNOWAŁ Z DEZYNFEKCJI TEGOŻ POLA!!!**

Higiena rąk jest najważniejszą metodą zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną. Proponowana w wytycznych WHO strategia higieny rąk w opiece zdrowotnej obejmuje: dezynfekcję rąk preparatami alkoholowymi, stosowaną standardowo w placówkach służby zdrowia, monitorowanie przestrzegania higieny rąk oraz informowanie personelu o jego wynikach, a także edukację. Przenoszenie patogenów związanych z opieką zdrowotną następuje poprzez kontakt bezpośredni i pośredni, drogą kropelkową, w powietrzu i poprzez nośnik. Transmisja za pośrednictwem skażonych rąk personelu medycznego stanowi najpowszechniejszy model przenoszenia patogenów występujący w większości placówek opieki zdrowotnej. Nieprzestrzeganie właściwej higieny rąk uważa się za główną przyczynę zakażeń związanych z opieką zdrowotną

i rozprzestrzeniania się szczepów wieloantybiotykoopornych, i uznawane jest za czynnik sprzyjający występowaniu ognisk zakażeń.

- * w każdej chwili powyżej 1.4 miliona ludzi na świecie cierpi z powodu infekcji nabytej w trakcie pobytu w placówkach medycznych;
- * W nowoczesnych placówkach ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych: w trakcie pobytu 5–10% pacjentów nabywa jedną lub więcej infekcji
- * Na OIOMie zakażenia szpitalne dotyczą około 30 % pacjentów
- * Co najmniej 50% zakażeń szpitalnych można zapobiec

Wytyczne Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

* Nie naleŹy nosiĆ sztucznych lub przedlŹuonych paznokci, w przypadku bezpoÅredniego kontaktu z pacjentami z grupy wysokiego ryzyka (np.: OIOM, sala operacyjna)(IA).

* Zalecane sÅ naturalne paznokcie o dlugoÅci mniej niŹ 1/4-cala. Nie ma zaleceÅ dotyczÅcych noszenia pierÅcionkÃw - nierozwiÅzany problem.

Wytyczne WHO na podstawie: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009

* NaleŹy mieĆ krÃtkie, naturalne paznokcie (mniej niŹ 0,5 cm dlugoÅci lub okoÅo ¼ cala) (II).

* Nie naleŹy nosiĆ sztucznych lub przedlŹuonych paznokci, gdy ma siÅ bezpoÅredni kontakt

z pacjentami (IA).

Nie jest zalecane noszenie pierÅcionkÃw lub innej biŹuterii w trakcie opieki nad pacjentem. Åwiatowa Organizacja Zdrowia dopuszcza obecnoÅc jedynie gÅdkiej obrÅczki, jeÅli istniejÅ ku temu silne przesÅlanki religijne lub kulturowe.

Przed rozpoczÅciem chirurgicznego przygotowania rÅk naleŹy zdjÅc pierÅcionki, zegarek

i bransoletki (II).

Sztuczne paznokcie sÅ zabronione (IB)

NAUKA

RĘCE przygotowanie

Przed przystÅpieniem do opieki nad chorym i wykonaniem higieny rÅk naleŹy:

* zaÅoŹyĆ odzieŹ z krÃtkim rÅkawem lub podwiÅnÅc rÅkaw

* zdjÅc biŹuteriÅ i zegarek - naleŹy dostosowaĆ siÅ do obowiÅzujÅcych przepisÃw w danej placÃwce medycznej.

* mieĆ krÃtkie paznokcie (koÅcÃwki mniej niŹ 0,5 cm)

* nie nosiĆ sztucznych lub Źelowych paznokci

* usunÅc lakier lub odŹywkwÅ z paznokci.

* zabezpieczyĆ wodoodpornym opatrunkiem skaleczenia i otarcia na dÅoniach

Istotne aspekty

OdzieŹ z krÃtkim rÅkawem

Badania prowadzone na grupie 100 lekarzy w szpitalu w Birmingham w Wielkiej Brytanii wykazaÅy, Źe fartuchy lekarskie (w szczegÃlnÅci mankiety, kieszenie i rÅkaw) stanowiÅ potencjalne ŹrÃdÅo zanieczyszczeÅ bakteriami. Staphylococcus aureus wyizolowano z 29 fartuchÃw lekarskich [1].

W szpitalu Uniwersyteckim w Baltimore z 22,8% fartuchÃw lekarskich wyizolowano Staphylococcus aureus, a z 4% MRSA. Natomiast z Źadnego z fartuchÃw nie wyizolowano enterokokÃw opornych na wankomycynÅ (VRE) [2]. W badaniach prowadzonych w Virginia Commonwealth University School of Medicine w Richmond udowodniono, Źe MRSA, VRE i Acinetobacter baumannii mogÅ byĆ przenoszone z fartuchÃw

lekarskich na skÃrÅ w modelu in vitro. Badania te pokazaÅy, Źe fartuchy lekarskie skaŹone bakteriami opornymi na antybiotyki mogÅ byĆ ŹrÃdÅem infekcji [3].

BiŹuteria Tak czy Nie?

ObecnoÅc biŹuterii na dÅoniach personelu medycznego to temat niezwykle istotny i wymagajÅcy okreÅlonych rekomendacji. W badaniach prowadzonych przez Hoffmana i wsp. u 40% pielÅgniarek stwierdzono na skÃrze pod pierÅcionkami paÅeczki gram ujemne tj.: E. cloacae, Klebsiella

i Acinetobacter. U niektÃrych pielÅgniarek stwierdzono te same bakterie obecne pod noszonÅ biŹuteriÅ przez kolejne miesiÅce [4]. W badaniach prowadzonych przez Hayesa i wsp. z udziaÅem ponad 60 pielÅgniarek OIOM, analizy wykazaÅy, Źe noszenie pierÅcionkÃw byÅo jedynym znaczącym czynnikiem ryzyka nosicielstwa paÅeczek Gram-ujemnych i Staphylococcus aureus. IÅoÅ drobnoustrojÃw na dÅoniach byÅa skorelowana z iÅoÅciÅ noszonych pierÅcionkÃw [5]. W badaniach prowadzonych w 2014 roku w Polsce, pod pierÅcionkami i obrÅczkami badanych osÃb identyfikowano szczepy bakterii Gram-dodatnich (74%), a wÅród nich ziarenkowce (48%), Bacillus spp. (48%), Corynebacterium spp. (3%), Streptococcus spp. (1%), S. aureus (1%) i koagulazo-ujemne gronkowce (36%) oraz grzyby (3%) [6]. W badaniach Wongworawata i Jonesa prowadzonych wÅród 60 wolontariuszy z personelu sali operacyjnej i studentÃw medycyny, nie stwierdzono istotnych rÃżnic w liczbie bakterii na dÅoniach, z lub bez pierÅcionkÃw, po zastosowaniu alkoholowego preparatu do dezynfekcji rÅk. Stwierdzono znacznie wiÅcej bakterii na dÅoniach u osÃb noszÅcych pierÅcionki, gdy do mycia rÅk byÅ uŹyty preparat jodowy (P <0,05) [7]. W Wielkiej Brytanii przeprowadzono badanie wÅród pracownikÃw szpitali uniwersyteckich dotyczÅce wpÅwy zegarkÃw na przenoszenie zakaŹeÅ szpitalnych. Badanie to wykazaÅo, Źe noszenie zegarka zwiÅzane jest ze zwiÅkszeniem kolonizacji bakteryjnej nadgarstkÃw, ale nie dÅoni. Ponadto dane wskazujÅ rÃwnieŹ, Źe zdjecie zegarka Åatwo przenosi bakterie z nadgarÅtka na dÅonie, co stanowi potencjalne ŹrÃdÅo przeniesienia zakaŹenia. Personel, ktÃry nie nosi zegarkÃw jest teŹ bardziej podatny na przestrzeganie innych zaleceÅ dotyczÅcych higieny rÅk, dÅatego mogÅo to byĆ potencjalnym czynnikiem zakÅÃcajÅcym wyniki badania [8].

DŁUGOŚĆ Paznokci

Badania McNeila i wsp. wykazaÅy wiÅkszÅ iÅoÅc wyhodowanych drobnoustrojÃw gdy personel miaÅ dÅugie paznokcie (ponad 3 mm) w stosunku do tych pracownikÃw, ktÃrzy mieli krÃtsze paznokcie (poniŹej 3 mm) [12]. W badaniach McNeila udowodniono, Źe Pseudomonas aeruginosa wyhodowany spod dÅugich paznokci pielÅgniarki pomimo noszenia przez niÅ rÅkawiczek byÅ wynikiem epidemii zakaŹeÅ ran pooperacyjnych [13]. Polskie badania przeprowadzone w 2014 roku wykazaÅy, Źe personel medyczny ma dÅugoÅc paznokci od 1 mm – 5mm. W badaniach tych udowodniono, Źe ryzyko wystÅpowania okreÅlonych drobnoustrojÃw na skÃrze dÅoni i na paznokciach jest niezaleŹne od dÅugoÅci wolnej pÅytki paznokciowej, jeÅli mieÅci siÅ ona w przedziale do 5mm. Nie wykazano takŹe wpÅwy dÅugoÅci paznokci na stopieÅ redukcji liczby drobnoustrojÃw na dÅoniach i paznokciach, jeÅli pÅytki paznokci nie byÅ dÅuŹsza niŹ zalecana. Wyniki te potwierdzajÅ, Źe utrzymywanie dÅugoÅci paznokci nie wiÅkszej niŹ 5 mm nie zwiÅksza ryzyka wystÅpowania drobnoustrojÃw chorobotwÃrczych oraz nie obniŹa efektu mikrobiologicznego dezynfekcji rÅk [6].

Tipsy/Żel

W prowadzonych w Polsce badaniach niewielka liczba badanych osób posiadała tipsy lub żel na paznokciach podczas pobierania materiału do analiz, co nie pozwoliło na przeprowadzenie wiarygodnej analizy statystycznej. Stwierdzono natomiast przed i po dezynfekcji, że średnia liczba komórek tworzących kolonie bakteryjne była zdecydowanie wyższa u osób noszących tipsy [6]. Hedderwick i wsp. przeprowadzili dwa różne badania. Pierwsze polegało na porównaniu noszenia przez pracowników medycznych przez 15 dni tipsów na niedominującej dłoni. Drugie badanie polegało na noszeniu przez pracowników medycznych sztucznych paznokci akrylowych i porównaniu ilości drobnoustrojów z drugą dłonią z naturalnymi paznokciami. W badaniu pierwszym potencjalne patogeny (*Staphylococcus aureus*, gramujemne pałeczki, enterokoki i grzyby) izolowano z większej liczby próbek uzyskanych ze sztucznych niż naturalnych paznokci (92% do 62%; $p < .001$). Kolonizacja sztucznych paznokci wzrastała w czasie; dzień 15 - 71% wyhodowanych patogenów w porównaniu z 21% w dniu 1 ($p = .004$). Znacznie większa ilość drobnoustrojów wyizolowano z obszaru pod paznokciem niż powierzchni paznokci. W badaniu drugim drobnoustroje wyhodowano w 87% z paznokci sztucznych w porównaniu do 43% z paznokci naturalnych $p = 0,001$. U większej liczby pracowników medycznych ze sztucznymi paznokciami wyhodowano pałeczki Gram-ujemne (47% do 17%; $p = 0,03$) oraz grzyby (50% do 13%; $p = 0,006$) w porównaniu do grupy kontrolnej [9]. Udowodniono, że noszenie sztucznych paznokci jest powiązane z wystąpieniem epidemii. W OITM noworodkowym noszenie przez pracowników medycznych sztucznych paznokci było źródłem epidemii *K. pneumoniae* ESBL [10]. Pięć przypadków zakażeń krwi wywołanych przez *S. marcescens* odnotowanych w stacji dializ było związanych z pielęgniarką, która otwierała ampulkę z heparyną przy użyciu sztucznego paznokcia [11].

RZECZYWISTOŚĆ

W tym momencie, zadam Państwu trochę przewrotne pytanie, na które proszę odpowiedzieć sobie sami.



Proszę wyobrazić sobie, że ten wcześniaczek jest Waszym dzieckiem, wnukiem po prostu kimś bardzo bliskim, długo oczekiwanym.

Czy chcielibyście by opiekował się nim personel z „nieprzygotowanymi” do pracy rękoma – długie paznokcie, rękawy, biżuteria, hybryda na paznokciach itp.?

Czy i w tym przypadku tak lekko „zadbane/eleganckie” dłonie

przedłożymy nad zdrowie, a nawet życie tego dziecka?

SILNE KOBIETY DBAJĄ O BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW, PRZYŁĄCZ SIĘ DO NAS BĄDŹ SILNA



Literatura:

1. Wong D., Nye K., Hollis P.: Microbial flora on doctors' white coats. *BMJ* 1991; 303: 1602.
2. Treacle A., Thom M., Furuno J. i wsp.: Bacterial contamination of health care workers' white coats. *American Journal of Infection Control* 2009; 37, 2:
3. Butler D., Major Y., Bearman G. i wsp.: Transmission of nosocomial pathogens by white coats: an in-vitro model. *The Journal of Hospital Infection* 2010; 75, 2: 137-138.
4. Hoffman i wsp.: Micro-organisms isolated from skin under wedding rings worn by hospital staff. *BMJ*, 1985, 34: 290: 206-207.
5. Hayes R. i wsp.: Ring use as a risk factor for hands colonization in a surgical intensive care unit. Paper presented at 41st Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago, IL 2001.
6. Piwowarczyk J.: Badanie wpływu różnych czynników na jakość i skuteczność mikrobiologiczną procedury higienicznej dezynfekcji rąk wśród personelu medycznego. Rozprawa doktorska, UMed Wrocław 2014.
7. Wongworawat, Jones: Influence of rings on the efficacy of hand sanitization and residual bacterial contamination. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2007, 28: 1191-1195.
8. Jeans A., Moore J., Nicol C. i wsp.: Wristwatch use and hospital-acquired infection. *The Journal of Hospital Infection* 2010; 74, 1:16-21.
9. Hedderwick S., Mc Neil S., Lyons M i wsp.: Pathogenic organisms associated with artificial fingernails worn by healthcare workers. *Infection Control Hospital Epidemiology* 2000; 21(8):505-9.
10. Gupta A i wsp.: Outbreak of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* in a neonatal intensive care unit linked to artificial nails. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2004, 25: 210-2015.
11. Gordin F. i wsp.: A cluster of hemodialysis-related bacteremia linked to artificial fingernails. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2007, 28:743
12. McNeil S., Foster C., Hedderwick S. i wsp.: Effect of hand cleansing with antibacterial soap or alcohol-based gel on microbial colonization or artificial fingernails worn by health care workers. *Clinical Infection* 2001, 32(3): 367-72.
13. McNeil S., Nordstrom-Lerner L, Malani P. i wsp.: Outbreak of sternal surgical site infections due to *Pseudomonas aeruginosa* related to scrub nurse with onychomycosis. *Infection* 2001, 33(3): 317-23.

Mistrzostwa Świata w myciu rąk – kampania edukacyjna

Trwa ogólnopolska kampania Mistrzostwa Świata w myciu rąk organizowana przez firmę Higma Service w partnerstwie z marką Tork. Jej zadaniem jest uświadamianie dzieciom w wieku przedszkolnym, jak ważna jest higiena mycia rąk. Ambasadorem akcji został Kazimierz Mazur – aktor filmowy i teatralny, tata, dla którego zdrowie dzieci nie jest obojętne. Patronatem honorowym objęli ją: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych oraz Fundacja Lubimy Działać, a medialnym TVP2 i portal Kampanie Społeczne.

Oficjalna inauguracja kampanii rozpoczęła się we wrześniu w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Boguszycach. To właśnie tam Ambasadorem kampanii, Kazimierz Mazur, poprowadził z przedszkolakami zajęcia na temat mycia rąk.

„Higiena wśród dzieci to poważny problem. Sami dorośli często nie wiedzą, jak poprawnie myć ręce, więc nie przekazują tej wiedzy maluchom. Większość z nich poświęca zaledwie kilka sekund na mycie rąk, a później ich nie wyciera. A przecież na wilgotnych rękach rozwija się jeszcze więcej bakterii! Jestem tatą i wiem, że dbałość o higienę trzeba rozwijać już od najmłodszych lat. Dobrze umyte dłonie to przecież ochrona przed wieloma chorobami. Cieszę się, że mogę wesprzeć właśnie tę kampanię” – mówi Kazimierz Mazur.

Konferencja NRPiP pt. „Zarządzanie w pielęgniarstwie i położnictwie kluczowym procesem dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej”



Wystąpienie Pani minister Józefy Szczurek - Żelazko

W dniach 15-16 października 2018 r w Warszawie odbyła się konferencja pt. „Zarządzanie w pielęgniarstwie i położnictwie kluczowym procesem dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej”. Organizatorem tej konferencji była Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, której celem było przybliżenie jakże trudnych i aktualnych zagadnień w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce.

Dwudniową konferencję rozpoczęła Zofia Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych witając zaproszonych gości a następnie zapowiedziała pierwszy panel poświęcony obowiązującym standardom w pielęgniarstwie i położnictwie jako wyznacznikach jakości w opiece nad pacjentem.

Sesję tę poprowadziły: Ewa Janik – Wiceprezes NRPiP oraz Maria Kózka – Konsultant Krajowy ds. pielęgniarstwa. Pani Konsultant jako pierwsza poprowadziła interesujący wykład, przypominając wyznaczniki jakości w pielęgniarstwie. Kolejno zaprezentowały się mgr Leokadia Jędrzejewska przedstawiając standard postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w opiece położniczo-ginekologicznej oraz dr n. med. Grażyna Bączek, która zaprezentowała w jaki sposób jest w praktyce realizowany standard opieki okołoporodowej.

Następny wykład poprowadziła dr hab. Danuta Dyk – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki przedstawiając słuchaczom dane dotyczące dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w obszarze pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Ogromne zainteresowanie słuchaczy wzbudziły dwa kolejne wykłady związane z problematyką zarządzania w podmiotach leczniczych. Pierwszy z nich dotyczył zarządzania jakością w podmiocie leczniczym jako model zarządzania gwarantujący bezpieczeństwo opieki. Wykład ten poprowadziła dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek – Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie. Drugi wykład poświęcony roli zarządzania personelem w kształtowaniu wizerunku podmiotu leczniczego przedstawiła dr n. med. Ewa Molka – Członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Głos w konferencji zabrała również pani Iwona Choromańska – Radca prawny w NRPiP, która przedstawiła wybrane zagadnienia z zakresu prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Przedstawione kwestie dotyczyły m.in. zasad przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze, wytycznych stosujących się do przeszkolenia po 5 letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej oraz przepisów dotyczących odbywania staży adaptacyjnych przez cudzoziemców. Zagadnienia te ściśle związane z zarządzaniem personelem pielęgniarskim i położniczym, mają niezwykle istotne znaczenie dla funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz dla wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Po przerwie obiadowej rozpoczęła się również interesująca druga sesja konferencji, którą poprowadziły: Mariola Łodzińska – Wiceprezes NRPiP oraz Leokadia Jędrzejewska – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego i ginekologicznego.

Aspekty prawne wykonywania naszego zawodu, bo tym poświęcony został drugi panel konferencji zawsze cieszą się ogromnym zainteresowaniem. Dlatego też wykład

poprowadzony przez dr hab. n. pr. Dorotę Karkowską zyskał ogromne grono zaciekawionych słuchaczy. Tematyka dość szeroko zaprezentowanego przez panią Dorotę wykładu dotyczyła: zakresu kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, praw pacjenta a odpowiedzialności kadry zarządzającej za organizację pracy personelu podległego, ogromnych braków kadrowych pielęgniarek a co za tym idzie ich zastępowalność innymi pracownikami. Ponadto podkreślone zostały możliwości ochrony pielęgniarki i położnej w związku i podczas udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych.

Kolejny wykład poświęcony aspektom prawnym ochrony danych osobowych w praktyce podmiotu leczniczego poprowadził ceniony w kręgach medycznych prawnik Wojciech Wojtal.

Obie prezentacje podparte były wieloma przykładami. Niestety niektóre z zaprezentowanych przykładów były związane z zaniedbaniami naszych koleżanek.

Drugi dzień konferencji obfitował w niezwykle ważne kwestie dotyczące strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce.

Sesje tego dnia konferencji poprowadzili: Zofia Małas – Prezes NRPiP, Mariola Łodzińska - Wiceprezes NRPiP oraz Sebastian

Irzykowski – Wiceprezes NRPiP.

Strategię na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce jako priorytetowe działania Ministerstwa Zdrowia szeroko przedstawiła Józefa Szczurek-Żelazko – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Działania priorytetowe w zakresie poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych w Polsce ukierunkowane są na: kształcenie przed- i podyplomowe pielęgniarek i położnych, określenie ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, wprowadzenie norm zatrudnienia, poprawę warunków pracy, wynagrodzenia oraz wzrostu prestiżu zawodów pielęgniarki i położnej a ponadto wprowadzenie nowego zawodu medycznego jako zawodu pomocniczego dla zawodu pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia.

Na zakończenie konferencji wystąpiła Zofia Małas – Prezes NRPiP, która podsumowała konferencję podkreślając bardzo istotną kwestię współpracy samorządu zawodowego z kadra kierowniczą podmiotów leczniczych.

Diana Wiśniewska-Janasz – Starszy spec. ds. administracyjno-szkoleniowych

Barbara Tusińska – Sekretarz ORPiP w Radomiu



VII. Ogłoszenia, podziękowania



Drogie Koleżanki

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z okazji przejścia na emeryturę
przekazuje serdeczne życzenia realizacji dalszych planów i zamierzeń wspieranych dobrym
zdrowiem i zasłużoną satysfakcją
z zawodowych dokonań, oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym składa:*

1. *Janiec Wandzie – zatrudnionej w SPZZOZ w Szydłowcu*
2. *Wójcik Bożenie – zatrudnionej w SPZZOZ w Pionkach*
3. *Kęsik Sabinie – zatrudnionej w SPZZOZ „Przychodnie Kozienickie”*
4. *Bęczkowskiej Halinie – zatrudnionej w SWPZZPOZ w Radomiu*
5. *Ciszek Elżbiecie – zatrudnionej w RSzS*
6. *Rdzanek Ewie – zatrudnionej w DPS*
7. *Towarek Renacie – zatrudnionej w „ENDOMED”*
8. *Kibler Elżbiecie – zatrudnionej w NZOZ COR – VITA*
9. *Gawron Halinie – zatrudnionej w SPZZOZ Kozienice*
10. *Leweckiej Lucynie – zatrudnionej w SPZOZ Nowe Miasto n. Pilicą*
11. *Jędryka Teresie – zatrudnionej w SPZOZ Nowe Miasto n. Pilicą*
12. *Wójcik Marii – zatrudnionej w SPZOZ Przychodnie Kozienickie*
13. *Wójcik Zofii – zatrudnionej w Parafialny Dom Pomocy Społecznej w Grójcu*
14. *Olak Annie – zatrudnionej w PCM w Grójcu*

*Przewodnicząca ORPiP
Małgorzata Sokulska*



Ciekawa propozycja WOT dla pielęgniarek i pielęgniarzy

Dowództwo Wojsk Obrony Terytorialnej (WOT) ma dla pielęgniarek i położnych propozycję podjęcia nie tylko częściowo odpłatnej służby w formacji, ale także wsparcia w podnoszeniu kwalifikacji przydatnych nie tylko w wojsku. Jest to zatem nie tylko atrakcyjna oferta finansowa dla osób aktywnych zawodowo, ale i możliwość rozwoju – WOT proponuje bezpłatne kursy i specjalistyczne szkolenia, dofinansowanie lub zwrot kosztów studiów czy kształcenia podyplomowego.

Więcej informacji o tym, jak zostać żołnierzem Wojsk Obrony Terytorialnej znajduje się w Magazynie Pielęgniarki i Położnej nr 9/2018. Korzyści związane ze służbą wskazujemy w Magazynie Pielęgniarki i Położnej nr 10/2018.

OŚRODEK SZKOLENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OFERTA SZKOLEŃ W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W I-II KWARTALE 2019 ROKU

Lp.	Dziedzina/zakres kształcenia	Planowany termin rozpoczęcia - *
KURSY SPECJALISTYCZNE		
1.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Kurs dla pielęgniarek i położnych	18.01.2019 26.04.2019
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa noworodka Kurs dla pielęgniarek i położnych	08.03.2019
3.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG Kurs dla pielęgniarek i położnych	12.01.2019 18.05.2019
4.	Szczepienia ochronne – Kurs dla pielęgniarek	22.03.2019
5.	Szczepienia ochronne – Kurs dla położnych	10.05.2019
6.	Leczenie ran – Kurs dla pielęgniarek	05.04.2019
7.	Wywiad i badania fizykalne Kurs dla pielęgniarek i położnych	23.03.2019
8.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów – Kurs dla pielęgniarek i położnych	19.04.2019
9.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – Kurs dla położnych	15.03.2019
KURSY KWALIFIKACYJNE		
10.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – Kurs dla pielęgniarek	maj 2019
11.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – Kurs dla pielęgniarek	marzec 2019
12.	Pielęgniarstwo rodzinne – Kurs dla pielęgniarek	kwiecień 2019
13.	Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania Kurs dla pielęgniarek	czerwiec 2019
14.	Ochrona zdrowia pracujących – Kurs dla pielęgniarek	marzec 2019
15.	Pielęgniarstwo rodzinne – Kurs dla położnych	marzec 2019
SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE		
16.	Pielęgniarstwo chirurgiczne – dla pielęgniarek	maj 2019
17.	Pielęgniarstwo geriatryczne – dla pielęgniarek	maj 2019
18.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – dla pielęgniarek	maj 2019
19.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – dla pielęgniarek	kwiecień 2019
20.	Pielęgniarstwo rodzinne – dla pielęgniarek	kwiecień 2019
21.	Ochrona zdrowia pracujących – dla pielęgniarek	czerwiec 2019
22.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze – dla położnych	kwiecień 2019

* Możliwe przesunięcie zaplanowanego terminu w przypadku braku wymaganej liczby uczestników.

Informacja

Osoby zainteresowane zapraszamy do zgłaszania swojego udziału w powyższych szkoleniach poprzez składanie wniosków w systemie SMK.

Informacji dotyczących szkoleń można uzyskać w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, ul. Paderewskiego 15, pod numerem telefonu (48) 360-05-12, e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl lub na stronie internetowej: www.orpip.radom.pl

Kilka propozycji na świąteczny stół

ŚWIĄTECZNA ZUPA RYBNA

Składniki

- ości z ryb – 1 kg
- włoszczyzna – 1 pęczek
- liście laurowe – 3 szt.
- ziele angielskie – 4 ziarenka
- cebula – 2 szt.
- czosnek – 2 ząbki
- koper włoski – ½ szt.
- korzeń selera – ½ szt.
- oliwa z oliwek
- ostra papryka – 1 szczypta
- słodka papryka – 1 łyżeczka
- krojone pomidory pelati – 400 g
- krewetki tygrysie – 10 szt.
- filety z ryb słodkowodnych – 500 g
- świeże małże – 250 g
- sól
- pieprz

ZIOŁOWA ŚMIETANA

- śmietana bez laktozy – 140 g
- drobny szczypiorek – 1 pęczek
- czosnek – 1 ząbek

DEKORACJA

- listki kolendry
- szczypiorek

PRZYGOTUJ

- blacha
- blender
- papier do pieczenia
- piekarnik rozgrzany do temperatury 200°C

KROK 1: PRZYGOTOWUJEMY WYWAR NA OŚCIACH

Ości podpiekamy na blasze wyłożonej papierem do pieczenia przez 20 minut w temperaturze 200°C – aż staną się białe. Przekładamy do garnka, zalewamy wodą. Dodajemy włoszczyznę pokrojoną na mniejsze kawałki, liście laurowe, ziele angielskie i gotujemy ok. 2 godzin.

KROK 2: GOTUJEMY ZUPĘ

Cebule i czosnek siekamy. Koper włoski i seler kroimy w kostkę wielkości 1 x 1 cm. Warzywa przesmażamy w garnku z rozgrzaną oliwą. Dodajemy ostrą i słodką paprykę, przecedzony wywar z ości, pomidory pelati. Gotujemy ok. 30 minut. Doprawiamy do smaku solą i pieprzem. Krewetki obieramy i oczyszczamy. Filety kroimy na mniejsze kawałki. Pod koniec gotowania dodajemy krewetki, małże i kawałki ryb. Gotujemy ok. 2-3 minut.

KROK 3: PRZYGOTOWUJEMY ŚMIETANĘ ZIOŁOWĄ

Śmietanę miksujemy ze szczypiorkiem i czosnkiem. Zupę podajemy z ziołową śmietaną. Dekorujemy listkami kolendry i posiekanym szczypiorkiem.



SAŁATKA ŚLEDZIOWA

Salatka śledziowa nie musi być ciężkim daniem. Nieco lżejsza i bardziej nowoczesna wersja salatek śledziowej - bez ciężkiego majonezu i ziemniaków, za to z burakami, roszponką i sosem musztardowym.

Składniki

- 20 dag filetów śledzia norweskiego
- marchew
- 25 dag roszponki
- 4 jajka na twardo
- 2 szalotki
- ugotowany czerwony burak
- 3 łyżki białego octu winnego
- szczypta cukru
- 1/2 łyżeczki musztardy
- Sól
- Pieprz
- 4 łyżki oliwy
- łyżka szczypiorku



Filety przekroić wzdłuż na 4 paski. Marchew obrać, pokroić w cienkie plasterki, blanszować 2 min we wrzątku, osączyć, ostudzić. Roszponkę przebrać, opłukać, osuszyć. Jajka obrać, przekroić na połowy. Szalotki obrać, pokroić w krążki. Burak pokroić w małą kostkę. Z octu, cukru, musztardy, soli i pieprzu oraz oliwy utrzeć gładki sos, doprawić solą i pieprzem. Wymieszać składniki salatek, polać sosem, posypać krążkami szalotki. Dekorować posiekanym szczypiorkiem, lub koperkiem

ŚWIĄTECZNE PIERNICZKI

Pyszne pierniki świąteczne - sprawdź sam! Ten przepis jest banalnie prosty, a dzieci będą miały mnóstwo frajdy z ozdabiania pierniczek

Składniki

- Pierniki świąteczne: 1/2 kg mąki;
- 400 g miodu;
- szklanka cukru;
- 1/4 kostki margaryny;
- 2 jajka;
- 1 łyżeczka sody oczyszczonej;
- przyprawa do pierników;
- szczypta gałki muszkatołowa;
- Lukier:
- cukier puder;
- woda przegotowana
- Dekoracja:
- kolorowa posypka

Przygotowanie

1. Pierniki świąteczne na świątecznym stole - to jest to!
2. Pyszny przepis na pierniki świąteczne:
3. Do garnka wlewamy miód, cukier, przyprawę i gałkę. Podgrzewamy aż cukier się rozpuści, dodajemy margarynę, dokładnie mieszamy i pozostawiamy do lekkiego wystygnięcia (tak aby ciasto dało się zgniatć). Gdy nasza masa miodowa ma już dobrą temperaturę dodajemy przesianą mąkę i sodę oczyszczoną oraz jajka. Ciasto dobrze wyrabiamy i bierzemy się za wycinanie pierniczek.
4. Ciasto rozwałkowujemy na oprószonej mąką stolnicy na grubość 1/2 cm. Układamy pierniczki na blaszce wyłożonej papierem do pieczenia i pieczemy w piekarniku nagrzanym do 180 stopni - czas pieczenia ok 10 minut.
5. Pierniki świąteczne gotowe, proszę się częstować :)
6. Smacznego!

Wskazówki

Pierniki świąteczne udekorujcie lukrem

WIGILIJNY MAKOWIEC

Składniki

- mąka pszenna – 500 g
- mleko – 200 ml
- drożdże świeże – 50 g
- cukier – 150 g
- żółtka jaj – 7 szt.
- masło – 120 g
- pomarańcza – 1 szt.
- kandyzowana skórka pomarańczowa
- orzechy włoskie – 80 g
- rodzynki – 100 g
- cukier puder – 10-15 łyżek
- sok z cytryny – 2 łyżki
- woda – 2 łyżki
- masa makowa – 500 g
- rum – 50 ml

Przygotuj

- mikser
- piekarnik rozgrzany do temperatury 35°C

Krok 1: Przygotowujemy ciasto

Rodzynki moczymy w rumie. Rozgrzewamy piekarnik do 35°C (termoobieg). Do gorącego mleka stopniowo wysypujemy 80 g mąki i energicznie mieszamy do uzyskania jednolitej konsystencji. Studzimy i dodajemy pokruszone drożdże. Mieszymy. Wkładamy do piekarnika na 20-25 minut. Żółtka z cukrem ubijamy na puszystą masę. Do miski miksera wkładamy wyrośnięte ciasto, dodajemy żółtka ubite z cukrem, wyrabiamy do momentu uzyskania jednolitej konsystencji, dodając stopniowo 400 g mąki oraz 120 g rozpuszczonego i lekko przestudzonego masła. Ciasto wyjmujemy z miski miksera, wyrabiamy na blacie. Przekładamy do miski, którą przykrywamy ściereczką i ponownie wstawiamy do piekarnika na ok. 30 minut.

Krok 2: Pieczemy makowiec

Posiekane orzechy i namoczone rodzynki mieszamy z masą makową, skórą z pomarańczy i sokiem z połowy pomarańczy. Wyrośnięte ciasto wyrabiamy na blacie posypanym mąką, rozwałkowujemy na grubość około 2 cm i przekładamy na pergamin. Wykładamy na nie masę makową. Za pomocą pergaminu zwijamy delikatnie makowiec w rulon. Oba jego końce podwijamy pod spód, aby farsz nie wydostawał się na zewnątrz w trakcie pieczenia. Zawijamy całość w pergamin i wkładamy do piekarnika rozgrzanego do temperatury 35°C. Po 15 minutach zwiększamy temperaturę do 180°C i pieczemy przez kolejne 40 minut. Ostudzony makowiec smarujemy lukrem przygotowanym z cukru pudru, soku z cytryny i odrobiny wody. Makowiec dekorujemy kandyzowaną skórką pomarańczową.



CIASTO MARCHEWKOWE

Składniki

- marchewka – 250 g
- mąka pszenna – 250 g
- jajka – 4 szt.
- cukier trzcinowy – 200 g
- proszek do pieczenia – 2 łyżeczki
- przyprawa do piernika – 1 łyżeczka
- orzechy brazylijskie – 100 g
- olej słonecznikowy – 150 ml

KREM

- serek homogenizowany PiloS, naturalny – 400 g (1 opakowanie) plus
- cukier puder – 50 g (3 łyżeczki)
- sok wyciśnięty z cytryny – kilka kropel

DODATKOWO

- orzechy brazylijskie – do posypania ciasta
- cukier puder – do posypania ciasta
- starta marchewka – 1 szt.

Przygotuj

- różgę kuchenną
- robot wielofunkcyjny
- piekarnik rozgrzany do temperatury 165°C
- formę o średnicy 25 cm
- papier do pieczenia
- sitko
- drewniany patyczek lub długą wykałaczkę
- paterę

Krok 1: PRZYGOTOWUJEMY MASĘ CIASTA

Jajka ubijamy z cukrem w naczyniu robota.

Mąkę mieszamy w misce z proszkiem do pieczenia i przyprawą do piernika, a następnie przesypujemy do ubitych jaj i mieszamy za pomocą kuchennej różgi.

Dodajemy olej i dokładnie mieszamy. Dodajemy uprażone i posiekane orzechy oraz marchew startą na tarce o drobnych oczkach. Mieszamy, aż składniki się połączą.

Krok 2: PIECZEMY CIASTO

Masę ciasta przekładamy do formy wysmarowanej masłem, oprószonej mąką i wyłożonej na dnie papierem do pieczenia.

Ciasto pieczemy ok. 45-50 minut w temperaturze 165°C. Pod koniec pieczenia sprawdzamy, czy jest suche, za pomocą drewnianego patyczka. Odstawiamy do ostygnięcia.

Krok 3: PRZYGOTOWUJEMY KREM

Serek mieszamy w misce z cukrem pudrem przesianym przez sitko i sokiem wyciśniętym z cytryny.

Krok 4: DEKORUJEMY CIASTO

Wystudzone ciasto wyjmujemy z formy i przekładamy na paterę.

Wierzch ciasta dekorujemy grubą warstwą kremu i posypujemy posiekanymi orzechami, cukrem pudrem przesianym przez sito i – opcjonalnie, tuż przed podaniem – marchewką startą na tarce o drobnych oczkach.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

Ośrodek Szkoleniowy OIPiP

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

tel./fax 48 360 05 12

e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

PONIEDZIAŁEK 15:00 - 16:00

DYŻURY CZŁONKÓW OKRĘGOWEGO SĄDU

II i IV poniedziałek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

**DYŻURY RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ ***

I i III poniedziałek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

II i IV wtorek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

** Nie dotyczy okresy wakacyjnego od 01.07.2018 do 31.08.2018 r.*

GODZINY PRACY	BIURA OIPiP *
PONIEDZIAŁEK	7:30 - 17:00
WTOREK	8:00 - 16:00
ŚRODA	7:30 - 15:30
CZWARTEK	7:30 - 15:30
PIĄTEK	7:00 - 15:00

** Nie dotyczy okresy wakacyjnego od 01.07.2018 do 31.08.2018 r.*

KONTO: SGB-Bank S. A.

83 1610 1322 2109 0410 2535 0001

Składki na ubezpieczenie grupowe w INTER Polska proszę
wplacać na rachunek:

56 1610 1322 2109 0410 2535 0002 SGB-Bank S.A.

**HARMONOGRAM SPOTKAŃ
PEŁNOMOCNIKÓW ORPIP NA ROK 2017**

Lp.	Planowany termin	Godzina
1.	20 kwietnia (piątek)	13.00
2.	28 września (piątek)	13.00
3.	12 grudnia (środa)	14.00

**HARMONOGRAM SPOTKAŃ PIEŁĘGNIAREK
NACZELNYCH I DYREKTORÓW
DS. PIEŁĘGNIARSTWA NA ROK 2017**

Lp.	Planowany termin	Godzina
1.	20 kwietnia (piątek)	13.00
2.	28 września (piątek)	13.00
3.	12 grudnia (środa)	14.00

Posiedzenia pielęgniarek i dyrektorów ds. pielęgniarstwa lub pełnomocników ORPiP mogą ulec zmianie.
O wszelkich zmianach będziemy informować na bieżąco na stronie www.orpip.radom.pl



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

Wokół

Biuletyn informacyjny nr 55

Czepka

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Paderewskiego 15
26-600 Radom
Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat
48 366 94 79 rejestr
e-mail: orpip@orpip.radom.pl
www.orpip.radom.pl

ISSN 1429-2599