

8 marca...

*Dla Was dziś kwiaty
i uśmiechy.
I pierwszy promień bliskiej
wiosny.
Dzień bez kłopotów i bez
trosk.
Dużo radości...*

(Zbigniew Jerzyna)

*Wszystkim koleżankom
z okazji ich święta
najserdeczniejsze życzenia
składa*

*Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi
oraz
Redakcja Biuletynu*

W
n
u
m
e
r
z
e

Biuletyn 3/2009 1 marca 2009 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2** Serwis informacyjny
- 5** Prawnik radzi
Dariusz Ojrzyński
- 8** Spotkanie z rzecznikiem
mgr Irena Król
- 10** Spotkanie z rzecznikiem: Umiejętności zawodowe i co więcej?
Czyli czego, poza opieką, oczekuje się od położnych,
pielęgniarek oraz pielęgniarzy
Marianna Król
- I - VIII Wkładka:** Odpowiedzi Głównego Inspektora Pracy -
p. Tadeusza Zająca na „Wykaz problemów zgłoszonych przez
Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych w zakresie kompetencji
Głównego Inspektora Pracy”
- 13** Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne - cz.I
dr Małgorzata Serwach
- 15** Okiem psychologa: Mowa ciała
mgr Jolanta Kałużna
- 18** Otyłość u dzieci
Beata Pietrzak
- 20** WSHE Naukowe Koło Studenckie:
Rola pielęgniarki w walce z bólem przewlekłym
Bogumiła Nowak
- 20** Nasz kandydat do medalu...
- 28** Kącik biblioteczny

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17

tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

Skład: OIPIP – Agnieszka Krzysztofik

Druk: BIK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia ORPiP w dniu 13 stycznia 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 7 pielęgniarkom.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu -2 pielęgniarkom.
- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 3 pielęgniarki.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 5 pielęgniarek.
- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 3 praktyki, i grupowych - 1 praktykę.
- > Dokonano zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 2 praktyki.
- > Skreślono z rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych - 2 praktyki.
- > Przyjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia kosztów szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na lata 2009 - 2011.
- > Na wniosek organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych dokonano wpisów:
 - 1) Centrum Kształcenia ERUDIO w Łodzi:
 - a) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Opieki paliatywnej* - program dla pielęgniarek,
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa opieki długoterminowej* - program dla pielęgniarek,
 - c) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania* - program dla pielęgniarek,
 - d) kurs specjalistyczny w zakresie *Szczepienia ochronne noworodków* - program dla położnych,
 - e) kurs specjalistyczny w zakresie *Wykonania badania spirometrycznego* - program dla pielęgniarek.
- 2) Akademii Zdrowia:
 - a) kurs specjalistyczny w zakresie *Terapia bólu przewlekłego u dorosłych* - program dla pielęgniarek i położnych.
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa chirurgicznego* program dla pielęgniarek.
- > Rozpatrzono 2 wnioski o skrócenie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- > Przyjęto 3 uchwały w sprawie wszczęcia postępowania w przedmiocie oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki, spowodowanej jej stanem zdrowia i powołania Komisji Lekarskiej do oceny tej niezdolności.
- > Przyjęto uchwałę w sprawie ogłoszenia na łamach Biuletynu konkursu „Autorytet pielęgniarki - blaski i cienie”.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.
- > Przyznano dofinansowania w:
 - kursach specjalistycznych - 69 osobom,
 - kursach kwalifikacyjnych - 100 osobom,
 - kursach dokształcających - 9 osobom,
 - konferencji - 3 osobom,
 - szkoleniu specjalizacyjnym - 2 osobom,
 - nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich - 1 pielęgniarence.
- > Odmówiono dofinansowania kosztów udziału w kształceniu podyplomowym 1 osobie z powodu nieregularności złożonych wniosków (wniosek złożony po terminie).

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 28 stycznia 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek - 3 pielęgniarkom.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 1 pielęgniarence.
- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 3 pielęgniarki.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 5 pielęgniarek.
- > Dokonano zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 1 praktykę.
- > Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych - 1 praktykę.
- > Rozpatrzono 1 wniosek o skrócenie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- > Przyjęto 3 uchwały w sprawie zatwierdzenia składu osobowego Komisji Lekarskiej w przedmiocie oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do prac w komisjach konkursowych na stanowiska:
 - a) Naczelnej Pielęgniarki,
 - b) Pielęgniarki Oddziałowej,
 - c) Ordynatora oddziału.

- > Przyznano dofinansowania w:
 - kursach specjalistycznych - 11 osobom,
 - kursach kwalifikacyjnych - 22 osobom,
 - konferencjach - 3 osobom,
 - nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich - 1 pielęgniarkę.
- > Przyznano honoraria dla 3 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.
- > Przyznano zapomogi bezzwrotne 7 członkom samorządu w kwocie po 1 500 zł.

> Na wniosek Akademii Zdrowia dopisano następane placówki na terenie których odbywać się będą zajęcia teoretyczne i praktyczne kursów:

- a) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki* - Brzeziny,
- b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa operacyjnego* - Radomsko,
- c) kurs specjalistyczny w zakresie *Resuscytacji krążeniowo - oddechowej* - Opoczno,
- d) kurs specjalistyczny w zakresie *Wykonywania i interpretacji zapisu EKG* - Rawa Mazowiecka.

szkolenia

Serdecznie zapraszam na szkolenia wewnątrzszpitalne organizowane przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralny Szpital Weteranów w Łodzi:

Styczeń 14.01.2009 godz. 13.00

Gronkowce - morfologia, chorobotwórczość, rezerwuar i źródło zakażenia. Gronkowiec w aspekcie zakażeń szpitalnych.

- Wojciech Sobczyk Firma EKOLAB

Luty 12.02.2009 godz. 13.00

Dokumentacja medyczna a odpowiedzialność prawno - zawodowa pielęgniarek i położnych.

- mgr Irena Król - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi

Marzec 12.03.2009 godz. 13.00

Czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych.

dr n. med. Marzena Bartoszewicz - Katedra Mikrobiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu przy współpracy Okręgowej Śląskiej Izby Lekarskiej

Kwiecień 22.04.2009 godz. 13.00

Celowana antybiotykoterapia w oparciu o badania MIC - nowe wyzwania kliniczne i ekonomiczne.

Barbara Stefankowska - Firma Hand - Prod

Maj 21.05.2009 godz. 13.00

Udar mózgu - objawy, postępowanie, leczenie - nowoczesna farmakoterapia. Nowatorskie metody fizjoterapii.

dr n. med. Jarosław Zagórski Klinika Neurologii i Epileptologii z Oddziałem Udarowym USK nr 2 im. WAM - CSW

Czerwiec 4.06.2009 godz.13.00

ISO - jakość i bezpieczeństwo.

mgr Dorota Kwiatkowska - Dział Funduszy Pomocowych i Wdrażania Systemu Jakości USK nr 2 im. WAM - CSW

Wrzesień 17.09.2009 godz. 13.00

Onkologia - wiedza ogólna.

Mechanizmy karcynogenezy. Etapy rozwoju nowotworu. Przerzuty: drogi, miejsca, mechanizmy powstawania. Czynniki etiologiczne. Epidemiologia. Profilaktyka.

prof. n. med. Krzysztof Zieliński - Zakład Patomorfologii i Cytopatologii Klinicznej USK nr 2 im. WAM - CSW

Październik 21.10.2009 godz. 13.00

Nowotwór sutka. Profilaktyka. Samobadanie.

dr Elżbieta Barańska - Poradnia Ginekologiczna USK nr 2 im. WAM - CSW

Listopad 18.11.2009 godz. 13.00

Postępowanie z odpadami medycznymi - klasyfikacja, gromadzenie, transport i magazynowanie.

mgr Aleksandra Krawczyk- Wojewódzka Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Łodzi

Grudzień 10.12.2009 godz. 13.00

Analgezyja przewodowa. Przygotowanie pacjenta i postępowanie po zabiegu operacyjnym. Niebezpieczeństwa i powikłania.

dr hab. n. med. Waldemar Machała - II Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK Nr 2 im. WAM - CSW

Szkolenia odbywać się będą w Auli Szpitala (budynek POZ) przy ul. Żeromskiego 113 w Łodzi.

Osoby zainteresowane uczestnictwem w szkoleniach proszone są o zgłoszenia pod numer tel. 42 63 93 519; 42 63 93 414.

mgr Agnieszka Topolska
Przełożona Pielęgniarek Lecznictwa Zamkniętego
USK nr 2 im. WAM - CSW w Łodzi

szkolenia

Terminy szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w 2009 roku

Kursy kwalifikacyjne (dla pielęgniarek)

1. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej -
06.03.2009 - 16.11.2009

Kursy specjalistyczne (dla pielęgniarek)

1. Szczepienia ochronne (Nr 03/07) - 3 edycje:
I edycja 30.03.2009 - 04.06.2009
II edycja 09.09.2009 - 19.10.2009
III edycja 30.11.2009 - 28.01.2010
2. Endoskopia - 03.06.2009 - 15.10.2009
3. Podstawy opieki paliatywnej -
17.09.2009 - 19.11.2009

Kursy specjalistyczne (dla pielęgniarek i położnych)

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokar-
diograficznego (Nr 03/07) - 3 edycje:
I edycja 01.04.2009 - 30.06.2009
2. Resuscytacja krążeniowo - oddechowa -
4 edycje:
I edycja 13.02.2009 - 27.03.2009
II edycja 08.05.2009 - 19.06.2009
III edycja 28.08.2009 - 02.10.2009
IV edycja 13.11.2009 - 04.12.2009
2. Przygotowywanie i podawanie leków przeciw-
nowotworowych u dorosłych -
12.03.2009 - 30.04.2009

Kursy doskonalące

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia -
20 edycji: realizowane na bieżąco do wyczerpania edycji
wg. terminu wpływu wniosków z zakładów pracy.
2. Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem -
2 edycje:
I edycja: 21 - 22.05.2009
II edycja: 29 - 30.09.2009

Warsztaty

(wszystkie warsztaty w godz. 9.30 - 14.30)

- 1) Komunikowanie w pielęgniarstwie
- 20 - 21.04.2009
- 2) Asertywność w pielęgniarstwie -
24 - 25.04.2009
- 3) Na brzegu życia - 13 - 14.06.2009,
- 4) Komunikowanie się w rodzinie -
07 - 08.09.2009
- 5) Mowa ciała w pielęgnowaniu człowieka -
22-23.05.2009

- 6) Wprowadzenie do superwizji pielęgniarstwa -
27.04.2009 (teoria) i zajęcia w 3 grupach po 5
spotkań każda:

I grupa: 28.04.; 25.05.; 17.06.; 10.09.;
08.10.2009,

II grupa: 29.04.; 26.05.; 18.06.; 11.09.;
09.10.2009,

III grupa: 30.04.; 27.05.; 19.06.; 12.09.;
10.10.2009,

- 7) Superwizja pielęgniarstwa - grupa zaawansowa-
na (dla uczestników z 2008 r.) - 5 spotkań:
11.05.; 16.06.; 09.09.; 07.10.; 02.11.2009

Warsztaty psychologiczne (prowadzone w zakładach)

- 20 edycji: realizowane na bieżąco do wyczerpania
edycji wg. terminu wpływu wniosków z zakładów pracy
- do wyboru 1 temat szkolenia w zakresie:

1. Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych
i asertywności, czyli umiejętne porozumiewanie
się oraz wyznaczanie granic w relacjach: pie-
lęgniarka - pacjent i pielęgniarka - lekarz.
2. Radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych.
3. Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka
zespołu wypalenia.
4. Wzmacnianie poczucia wartości personelu me-
dycznego.
5. Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezen-
tacja w poruszaniu się po rynku pracy.
6. Konflikty i negocjacje w miejscu pracy, oraz
profilaktyka mobbingu.
7. Komunikacja z pacjentem.

Szkolenie z zakresu prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki pielęgniarek i położnych w formie własnej działalności gospodarczej oraz spółek prawa handlowego prowadzone w zakładach

- 5 edycji: realizowane na bieżąco do wyczerpania edycji
wg. terminu wpływu wniosków z zakładów pracy

- 1) DPS - y w Tomaszowie Maz. -
18 - 19.02.2009 (20 osób)

Pozostałe terminy planowanych kursów i szko-
leń organizowanych i finansowanych z budżetu
Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi będą sukcesywnie publikowane
na łamach biuletynu, stronie internetowej.

Przejęcie zakładu pracy na innego pracodawcę a warunki pracy i płacy

Obecnie coraz częściej mają miejsce zmiany właścicieli zakładów pracy, w związku z którymi dotychczasowi pracownicy nie zmieniając miejsca pracy, zmieniają pracodawcę. W prawie pracy taka sytuacja określana jest mianem transferu. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie mechanizmu przejścia zakładu pracy na nowego pracodawcę oraz skutków takiego transferu względem pracodawcy (nowego i dotychczasowego) i pracowników.

Instytucja przejścia zakładu pracy na nowego pracodawcę została uregulowana w art. 23¹ i nast. ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy. Podstawowym jej założeniem jest zapewnienie pracownikom ochrony dalszego zatrudnienia na dotychczasowych warunkach u nowego pracodawcy.

Art. 23¹ k.p. wskazuje, że istotą przejścia jest wstąpienie „innego pracodawcy” („nabywcy przedsiębiorstwa, gospodarstwa rolnego lub innego zakładu pracy”) z mocy prawa w dotychczasowe stosunki pracy. Zakład pracy lub jego część przechodzi z posiadania dotychczasowego pracodawcy w posiadanie nowego pracodawcy, który staje się pracodawcą przejętych pracowników. Przejście zakładu pracy następuje automatycznie, z mocy prawa i to także wówczas, gdyby dotychczasowi pracownicy sprzeciwiali się zmianie pracodawcy. Datą zmiany pracodawcy jest chwila faktycznego przekazania zakładu pracy nowemu pracodawcy. Skutkiem przejścia, o którym mowa, jest przystąpienie przez nowego pracodawcę w miejsce dotychczasowego pracodawcy jako strona stosunku pracy.

Przejście zakładu pracy na nowego pracodawcę może być skutkiem takich zdarzeń prawnych, jak np. sprzedaży, zawarcia i rozwiązania umowy dzierżawy, przekształcenia zakładu w spółkę, odziedziczenia zakładu wskutek śmierci pracodawcy będącego osobą fizyczną, przekształcenia zakładu spółdzielni w samodzielną spółdzielnię lub wynikiem działania przepisów prawnych i decyzji administracyjnych.

Ponieważ nowy pracodawca staje się z mocy prawa stroną w dotychczasowych stosunkach pracy, więc przejęci pracownicy mają prawo do wykonywania pracy na dotychczasowych stanowiskach i z dotychczasowym wynagrodzeniem. Zmiana tych warunków może nastąpić albo przez wypowiedzenie zmieniające, wówczas muszą być zachowane obowiązujące terminy, albo przez zawarcie z pracownikami porozumienia w zakresie zmiany warunków ich pracy lub płacy. Można także przyjąć, iż dopuszczalne jest np. zawarcie porozumienia ze związkami zawodowymi, że

pracownik pozostanie zatrudniony u dotychczasowego pracodawcy, jednak wydaje się, że jest to nie do pogodzenia z charakterem przejścia zakładu pracy, jako transferu z mocy samego prawa.

Sąd Najwyższy w jednym ze swoich wyroków reprezentuje stanowisko zgodnie z którym, przejęcie w trybie art. 23¹ § 1 k.p. pracowników przez nowego pracodawcę następuje z mocy prawa i nie jest to uzależnione w jakikolwiek sposób od czynności dokonywanych właśnie przez pracowników. Nie jest możliwe ustalenie innych skutków transferu niż te, które są określone w przepisie ustawy w wyniku np. zawarcia umowy pomiędzy dotychczasowym i nowym pracodawcą. Wyjątek stanowi: art. 317 ust. 2 zd. 2 prawa upadłościowego i naprawczego w zw. z art. 41¹ k.p.: nabywca przedsiębiorstwa upadłego (nowy pracodawca) nabywa je w stanie wolnym od obciążeń i nie odpowiada za zobowiązania upadłego (dotychczasowego pracodawcy). Oznacza to, iż nabywca przedsiębiorstwa (które stanowi zakład pracy) w trybie likwidacji masy upadłości nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania upadłego wynikające ze stosunków pracy. Istnieje jednak możliwość, że na nabywcę upadłego lub likwidowanego przedsiębiorstwa może przejść odpowiedzialność za długi wobec pracowników, jeżeli nabywca zobowiązał się do tego w umowie, na podstawie której nabył zakład pracy.

W przypadku przejścia zakładu pracy na nowego pracodawcę, nie zachodzi konieczność sporządzenia nowej umowy o pracę, aneksu do starej lub zamieszczenia informacji o przejściu zakładu pracy. Ponieważ przejście zakładu lub jego części na podstawie art. 23¹ Kodeksu pracy nie powoduje rozwiązania istniejącego stosunku pracy, nie powstaje również obowiązek przeprowadzenia przez pracowników nowych badań lekarskich z powodu przejścia zakładu. Szkolenie pracownika przed dopuszczeniem do pracy nie jest wymagane w przypadku podjęcia przez niego pracy na tym samym stanowisku pracy, które zajmował u danego pracodawcy przed nawiązaniem z tym pracodawcą kolejnej umowy o pracę.

Zgodnie z obowiązującą linią orzeczniczą - prawo do nagrody z zakładowego funduszu nagród stanowi istotny element treści stosunku pracy i wobec tego obowiązek respektowania tego prawa przechodzi na nowego pracodawcę.

Przejęcie części zakładu pracy w okresie wypowiedzenia pracownikowi umowy o pracę powoduje, że nowy pracodawca, wstępując z mocy prawa w uprawnienia i obo-

wiązki poprzedniego pracodawcy, jest związany wypowiedzeniem umowy o pracę, jeżeli nie dokona czynności zmierzających do jego cofnięcia przed datą rozwiązania stosunku pracy. Dodatkowo pracodawca przejmujący zakład pracy staje się stroną w dotychczasowym stosunku pracy także wtedy, gdy poprzedni pracodawca wydał pracownikowi świadectwo pracy.

Odnosnie odpowiedzialności za zobowiązania powstałe przed dniem przejęcia zakładu pracy przez nowego pracodawcę w świetle art. 23¹ k.p. w przypadku przejścia tylko części zakładu pracy - zarówno nowy, jak i dotychczasowy pracodawca odpowiadają wspólnie (solidarnie) za zobowiązania pracodawcy. Jeżeli natomiast następuje przejście całego zakładu pracy, wówczas to nowy pracodawca ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu zobowiązań ze stosunku pracy.

Zgodnie z treścią art. 23¹ k.p. - jeżeli u pracodawców nie działają zakładowe organizacje związkowe, dotychczasowy i nowy pracodawca, na co najmniej 30 dni przed przewidywanym terminem przejścia, informują na piśmie swoich pracowników o przewidywanym terminie przejścia, jego przyczynach, prawnych, ekonomicznych, socjalnych skutkach dla pracowników, a także zamierzonych działaniach dotyczących warunków zatrudnienia pracowników (w szczególności warunków pracy, płacy, przekwalifikowania). Jeżeli jednak pracodawca zaniecha takiego obowiązku, dopuści się naruszenia obowiązków pracodawcy, przy czym naruszenie to nie będzie ciężkie. Wskazuje się jednak, że pracownik, który nie był poinformowany o przejściu w omawianym trybie, będzie mógł rozwiązać stosunek pracy bez wypowiedzenia z krótszym niż siedmiodniowy terminem uprzedzenia. Jednocześnie jest możliwość wystąpienia przeciwko takiemu pracodawcy z roszczeniem odszkodowawczym w oparciu o przepisy kodeksu cywilnego.

W przypadku gdy u pracodawcy działają zakładowe organizacje związkowe, zastosowanie znajdzie art. 26¹ ustawy o związkach zawodowych, zgodnie z którym dotychczasowy i nowy pracodawca co najmniej na 30 dni przed przewidywanym terminem przejścia zakładu pracy (jego części) są obowiązani do poinformowania na piśmie działających u każdego z nich zakładowych organizacji związkowych o przewidywanym terminie przejścia, jego przyczynach, prawnych, ekonomicznych oraz socjalnych skutkach dla swoich pracowników, zamierzonych działaniach dotyczących warunków zatrudnienia tych pracowników, w szczególności warunków pracy, płacy i przekwalifikowania. Jeżeli dotychczasowy lub nowy pracodawca zamierza podjąć działania w celu zmiany warunków zatrudnienia, to spoczywa na nim obowiązek podjęcia negocjacji z zakładowymi organizacjami związkowymi w celu zawarcia porozumienia, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia przekazania informacji o tego rodzaju działaniach. W sytuacji nie

osiągnięcia porozumienia w tak zakreślonym terminie, w związku z niemożliwością uzgodnienia przez strony jego treści, pracodawca samodzielnie dokonuje zmian w zakresie warunków zatrudnienia. Musi jednak uwzględnić te postanowienia, które zostały już ustalone w toku negocjacji. Poza zawiadomieniem związków zawodowych o przejściu zakładu pracy, pracodawca powinien zawiadomić o tym jednocześnie pracowników, na wypadek, gdyby nie uczyniły tego związki. W wyniku przekształcenia, łączenie się czy przejście zakładu pracy może spowodować zmiany w organizacji zakładu pracy. Skutkiem takich zmian może być m.in. dublowanie się stanowisk. W takiej sytuacji może pojawić się konieczność redukcji etatów, stanowisk pracy w niektórych działach lub przeniesienia pracowników na inne miejsca pracy. Z tego też względu tak istotny jest obowiązek poinformowania pracowników o planowanych działaniach.

Szczególne regulacje dotyczą również kwestii stosowania do przejmowanych pracowników układu zbiorowego pracy, którym byli objęci u dotychczasowego pracodawcy. Zgodnie z treścią przepisu art. 241⁸ k.p.: w okresie roku od przejścia nowy pracodawca zobowiązany jest do stosowania do przejętych pracowników układu zbiorowego pracy, którym objęci byli oni przed przejściem. Należy to rozumieć w ten sposób, że nowy pracodawca nie staje się stroną układu zbiorowego. Na tym pracodawcy ciążyć będzie obowiązek stosowania postanowień zawartych w tym układzie.

Należy podkreślić, iż warunki pracy i płacy wynikające z regulaminu wynagradzania obowiązują pracodawcę na takich samych zasadach jak warunki wynikające z umowy o pracę. Prawa i obowiązki wynikające z układu nie mogą być modyfikowane przez rok. Pozostałe warunki zarówno pracy jak i płacy, które nie zostały objęte układem, mogą być dowolnie modyfikowane poprzez wypowiedzenie zmieniające. Istotne jest, aby pracodawca podał przyczyny dokonania zmian, z tego względu, że sam fakt przejścia zakładu pracy nie uprawnia do dokonywania powyższych modyfikacji.

Pracownik, w terminie 2 miesięcy od przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę, może bez wypowiedzenia, za siedmiodniowym uprzedzeniem rozwiązać stosunek pracy, co powoduje dla niego skutki, jakie przepisy wiążą z rozwiązaniem stosunku przez pracodawcę za wypowiedzeniem.

Pracownikowi w ramach rozwiązania stosunku pracy nie służy jakiegokolwiek odszkodowanie. Ponadto pracownikowi nie służy prawo do odszkodowania z art. 55 § 1 i 1¹ k.p. (rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia wskutek przeniesienia pracownika do pracy odpowiedniej ze względu na stan zdrowia i kwalifikacji zawodowych, wskutek ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika). Pracownik nie ma również prawa do otrzymania wynagrodzenia za okres, w którym nie wykonywał

pracy po ustaniu stosunku pracy. SN w wyroku z 2 sierpnia 2000 r. podkreślił, iż rozwiązanie stosunku pracy, w ramach przejścia zakładu pracy nie jest rozwiązaniem za wypowiedzeniem, w związku z czym nie biegnie okres wypowiedzenia i pracownik nie zachowuje prawa do wynagrodzenia. Tylko skutki na przyszłość rozwiązania stosunku pracy są takie, jakie wynikałyby z wypowiedzenia przez pracodawcę.

Inny pogląd przedstawił Sąd Najwyższy w wyroku z 2 lutego 2001 r., w którym uznał, że rozwiązanie stosunku pracy w omawianym trybie nie wyklucza nabycia prawa do odprawy z ustawy o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników.

W myśl § 5 omawianego przepisu art. 23¹k.p. z dniem przejścia zakładu lub jego części, pracodawca jest zobowiązany zaproponować nowe warunki pracy i płacy pracownikom świadczącym dotychczas pracę na innej podstawie niż umowa o pracę (powołanie, mianowanie, wybór, spółdzielcza umowa o pracę) oraz wskazać termin, nie krótszy niż 7 dni, do którego pracownicy mogą złożyć oświadczenie o przyjęciu lub odmowie przyjęcia proponowanych warunków. W razie nieuzgodnienia nowych warunków pracy i płacy dotychczasowy stosunek pracy rozwiązuje się z upływem okresu równego okresowi wypowiedzenia, liczonego od dnia, w którym pracownik złożył oświadczenie o odmowie przyjęcia proponowanych warunków, lub od dnia, do którego mógł je złożyć. Skutki wypowiedzenia są takie, jak w przypadku wypowiedzenia stosunku pracy przez pracodawcę. Jeżeli jednak pracodawca nie przedstawił pracownikowi proponowanych zmian, pracownik zachowuje prawo złożenia wypowiedzenia. Do tego czasu stosunek pracy trwa w niezmienionym kształcie.

W myśl § 6 omawianego przepisu - sam fakt przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy. Bezprawne są również praktyki pracodawców, które mają na celu przymuszenie pracowników do zawierania umów na okres próbny, chyba że obie strony (a zatem pracownik i pracodawca) wyrazili na to zgodę, a takie uzgodnienie nie ma na celu pozbawienie pracownika ochrony. Nieważne będzie także wypowiedzenie umowy z datą na dzień poprzedzający transfer, chyba że przejście zakładu pracy jest przyczyną wypowiedzenia.

Odnosnie zakładowego funduszu świadczeń socjalnych należy wskazać, że jeżeli przejście zakładu następuje na pracodawcę, który nie jest zobowiązany do tworzenia Funduszu, pracodawca przejmujący (nowy pracodawca) przejmuje środki pieniężne, należności i zobowiązania Funduszu pracodawcy przekazującego (dotychczasowego pracodawcy). Nadwyżka przejętych środków pieniężnych wraz z odsetkami nad przyjętymi zobowiązaniami nie stanowi przychodu pracodawcy przejmującego, jest gromadzona na odrębnym rachunku bankowym lub wydzielonym subkoncie i podlega wydatkowaniu na zasadach określonych ustawą. W razie przejścia części zakładu pracy na pracodawcę zobowiązanego do tworzenia Funduszu, Fundusz pracodawcy przejmującego zwiększa się, w części przypadającej na liczbę przejmowanych pracowników, o równowartość środków pieniężnych Funduszu pracodawcy przekazującego, skorygowanych odpowiednio o należności i zobowiązania Funduszu - według stanu na ostatni dzień miesiąca, w którym następuje przejście.

Komisja Pielęgniarek Rodzinnych: Propozycja wzoru identyfikatora dla pielęgniarek rodzinnych

Komisja Pielęgniarek Rodzinnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi proponuje jednolity wzór identyfikatora w celu lepszej rozpoznawalności pielęgniarek odbywających wizyty domowe oraz zapewnienia bezpieczeństwa zadeklarowanych pacjentów. Proponowany wzór nie jest obowiązkowy.

Przewodnicząca Komisji
mgr Teresa Kaźmierczak

zdjęcie	pieczęć zakładu pracy lub indywidualnej praktyki
	imię i nazwisko tytuł zawodowy nr prawa wykonywania zawodu

spotkanie z rzecznikiem

mgr Irena Król
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej



Witam serdecznie,

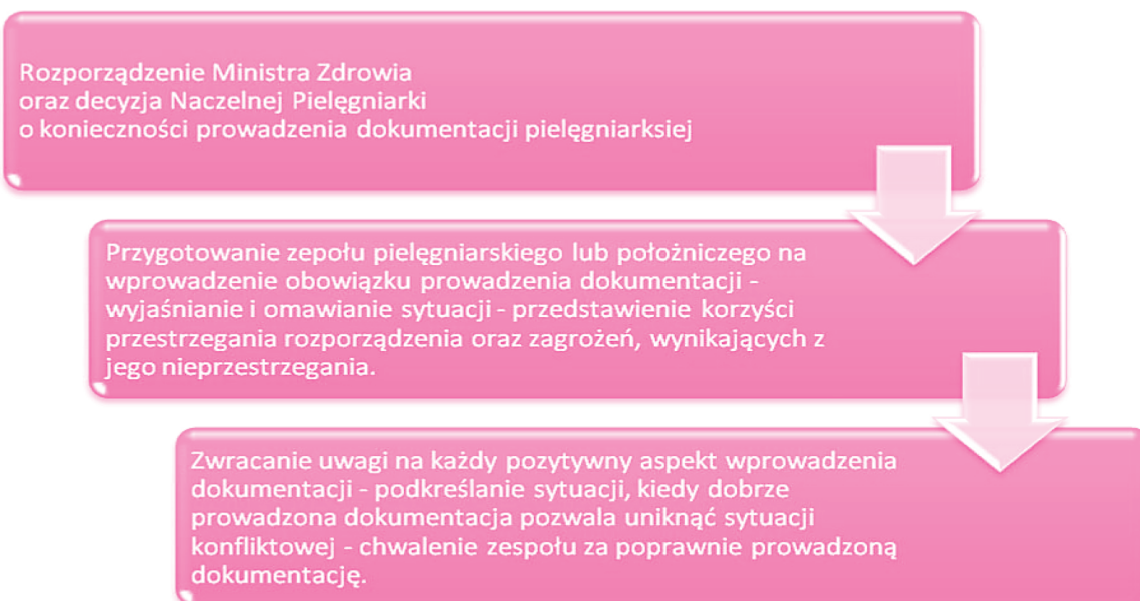
Kontynuując postanowienie o poruszaniu w niniejszym dziale tych kwestii, które stanowią ogromny problem, a które jeszcze do niedawna, z różnych powodów, były pomijane, zdecydowałam, że nasze obecne spotkanie poświęcę problemowi dokumentacji pielęgniarstwa, która jest integralną częścią dokumentacji medycznej każdego naszego pacjenta.

Wizytując - kontrolując z ramienia Wojewody kolejne placówki ochrony zdrowia, z zamiarem uświadomienia wagi tejże dokumentacji, często słyszałam „nie ma na to czasu, albo zrobimy wszystko, albo będziemy pisać”.

Faktem jest, że większość placówek boryka się z brakiem pielęgniarek, a te, które dyżurują, są przeciążone nadmiarem obowiązków. W obliczu tych dwóch, konkurujących faktów - konieczności prowadzenia dokumentacji pielęgniarstwa oraz zmniejszającej się liczby personelu pielęgniarstwa, pojawia się pytanie: Czy istnieje takie rozwiązanie, które definitywnie rozwiąże istniejący problem spychania dokumentacji na dalszy plan, a czasem wręcz jej ignorowania? Niestety odpowiedzi na to pytanie nie jestem w stanie udzielić. Odwołując się do swoich doświadczeń, mogę natomiast przekazać kilka, gotowych do rozważenia, przedyskutowania i zastosowania, wskazówek, które pomogą zminimalizować problem.

Pełniąc funkcję pielęgniarki oddziałowej jestem odpowiedzialna, między innymi, za dokumentację, której wprowadzenie było ważnym krokiem w życiu mojego zespołu. Zanim wprowadziłyśmy karty obserwacji działań pielęgniarstwa, często rozmawiałyśmy - tłumaczyłam koleżankom, że decyzja Pielęgniarki Naczelnej jest zgodna z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i nie ma od niej odwrotu. Przekonywałam, że opisywanie naszych działań przyniesie nam korzyść i nie myliłam się - w każdej trudnej, konfliktowej sytuacji, kiedy w zespole terapeutycznym nie ma współpracy (niestety nie pracujemy w idealnych, książkowych warunkach), opisane działania pielęgniarstwa, dokładne godziny podejmowanych kolejno czynności, informacje o postawie rodziny pacjentki oraz opis stanu emocjonalnego chorej, często przyczynia się do wyjaśnienia zaistniałego problemu. To właśnie dokładna dokumentacja jest dowodem na skuteczność naszej pracy.

Na poniższym wykresie przedstawiam uproszczony schemat wprowadzania dokumentacji pielęgniarstwa jako istotnego elementu naszej pracy.



Idealną jest sytuacja, kiedy w placówce opracowane są procedury wprowadzone przez Zarządzenie Dyrektora i Naczelnej Pielęgniarki. Dlaczego? Odpowiem na przykładzie. Podczas przyjęcia chorego do oddziału we wszystkich placówkach, każda z pielęgniarek lub położnych musi wykonać wiele rutynowych czynności, o których musi napisać w dokumentacji danego chorego. Powinna napisać między innymi, że zapoznała chorą/ego z prawami pacjenta, z topografią oddziału, z regulaminem oddziału itd., a przecież można opracować procedurę przyjęcia chorego do oddziału, z podziałem na przyjęcie w trybie planowym i dyżurowym czy pilnym. Jeżeli procedura jest obowiązkowa wystarczy w dokumentacji wpisać formułkę "...chora/y przyjęta/y zgodnie z procedurą..." i obowiązkowo dopisać datę i godzinę oraz zawsze podpis pielęgniarki/położnej. Procedura zawiera dokładne czynności, które muszą być bezwzględnie wykonane i napisanie wyżej wymienionej formułki musi być w danej placówce jednoznaczne z wykonaniem każdej opisanej czynności. Oczywiście idealnie będzie jeżeli rozpoznany zostanie problem chorej/go i pielęgniarka lub położna będą miały szansę na podjęcia próby jego rozwiązania. Ten ideał może być zrealizowany, kiedy zrealizowane i przestrzegane będzie w placówkach ochrony zdrowia Zarządzenie Ministra Zdrowia o minimalnych normach zatrudnienia.

Powyższe wskazówki są efektem moich doświadczeń jako pielęgniarki oddziałowej. W niniejszym paragrafie pragnę natomiast przedstawić perspektywę Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i wytłumaczyć w jaki sposób dokumentacja może pomóc obronić się przed niesłusznym oskarżeniem. W jednej ze skarg, rodzina podała między innymi, że pielęgniarki nie dbały dostatecznie dobrze o higienę ich matki, co spowodowało odleżyny na piętach i w okolicy pośladków. Dostarczona dokumentacja ww. chorej była prowadzona starannie już od momentu pojawienia się pacjentki na Izbie Przyjęć. Pielęgniarka przyjmująca chorą, dokładnie opisała - narysowała na konturach sylwetki człowieka miejsca odleżyn, z którymi przyjechała z domu chora. Pielęgniarki na oddziale również starannie opisywały pielęgnację odleżyn i ich stan. To właśnie, między innymi, analiza tych danych pozwoliła umorzyć, czyli zakończyć postępowanie ORZOZ przeciwko danym pielęgniarkom.

W jakim celu przytaczam te konkretne sytuacje? Mam nadzieję, że poprzez takie pozytywne przykłady zachęcę Koleżanki i Kolegów do zmiany myślenia o dokumentacji jako o złu koniecznym, które zostało narzucone przez naszych zwierzchników. Dokumentacja jest dowodem naszej pracy. W sytuacjach spornych może pomóc nam udowodnić np., że chora była uczulona na materiał, z którego zrobione były wymieniane bardzo często wenflony (monitro-

wanie wkluc dożylnych) i komplikacje nie wynikały z zaniedbania pielęgniarek, ale z faktu nieuświadomionego do tej pory uczulenia (kolejna sprawa ORZOZ).

Należy jeszcze wyjaśnić, iż nasza dokumentacja analizowana jest również przez prokuraturę, biegłych sądowych, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy oraz pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia. Zadbajmy zatem, aby zawsze mogli z naszej pielęgniarskiej dokumentacji wyczytać potrzebne fakty, opis działań, przebieg procesu powrotu do zdrowia lub śmierci naszych podopiecznych. Koleżanki z zespołu, którym mam zaszczyt kierować, wielokrotnie już słyszały pochwały na temat naszej pielęgniarskiej dokumentacji i wiem, jaką ogromną osobistą satysfakcją dają takie pochwały pielęgniarki, która pomimo zmęczenia, opisuje swoje działania i problemy osoby, którą się opiekowała.

Przyzwyczajona do ogólnego negowania odgórnych zarządzeń, już słyszę jak wiele Pielęgniarek, Położnych i Pielęgniarzy mówi: "...no tak, dobrze jej tak pisać, bo ma dobrą sytuację kadrową i wprowadzone procedury...". I w tym kontekście mogę przyznać rację. Jednocześnie, wraz z przyznaniem tej racji, chciałabym uczulić, że niedobór kadrowy nie zwalnia nikogo z nas od należytej staranności i indywidualnej odpowiedzialności. Braki kadrowe to ogromny problem naszego środowiska, jednakże nie pozwalajmy sobie na brak dokumentacji, bo to jest indywidualny dowód naszych działań lub zaniechań i może być dla każdego z nas przyczyną problemów.

Cel, który przyświecał mi w trakcie pisania tego artykułu, to przekazanie każdej Pielęgniarki, Położnej, Pielęgniarzowi, że samodzielność naszych zawodów to również indywidualna odpowiedzialność, a tylko czytelne autoryzowanie wykonanych zleceń lekarskich, monitorowanie wszystkich obcych ciał (cewniki, wenflony, setony itp.) w ciele chorego, opis zaplanowanych działań pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, dokumentuje na długie lata trud włożony w codzienną pracę.

Kończąc, życzę Wszystkim zdrowia, siły oraz uczucia radości z pracy w tym wyjątkowym zawodzie, który wymaga od nas ciągłej gotowości, mądrości i wyjątkowości, na którą nie każdego człowieka stać.



Umiejętności zawodowe i co więcej?

Czyli czego, poza opieką, oczekuje się od położnych, pielęgniarek oraz pielęgniarzy

Zwyczajny dzień pracy Pielęgniarki, Pielęgniacza lub Położnej jest przepełniony tak wieloma obowiązkami, że brak w nim czasu na chwilowy postój i refleksję nad istotą wykonywanego zawodu. Refleksję, która mogłaby uchwycić, często pomijany fakt, iż w zawodach tych grup, poza umiejętnościami czysto zawodowymi, wymagane są również umiejętności, określane jako psychologiczne.

komunikacyjne leżą u podstaw większości skarg pacjentów. Pielęgniarki, Pielęgniarze oraz Położne znajdują się na tak wielu liniach komunikacyjnych, mających miejsce w ich miejscach pracy, że nie sposób omówić je wszystkie w jednym artykule. Być może niektórym Czytelnikom trudno wyobrazić sobie, jak różnymi rodzajami komunikacji posługują się w swoim codziennym dniu pracy.

Ponieważ każdy z powyższych rodzajów komunikacji dzieli się na jeszcze węższe kategorie (np. różne rodzaje komunikacji z pacjentem, w zależności od jego choroby lub wieku; komunikacja werbalna, niewerbalna oraz pisemna), niniejszym artykułem pragnę rozpocząć „cykl komunikacyjny”, w którym po kolei omówię poszczególne typy komunikacji w miejscu pracy Pielęgniarek i Położnych, ze szczególnym uwzględnieniem ich praktycznego aspektu.

Jak wynika ze schematu, na pierwszy plan obecnie wysuwa się komunikacja w zespole pielęgniarskim lub położniczym, i to właśnie na tym aspekcie skupimy się w dalszej części artykułu.

Mając świadomość, iż w trakcie pracy nie ma czasu na takie przemyślenia, proponuję, aby każdy Czytelnik, dokładnie w tej chwili, zastanowił się, jakie umiejętności liczą się w wykonywanym przez Państwa zawodzie. Ze spokojem, można na chwilę odłożyć Biuletyn i pozwolić sobie na chwilę zadumy, przypominając sobie konkretne sytuacje z życia zawodowego, lub prywatnego, kiedy to Państwo stają się pacjentami. Co wtedy się liczy, poza profesjonalnym wykonywaniem czynności pielęgniarskich i położniczych?

Jakie odpowiedzi pojawiły się w wyniku Państwa przemyśleń? Czy wystąpiła między nimi komunikacja? Jeżeli tak - to znak, że poniższy artykuł będzie potwierdzeniem Państwa przemyśleń.

Jeżeli nie - mam nadzieję, że poniższy artykuł pozwoli Państwu dojrzeć niezwykłą rolę, jaką w pracy i prawidłowym funkcjonowaniu kadry pielęgniarskiej oraz położniczej pełni wspomniana już komunikacja.

Komunikacja werbalna, niewerbalna oraz pisemna jest istotnym aspektem każdego rodzaju pielęgniarstwa oraz położnictwa. Jednocześnie, według Waltona, to właśnie błędy

Poniżej przedstawiam zatem podstawowe rozróżnienie:



Przedstawiony schemat ujmuje jedynie najbliższe otoczenie obu grup zawodowych. Chcąc ogarnąć wszystkie drogi komunikacji, które są udziałem każdej Pielęgniarki, Położnej oraz każdego Położnego i Pielęgniarza, należy rozszerzyć wykres o kolejne ogniwa.

**ZDAWANIE RAPORTU
JAKO SZCZEGÓLNY
ELEMENT KOMUNIKACJI
W ZESPOLE PIEŁĘGNIARSKIM
LUB POŁOŻNICZYM**



1. Opieka nad pacjentem

Jednym z najistotniejszych elementów komunikacji w zespołach pielęgniarskich lub położniczych jest „przekazywanie zmiany” wraz ze zdawaniem raportu. Bowiem obok funkcji czysto informacyjnej, jest to jednocześnie podstawa kontynuacji odpowiedniej pielęgnacji pacjenta. Zapewne każdy Czytelnik bez trudu wymieni informacje przekazywane w trakcie obejmowania dyżuru przez kolejną zmianę. Można do nich zaliczyć między innymi informacje o: obecnym stanie pacjenta, ostatnich zmianach jego stanu, obecnym leczeniu i możliwych zmianach lub komplikacjach, które mogą wystąpić.

Przekazywanie informacji o stanie pacjenta jest tak ważną częścią pracy

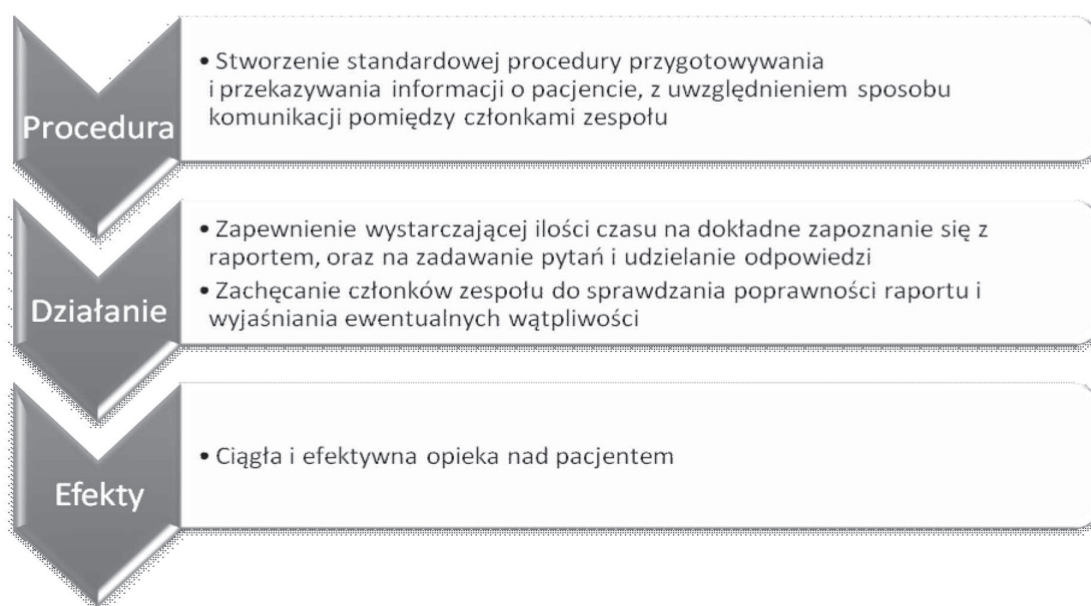
Pielęgniarek, Pielęgniarzy oraz Położnych, iż Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała wskazówki, służące do usprawnienia tego procesu. Sugestie WHO, dotyczące „przekazywania zmiany”, przedstawione są na poniższym schemacie.

Z pozoru banalnie wyglądające wskazówki, kryją w sobie istotny przekaz. Nieprzestrzeganie tych prostych zasad może bowiem prowadzić do niepełnego przekazania informacji, co w rezultacie może skutkować zaniebaniami lub błędami w sztuce. Jeżeli brakuje nam szczegółowych danych na temat konkretnego pacjenta (np.

o uczuleniu, które pojawiło się w nocy), łatwo przeoczyć kolejne sygnały, które mogą mieć istotny wpływ na przedłużający się powrót chorego do zdrowia.

Aby podkreślić znaczenie tych prostych wskazówek, proszę każdego Czytelnika o szczerą odpowiedź na poniższe pytania:

1. Czy pomimo zmęczenia, zawsze zamieszczam wszystkie istotne informacje w raporcie i przekazuję je kolejnej zmianie?
2. Czy, obejmując dyżur, przykładam wystarczającą uwagę do przekazywanych mi informacji?



3. Jak często w trakcie przekazywania raportu, rozpoczynamy rozmowę na tematy niezwiązane z kwestiami zawodowymi (np. tematy prywatne, „plotki”)?

4. Czy w razie wątpliwości, zadaję pytania, na które otrzymuję odpowiedzi?

5. Czy jestem w stanie tak zorganizować swoją pracę, aby móc przeznaczyć odpowiednią ilość czasu na przekazanie kolejnej zmiany wszystkich istotnych informacji?

6. Czy zdarzyło lub zdarza mi się opuszczać pracę bez przekazania informacji werbalnej kolejnej zmianie?

Jestem przekonana, iż nie jest konieczne podawanie pożądaných odpowiedzi na te pytania. Mam jednocześnie nadzieję, że posłużą one za drogowskaz do pełniejszej i efektywniejszej komunikacji w zespołach pielęgniarskich oraz położniczych w trakcie „przekazywania zmiany”. Nie bez powodu jako ostatnie pojawiło się pytanie, dotyczące komunikacji werbalnej. Jak donoszą badania naukowe, sam przekaz pisemny w postaci raportu (zwłaszcza jeżeli jest pisany „od niechcienia i na odczepnego”), w obliczu ewentualnych komplikacji, nie dostarcza Położnym, Pielęgniarkom oraz Pielęgniarzom wystarczających informacji. Prowadzi natomiast do poczucia niepewności, co w znaczny sposób obniża jakość wykonywanej pracy.

2. Budowanie zespołu

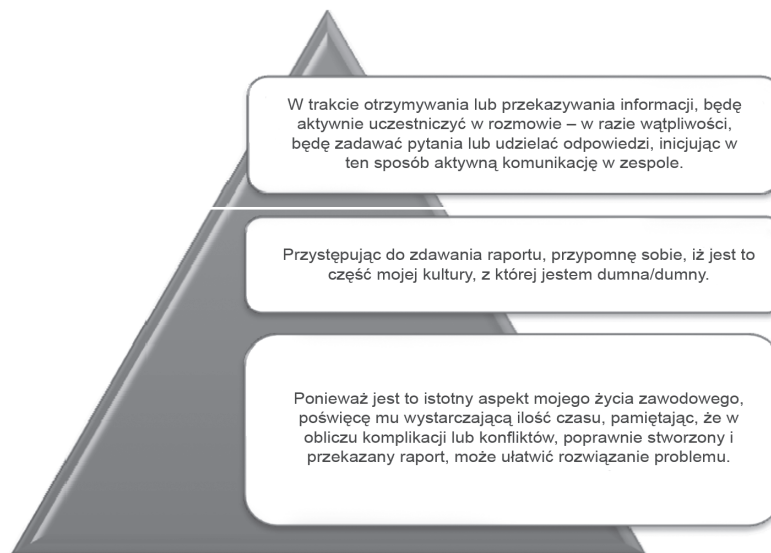
Jak wiemy z poprzedniej części artykułu, komunikacja w postaci zdawania raportu, opatrzonego werbalnym komentarzem oraz pytaniami wraz z odpowiedziami, pełni znaczącą rolę w zapewnianiu ciągłości odpowiedniej opieki nad pacjentem. Nie jest to jednak jedyna funkcja tej formy komunikacji, występującej w zespołach Położnych, Pielęgniarek oraz Pielęgniarzy.

Traktowane często „po macoszemu” zdawanie raportu jest integralną

częścią kultury pielęgniarskiej oraz położniczej. To właśnie poprzez uczestnictwo w tym procesie „świeżo upieczeni” adepci tych zawodów, otrzymują dostęp do swoich grup zawodowych. Co więcej, ze względu na różnice w zakresie formy zdawania raportu, występujące, nie tylko pomiędzy szpitalami, ale także oddziałami, branie udziału w tej pozornie prostej czynności, umożliwia poszczególnym członkom zespołu „wtopienie się” w kulturę oddziału oraz wzmocnienie więzi w zespole. To właśnie podczas tych konkretnych momentów, kiedy to zespół dzieli się ze sobą informacjami, pojawia się specjalistyczny język, zrozumiały głównie dla danej grupy

Tymczasem warto od czasu do czasu przystanąć i zastanowić się nad wartością tych elementów. Jednym z nich w życiu Pielęgniarek, Pielęgniarzy oraz Położnych jest zdawanie raportu. Mając na uwadze powagę tego wydarzenia, wynikającą z jego kluczowej roli w efektywnej i ciągłej opiece nad pacjentem oraz z jego znaczenia w tworzeniu więzi w zespole, pamiętajmy o tym, jak bardzo możemy usprawnić ten proces, postępując zgodnie z prostymi wskazówkami.

Aby efektywnie wykorzystać wszystkie informacje zawarte powyżej, proponuję przy najbliższej okazji postąpić zgodnie z poniższymi sugestiami:



W trakcie otrzymywania lub przekazywania informacji, będę aktywnie uczestniczyć w rozmowie – w razie wątpliwości, będę zadawać pytania lub udzielać odpowiedzi, inicjując w ten sposób aktywną komunikację w zespole.

Przystępując do zdawania raportu, przypomnę sobie, iż jest to część mojej kultury, z której jestem dumna/dumny.

Ponieważ jest to istotny aspekt mojego życia zawodowego, poświęcę mu wystarczającą ilość czasu, pamiętając, że w obliczu komplikacji lub konfliktów, poprawnie stworzony i przekazany raport, może ułatwić rozwiązanie problemu.

zawodowej lub pracowników danego oddziału. Aby móc uczestniczyć w pełni życia konkretnego zespołu, nowoprzyjęci do pracy Pielęgniarze, Pielęgniarki oraz Położne, muszą opanować tenże język oraz reguły, rządzące przekazywaniem informacji wewnątrz grupy. W ten sposób zdawanie raportu, obok funkcji czysto informacyjnej, może być również formą nauki, budowania oraz wzmocnienia zespołu.

Propozycja...

W wirze codziennych, zawodowych spraw, często traktujemy istotne elementy naszej działalności, jako zło konieczne.

Mając nadzieję, iż uda się Państwu wcielić w życie powyższą piramidę, życzę jak najwięcej momentów, kiedy każdy z Państwa pozwoli sobie na poczucie wspomnianej przeze mnie dumy, wynikającej z przynależności do kultury Położnych, Pielęgniarek oraz Pielęgniarzy, która w realny sposób wpływa na losy wielu ludzi, przynosząc ulgę w cierpieniu.

Literatura u autora

**Odpowiedzi Głównego Inspektora Pracy -
p. Tadeusza Zająca na
„Wykaz problemów zgłoszonych przez Okręgowe Izby Pielęgniarek
i Położnych w zakresie kompetencji Głównego Inspektora Pracy”**

na spotkaniu 22 stycznia 2009 r. w Fundacji „Wsparcie”,
ul. Kopernika 36/40 w Warszawie

Stosunek pracy

1. W związku z funkcjonowaniem na terenach szpitali firm zewnętrznych, spółek oraz innych podmiotów proszę o wyjaśnienie wątpliwości interpretacyjnych w kontekście zapisów ustawy o zoz-ach oraz ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej w zakresie sposobu organizacji pracy pracowników zoz (pracownicy zatrudnieni w szpitalach a pracownicy firm zewnętrznych) oraz ich odpowiedzialności za wykonywane czynności, koordynowania pracy.

Zgodnie z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz.89 ze zm.) minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda oraz jednostka samorządu terytorialnego a także samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej mogą udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne, zwanego dalej „zamówieniem”:

1) niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu;

2) osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

2a) grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych prowadzącym działalność na zasadach określonych w przepisach odrębnych;

3) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy udzielającym i przyjmującym zamówienie, którzy odpowiadają solidarnie za udzielone im świadczenia. Zgodnie bowiem z art. 35 ust 5 cytowanej ustawy odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie.

Nadmienić należy, że zgodnie z art.1 ust.5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej:

1) zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez spółki, stowarzyszenia i fundacje,

2) lekarze lub lekarze stomatolodzy wykonujący zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej,

3) pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych,

4) inne podmioty,

nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.

Nie ma zatem prawnej możliwości, aby pracownicy opieki zdrowotnej zatrudnieni w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, prowadzonych w formach prawnych wskazanych przez wyżej wymieniony przepis, wykonywali pracę na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

W przypadku natomiast zawierania umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów) z podmiotami zewnętrznymi mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

Zatem zgodnie z nimi oraz zgodnie z obowiązującą w prawie cywilnym zasadą swobody umów i rodzaju zawartej umowy, kształtować się będzie odpowiedzialność zlecającego i przyjmującego zlecenie.

2. Dyrektorzy zoz wymuszają na pielęgniarkach/położnych rezygnację z umów o pracę i zatrudnianie na podstawie umów cywilnoprawnych (dyżury kontraktowe). Jakiej możliwości przeciwdziałania i obrony przed powyższymi działaniami? Czy w takim przypadku działania dyrektorów zoz mogą stanowić mobbing? Na jakiej podstawie prawnej i faktycznej powinno być oparte powództwo pracownika? Czy w takim przypadku przed wystąpieniem do sądu może być pomocne działanie Państwowej Inspekcji Pracy i w jakim zakresie?

3. Czy i jakie działania zostały/zostaną podjęte przez Państwową Inspekcję Pracy w kwestii zatrudniania własnych pracowników szpitali na podstawie umów cywilnoprawnych przez podmioty zewnętrzne?

W przepisach prawa brak jest regulacji zakazujących zawierania umów cywilnoprawnych. Zasady i tryb zawierania tego typu umów zostały natomiast unormowane w przepisach prawa cywilnego. Ponadto umowy cywilnoprawne, jako umowy zawierane pomiędzy dwiema równorzędnymi stronami stosunku prawnego, cechuje swoboda zarówno w zakresie ich zawierania jak

i ukształtowania treści tego stosunku. Ocena, czy w konkretnej sytuacji umowa cywilnoprawna została zawarta z naruszeniem przepisów prawa lub czy jej zawarcie jest wynikiem działań mobbingowych należy do sądu.

Pamiętać również należy, że ochroną prawa pracy objęci są tylko pracownicy. Pracownikiem natomiast, w myśl art. 2 Kodeksu pracy (Dz. U. z 1974 r. Nr 24, poz. 141 ze zm.) jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Osoby zaś świadczące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych (np. umowy zlecenia, umowy o dzieło) podlegają przepisom prawa cywilnego, nie zaś prawa pracy.

Z uwagi na ograniczoną swobodę pracodawcy w kwestii kształtowania treści stosunku pracy, jego zmian i rozwiązywania, prawo pracy zapewnia bardzo szeroką ochronę pozycji prawnej pracownika. Każda umowa o pracę, w swej treści, nie może bowiem być mniej korzystna dla pracownika, niż postanowienia przepisów prawa pracy. Umowy prawa cywilnego są zaś kształtowane na zasadzie swobodnej woli stron i podlegają tylko niewielkim ograniczeniom prawa - w związku z czym pozycja osoby wykonującej na tej podstawie pracę, może być ukształtowana w sposób bardzo niekorzystny, a dodatkowo nie podlega ona ochronie prawa pracy.

Zgodnie natomiast z art. 22 § 1, 1¹ i 1² Kodeksu pracy, przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca - do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Zatrudnienie w warunkach określonych wyżej jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy.

Nie jest dopuszczalne zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy, określonych wyżej. Zgodnie z powyższym umów cywilnoprawnych nie wolno zawierać, jak również nie jest dopuszczalne zastępowanie umów o pracę takimi umowami, w sytuacji, kiedy zatrudnienie danej osoby odpowiada warunkom określonym w art. 22 § 1 k.p. W takim przypadku jedyną prawnie dopuszczalną podstawą zatrudnienia winna być umowa o pracę lub inny akt wymieniony w art. 2 k.p.

W przypadku zawarcia umowy cywilnoprawnej, która faktycznie nosi cechy stosunku pracy osoba wykonująca pracę na podstawie takiej umowy może zgłosić skargę na pracodawcę do właściwego okręgowego inspektoratu pracy. Inspektor pracy może bowiem wytoczyć na rzecz zainteresowanej osoby powództwo o ustalenie istnienia stosunku pracy do sądu pracy. Osoba zainteresowana może również sama wystąpić z takim roszczeniem bezpośrednio do sądu pracy, nie zgłaszając skargi do okręgowego inspektoratu pracy, na mocy art. 189 k.p.c.

4. Czy na podstawie kontroli Państwowej Inspekcji Pracy przeprowadzanych w zoz-ach można stwierdzić, że istnieją przypadki nieprzestrzegania zapisów umów zlecenia w zakresie czasu pracy pielęgniarek i położnych? Czy i jakie możliwości przeciwdziałania naruszenia ww. umów ma Państwowa Inspekcja Pracy?

Zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U.07.89.589), Państwowa Inspekcja Pracy jest organem powołanym do sprawowania nadzoru i kontroli przestrzegania prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów dotyczących legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej w zakresie określonym w ustawie. W zakresie kompetencji kontrolno - nadzorczych Państwowej Inspekcji Pracy nie znajduje się zatem uprawnienie do kontrolowania i oceny zawieranych umów cywilnoprawnych. Taka kompetencja przysługuje jedynie sądom.

5. Czy pielęgniarka/położna może pracować na rzecz tego samego świadczeniodawcy (np. szpitala) zatrudniona przez dwóch pracodawców np. dyżur dzienny - zatrudniona na podstawie umowy o pracę przez szpital, a dyżur nocny - zatrudniona na podstawie umowy zlecenia przez podmiot zewnętrzny, który zawarł umowę ze szpitalem na świadczenie usług pielęgniarskich? W jaki sposób powinien być rozliczany czas pracy w powyższym przypadku?

W obowiązującym stanie prawnym dopuszczalne jest pozostawanie przez jedną osobę w kilku stosunkach prawnych. Możliwe jest zatem świadczenie przez daną osobę pracy na podstawie stosunku pracy jak i umowy cywilnoprawnej zawartych z różnymi podmiotami. Bez znaczenia jest przy tym miejsce, w jakim praca na podstawie jednego i drugiego stosunku pracy jest wykonywana.

Nadmienić przy tym należy, że zgodnie z art.1 ust.5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, którego postanowienia omówiono na str.1 - 2 w odpowiedzi na pytanie 1 dot. stosunku pracy nie ma prawnej możliwości, aby pracownicy opieki zdrowotnej zatrudnieni w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej prowadzonej w formach prawnych wskazanych przez wyżej wymieniony przepis, wykonywali pracę na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

6. Czy pielęgniarka zatrudniona w zoz-ie na podstawie umowy o pracę może być zatrudniona w tym samym zakładzie pracy na podstawie umowy zlecenia w innym charakterze, np. opiekunki dziecięcej?

Nie ma przeszkód prawnych, aby osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę na stanowisku pielęgniarki, była związana ze swoim pracodawcą umową zlecenia, na podstawie której, po w/w pracy, opiekowałaby się dziećmi. Przepisy prawa nie zabraniają bowiem, aby pracownik zatrudniony u danego pracodawcy, był jednocześnie jego zleceniobiorcą. Trzeba jednak pamiętać, iż w/w umowa zlecenia nie może stanowić obejścia prawa, co oznacza, że nie może być zawarta np. tylko w takim celu, aby pracodawca nie był zobowiązany do wypłaty dodatków z tytułu pracy w godzinach nadliczbowych.

Czas pracy

1. Na jakich zasadach powinien być rozliczany czas pracy pracowników firm zewnętrznych realizujących usługi medyczne na terenie szpitali?

Uregulowania zawarte w dziale 4 ustawy o zoz dotyczą wyłącznie pracowników zatrudnionych w zoz-ach (publicznych i niepublicznych). Nie mają one natomiast zastosowania np. do pracowników firm zewnętrznych, niebędących zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy o zoz, realizujących usługi medyczne na terenie szpitala. Pracownicy zatrudnieni przez firmy zewnętrzne są objęci przepisami działu 6 k.p.

2. Czy czas pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w niepublicznych zoz-ach podlega tym samym zasadom co czas pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w publicznych zoz-ach?

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej reguluje funkcjonowanie zarówno publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Przepisy powołanej ustawy o czasie pracy pracowników tzw. zoz-ów mają zatem zastosowanie również do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

3. Czy oddelegowanie pielęgniarki w czasie pełnienia dyżuru np. na bloku operacyjnym w porze nocnej do pracy na innym oddziale jest zgodne z prawem? Jeśli nie, to jakie działania powinna podjąć pielęgniarka, aby przeciwdziałać takiej praktyce. Pielęgniarka jest zmuszona po zakończeniu operacji przejść na inny oddział i odwrotnie, gdy zaczyna się operacja wzywana jest do asystowania przy operacji.

Pracodawca chcąc polecić pielęgniarkę, która w umowie o pracę ma wpisane jako miejsce świadczenia pracy konkretny oddział, przejście (w trakcie trwającego dyżuru) na inny oddział powinien w tym celu uzyskać zgodę pielęgniarki lub zawrzeć porozumienie. Odmowa zmiany miejsca świadczenia pracy nie może być przy tym podstawą do nałożenia kary czy rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem. Istnieje bowiem prawna możliwość odmowy przez pracownika pracy w innym miejscu niż wskazany w umowie o pracę. W przypadku natomiast ukarania pracownika może on złożyć skargę na pracodawcę do właściwego okręgowego inspektoratu pracy.

W przypadku pielęgniarki, która w umowie o pracę jako miejsce świadczenia pracy ma wpisany szpital, pracodawca może polecić jej przejście z jednego oddziału na drugi. Polecenie takie, przy tak określonym miejscu pracy, mieści się w kompetencjach dyrektywnych pracodawcy.

4. Co oznacza w świetle aktualnych przepisów „nienormowany czas pracy kadry kierowniczej” w świetle przepisów normujących czas pracy pracowników zoz? Jak określić zasady wynagradzania godzin nadliczbowych w odniesieniu do pielęgniarskiej kadry kierowniczej?

Zgodnie z art. 151⁴ Kodeksu pracy kierownikom wyodrębnionych komórek organizacyjnych za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w niedzielę i święto przysługuje prawo do wynagrodzenia oraz dodatku z tytułu pracy w godzinach nadliczbowych w wysokości określonej w art. 151¹ § 1, jeżeli w zamian za pracę w takim dniu nie otrzymali innego dnia wolnego od pracy.

Jednakże, zdaniem Departamentu Prawnego Głównego Inspektoratu Pracy, oddziałowa pielęgniarka nie może być uznana za kierownika wyodrębnionej komórki organizacyjnej. Nie zajmuje ona bowiem samodzielnego stanowiska, a jedynie wykonuje polecenia przełożonych (np. ordynatora). Jest również jedynie zwierzchnikiem określonej grupy pracowników. Zgodnie bowiem z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 1981 r. (I PR 92/81), wzmianka w umowie o pracę, iż zajmowane przez pracownika stanowisko ma charakter stanowiska kierowniczego, nie ma decydującego znaczenia. O takim zakwalifikowaniu decyduje wyłącznie spełnienie przesłanek przewidzianych w art. 151⁴. Pracownik kierujący komórką organizacyjną, wyodrębnioną w strukturze organizacyjnej zakładu pracy, nie zajmuje stanowiska kierowniczego w rozumieniu przepisów kodeksu pracy, jeśli kieruje on zespołem pracowników przy jednoczesnym wykonywaniu pracy na równi z członkami kierowanego zespołu. Ponadto, jak stanowi wyrok Sadu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2005 r. (II PK 114/04), zakres zastosowania art. 151⁴ k.p. nie obejmuje tych kierowników wyodrębnionych komórek organizacyjnych zakładu pracy, których obowiązki nie ograniczają się do organizowania kontroli i nadzorowania czynności pracowników podległej sobie komórki, lecz polegają na wykonywaniu pracy na równi z nimi.

Jeżeli zatem, zgodnie z powyższym, pracownik nie jest uznany za kierownika wyodrębnionej komórki organizacyjnej do rozliczania jego czasu pracy nie będzie miał zastosowania przepis art. 151⁴ Kp.

5. Czy, a jeżeli tak to jak zmienia się wymiar czasu pracy i norm zatrudnienia w podmiotach opieki zdrowotnej przekształcanych w spółki prawa handlowego?

Forma organizacyjno - prawna zakładu pracy nie ma znaczenia dla wymiaru czasu pracy i normy zatrudnienia, jeżeli zakład ten spełnia przesłanki określone w art. 1 ustawy o zoz, tzn. jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, a tym samym jest zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy.

6. Jak obliczyć czas pracy pielęgniarek i położnych za okres przekazywania tzw. raportów pielęgniarskich (po zakończeniu pracy - dyżuru)? Czy stanowi on nadgodziny? Jeżeli tak to, jak rekompensować wypracowane nadgodziny za czas poświęcony na przekazanie raportów?

Czas przekazywania raportów pielęgniarskich powinien być wliczany do czasu pracy pielęgniarek. Jest to bowiem wykonywanie zadania wynikającego z rodzaju świadczonej pracy. Jeżeli więc przekazanie raportu pielęgniarskiego powoduje

przekroczenie obowiązującej pielęgniarkę normy czasu pracy, świadczy ona pracę w godzinach nadliczbowych, za którą otrzymać powinna wynagrodzenie powiększone o stosowny dodatek, zgodnie z art. 151¹ k.p.

Urlopy pracownicze i dni wolne od pracy

1. Jakie działania obronne (w szczególności w zakresie działania PIP) winny podjąć pielęgniarki/położne w razie pozbawienia ich dodatków za pracę w sobotę (lub innym dniu wolnym od pracy wynikającym z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy) i nie wypłacenie 20% dodatku za pracę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz nieudzielenia czasu wolnego od pracy za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych?

Wszelkie sygnały o naruszeniach przepisów prawa pracy przez pracodawców są rozpatrywane zgodnie z właściwością terytorialną przez inspektorów pracy okręgowych inspektoratów pracy. Skargi w tym zakresie mogą być wnoszone pisemnie, telegraficznie lub za pomocą dalekopisu, telefaksu, poczty elektronicznej, a także ustnie do protokołu. Skargę można wnieść do okręgowego inspektoratu pracy lub oddziału okręgowego inspektoratu pracy właściwego do rozpatrzenia sprawy ze względu na siedzibę pracodawcy (szczegółowa informacja o siedzibach okręgowych inspektoratów pracy znajduje się na stronie internetowej Państwowej Inspekcji Pracy: www.pip.gov.pl).

2. Jaki powinien być czas pracy pielęgniarek/położnych udzielających świadczeń medycznych zatrudnionych na podstawie np. umowy zlecenia. Czy osoby takie mogą pracować więcej niż 12 godzin, jeśli grafik dotyczący pełnionych dyżurów układany jest z miesięcznym wyprzedzeniem?

Unormowania dotyczące czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej wprowadzone ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89 ze zm.) mają zastosowanie jedynie do pracowników wykonujących w zakładzie opieki zdrowotnej pracę na podstawie umowy o pracę. Przepisów tych nie stosuje się zatem do osób zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej. Kwestie czasu pracy osób wykonujących pracę np. na podstawie umowy zlecenia powinny być uregulowane w zawartej przez strony umowie. Przepisy Kodeksu cywilnego nie zawierają bowiem regulacji określających np. dobowy czy tygodniowy wymiar czasu pracy przyjmującego zlecenie.

3. W przypadku zatrudnienia osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności przysługuje m.in. dodatkowy wymiar urlopu oraz zwolnienie z pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, w celu wzięcia udziału w turnusie rehabilitacyjnym. Jak należy to interpretować: czy 10 dni urlopu dodatkowego (z zachowaniem prawa do wynagrodzenia) przysługuje niezależnie od pobytu na turnusie rehabilitacyjnym bez

względu na czas jego trwania, czy przysługuje tylko na pobyt na turnusie?

Uprawienie do dodatkowego 10 - dniowego urlopu wypoczynkowego pracownika zaliczonego do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje niezależnie od zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym. Zgodnie bowiem z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.08.14.92), osobie zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym. Artykuł 20 ust. 1 cytowanej ustawy stanowi natomiast, że osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ma prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku, z zastrzeżeniem art. 10f ust. 1 pkt 2.

Jednakże pamiętać należy, że zgodnie z art. 20 ust. 3, łączny wymiar dodatkowego urlopu wypoczynkowego (określonego w art. 19 ust. 1) i zwolnienia od pracy w celu pobytu na turnusie rehabilitacyjnym nie może przekroczyć 21 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Inne

1. Czy pielęgniarka i położna w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, może i na jakich zasadach skorzystać z urlopu szkoleniowego?

Pracownicy podstawowej działalności służby zdrowia, a zatem również pielęgniarki, mogą korzystać z urlopu szkoleniowego na zasadach określonych w § 8 -11 w zw. z § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz.U.93.103.472 ze zm.).

Zgodnie zatem z § 9 ust. 1 cytowanego rozporządzenia, pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe w formach pozaszkolnych na podstawie skierowania zakładu pracy, przysługuje m.in. - o ile umowa zawarta między nim i zakładem pracy nie stanowi inaczej - urlop szkoleniowy na udział w obowiązkowych zajęciach oraz zwolnienie z części dnia pracy w wymiarze określonym w § 10, płatne według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

Wymiar urlopu szkoleniowego, zgodnie z § 10 ust. 1, na udział w obowiązkowych zajęciach w ciągu całego okresu trwania nauki na studiach podyplomowych zaocznych wynosi dla pracownika skierowanego do 28 dni roboczych.

Wymiar urlopu szkoleniowego przeznaczonego na przygotowanie się i przystąpienie do egzaminów końcowych dla pracownika skierowanego na:

- 1) wieczorowe i zaoczne studia podyplomowe,

- 2) kursy wieczorowe i zaoczne oraz seminaria,
 - 3) samokształcenie kierowane,
 - 4) staże zawodowe lub specjalizacyjne odbywane przez pracowników, o których mowa w § 1 ust. 3,
- wynosi natomiast do 6 dni roboczych i ustalany jest przez zakład pracy w zależności od czasu trwania szkolenia i egzaminów.

Wymiar urlopu szkoleniowego przeznaczanego na udział w obowiązkowych konsultacjach dla pracownika skierowanego na kursy zaoczne wynosi do 2 dni roboczych w miesiącu, a wymiar urlopu szkoleniowego przeznaczanego na udział w konsultacjach dla pracownika skierowanego, odbywającego samokształcenie kierowane, wynosi do 3 dni roboczych w całym okresie samokształcenia.

W przypadku natomiast pracownika skierowanego na wieczorowe studia podyplomowe oraz na kursy i seminaria przysługuje zwolnienie z części dnia pracy nie przekraczające 5 godzin tygodniowo, jeżeli czas pracy nie pozwala na punktualne przybycie na zajęcia.

Pracownikom podstawowej działalności służby zdrowia oraz nauczycielom akademickim i pracownikom naukowym świadczących usługi w zakresie podstawowej działalności służby zdrowia, ze względu na specyfikę szkolenia, przysługuje ponadto urlop szkoleniowy na czas trwania obowiązkowych zajęć wynikających z określonych form doszkolenia lub doskonalenia w służbie zdrowia.

Zgodnie natomiast z § 11 zd. 1 rozporządzenia pracownikowi podejmującemu naukę w formach pozaszkolnych bez skierowania może być udzielony urlop bezpłatny i zwolnienie z części dnia pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia między zakładem pracy i pracownikiem.

Bezpieczeństwo i higiena pracy

1. Jak egzekwować od pracodawców zabezpieczenie w środki ochrony osobistej dla pielęgniarek i położnych? Czy w takiej sytuacji może być pomocne działanie Państwowej Inspekcji Pracy? Jakiego rodzaju działania może podjąć Państwowa Inspekcja Pracy w stosunku do pracodawców, którzy nie zapewniają pracownikom odzieży ochronnej i odzieży roboczej?

Zgodnie z artykułem 237⁹ § 1 i 2 Kodeksu pracy pracodawca nie może dopuścić pracownika do pracy bez środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego, przewidzianych do stosowania na danym stanowisku pracy. Pracodawca jest obowiązany zapewnić, aby stosowane środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze posiadały właściwości ochronne i użytkowe. Inspektorzy pracy w razie stwierdzenia naruszeń powyższych przepisów podejmują środki prawne, tj. m.in. wydają decyzje nakazowe.

2. Na podstawie doświadczeń kontrolnych Państwowej Inspekcji Pracy proszę o odpowiedź na pytania:

a) Jak dyrekcje zoz i domów pomocy społecznej reali-

zują przestrzeganie przepisów w zakresie ręcznych prac transportowych na stanowiskach pracy pielęgniarek?

b) Na czym polegają kontrole przeprowadzane przez Inspektorów Państwowej Inspekcji Pracy w tym zakresie?

c) Czy i jakie kary nałożono na pracodawców, którzy nie wyposażyli stanowisk pracy pielęgniarek w urządzenia ułatwiające podnoszenie i przemieszczanie pacjentów?

W 2006 r. skontrolowano 242 domy pomocy społecznej (210 prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz 32 prowadzone przez zgromadzenia zakonne). W większości były to domy pomocy społecznej (dalej DPS), przeznaczone dla osób przewlekle somatycznie chorych (198 placówek). W pozostałych przebywały osoby niepełnosprawne fizycznie i/lub intelektualnie. Łącznie przebywało w nich 24 257 mieszkańców, w tym 5710 somatycznie chorych, leżących, wymagających szczególnej opieki pielęgnacyjnej oraz 6036 niepełnosprawnych fizycznie. Zatrudnionych było 16 819 pracowników, w tym 11 143 kobiety.

W skontrolowanych DPS w latach 2003 - 2005 wydarzyło się ogółem 527 wypadków przy pracy (181 - w 2003 r., 151 - w 2004 r., 198 - w 2005r.), w tym 70 wypadków związanych z obciążeniem układu mięśniowo - szkieletowego (w 2003 r. - 21, w 2004 r. - 20, w 2005r. - 29). Wypadkom związanym z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego uległy w 68 przypadkach pielęgniarki, opiekunki i pokojowe podczas wykonywania prac związanych z podnoszeniem i przenoszeniem mieszkańców. Doznanymi urazami były głównie urazy kręgosłupa na odcinku lędźwiowo - krzyżowym i dyskopatie pourazowe kręgosłupa, a ponadto naderwania mięśni barkowych lub mięśni przedramienia, urazy rąk (nagarski, palce) i stóp. Pozostałym dwóm wypadkom uległy pracownice zatrudnione na stanowiskach pomocy kuchennej, które podczas podnoszenia wiadra z ziemniakami i worka z marchwią doznały nadwyrężenia mięśni i więzadeł trzonu kręgosłupa w odcinku lędźwiowym.

Zespoły powypadkowe - jako przyczyny większości wypadków - podały wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie (jednoosobowo) lub brak ostrożności. We wnioskach profilaktycznych zalecano z reguły wykonywanie prac związanych z dźwiganiem mieszkańców w zwiększonej obsadzie oraz omówienie wypadku z pracownikami podczas szkolenia bhp. W 30% wypadków zespół powypadkowy nie sformułował żadnych wniosków i środków profilaktycznych, co skutkowało brakiem konkretnych działań ze strony pracodawców w celu wyeliminowania przyczyn wypadków przy pracy.

W 2007 r. skontrolowano 245 zakładów opieki zdrowotnej (175 zakładów opiekuńczo - leczniczych i 70 zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych) publicznych i niepublicznych, zatrudniających ogółem 42 695 pracowników, w tym 35 031 kobiet. Z własnych kuchni korzystało 112 zakładów. W pozostałych zakładach posiłki przywożone były z zewnątrz przez inne podmioty gospodarcze. Pralnie funkcjonowały w 47 zakładach. W pozostałych zakładach prowadzenie usług pralniczych pracodawcy zlecieli wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym.

W skontrolowanych zakładach w latach 2004 - 2006 wydarzyło się ogółem 1401 wypadków przy pracy (454 - w 2004 r., 434 - w 2005 r., 513 - w 2006 r.), w tym 114 wypadków związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego (w 2004 r. - 24, w 2005 r. - 40, w 2006r. - 50).

Poszkodowanych na skutek obciążeń układu mięśniowo-szkieletowego było ogółem 109 osób, w tym 104 kobiety - pielęgniarki i sanitariuszki, które uległy wypadkom podczas wykonywania prac związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów. Pozostałym wypadkom uległy pracownice zatrudnione w kuchni i pralni podczas dźwigania ciężarów (worków z warzywami, worków z bielizną) przekraczających wartości normatywne. Doznanyymi urazami były głównie urazy kręgosłupa na odcinku lędźwiowo-krzyżowym i dyskopatie pourazowe kręgosłupa, a ponadto urazy rąk (nadgarstki, palce) i stóp. Urazy powypadkowe skutkowały w większości wypadków długotrwałymi zwolnieniami lekarskimi (nawet do 170 dni), a łączna liczba dni niezdolności do pracy z powodu wypadków wyniosła 7456. Zespoły powypadkowe - jako przyczyny większości wypadków – podały wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie (jednoosobowo) i brak ostrożności. W 6 protokołach powypadkowych zespół powypadkowy wskazał jako jedną z przyczyn brak urządzeń pomocniczych ułatwiających podnoszenie i przemieszczanie pacjentów i we wnioskach profilaktycznych zalecił ich zakup. W pozostałych wnioskach profilaktycznych zalecano z reguły wykonywanie prac związanych z dźwiganiem pacjentów w zwiększonej obsadzie osobowej oraz omówienie wypadku z pracownikami podczas szkolenia bhp. W 16 protokołach powypadkowych zespół powypadkowy nie sformułował żadnych wniosków profilaktycznych, co skutkowało brakiem konkretnych działań ze strony pracodawców w celu wyeliminowania przyczyn wypadków przy pracy.

Wyniki kontroli wskazują, że najistotniejszym problemem w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych przy wykonywaniu prac związanych z ręcznym dźwiganiem ciężarów, w tym osób, jest niedostateczne uświadomienie pracownikom zagrożeń, jakie wiążą się z wykonywaną pracą oraz sposobów przeciwdziałania nadmiernym obciążeniom układu mięśniowo-szkieletowego. Większość pracodawców nie uwzględniła w programach szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy zagrożeń związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, a w co trzecim zakładzie nie przeszkolono pracowników, których praca wiąże się z dźwiganiem ciężarów, w tym pacjentów, w zakresie bezpiecznego wykonywania tych prac. W co czwartym zakładzie, w którym pracowników przeszkolono nie było jednak w trakcie szkoleń ćwiczeń praktycznych w zakresie prawidłowych sposobów wykonywania ręcznych prac transportowych, w tym związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów. Pielęgniarki twierdzą, że system kształcenia tej grupy zawodowej w sposób marginalny traktuje zagadnienia ergonomii i nadmiernego obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego personelu pielęgniarskiego, skupiając się głównie na bezpieczeństwie i zaspokojeniu potrzeb pacjentów. Problem jest tym większy, że prowadzenie szkoleń

bhp w zakładach z reguły zlecane jest firmom zewnętrznym, a programy szkoleń są często bardzo ogólne. W wielu wypadkach są to programy ramowe, przepisane wprost z rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, niedostosowane do stanowisk i warunków pracy.

Sytuację pogarsza niedokonanie lub niewłaściwe dokonanie oceny ryzyka. Brak udokumentowanej oceny ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą stwierdzono w co trzecim zakładzie. Nagminne było nieuwzględnienie w dokonanej ocenie ryzyka zagrożenia związanego z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego pracowników. Często opracowanie oceny ryzyka było zlecane firmom zewnętrznym, które nie uwzględniały wszystkich zagrożeń występujących na danym stanowisku pracy, w tym także zagrożeń wynikających z obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego. Niestety wielu pracodawców w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych do dokonania oceny ryzyka zawodowego nadal podchodzi formalnie. Nie traktują oni tego procesu jako źródła informacji niezbędnych do planowania działań korygujących i zapobiegawczych w celu poprawy warunków pracy. Zastrzeżenia inspektorów budziła również w wielu przypadkach służba bhp, która nie wypełniała swoich obowiązków ustawowych.

Następnym problemem rzutującym na stan bezpieczeństwa przy wykonywaniu ręcznych prac transportowych jest niewłaściwy sposób przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich pracowników zatrudnionych przy podnoszeniu i przenoszeniu ciężarów, w tym osób. Inspektorzy pracy stwierdzili, że w ponad 40% zakładów pracodawcy nie zamieszczają w skierowaniach na badania informacji o wykonywaniu pracy w warunkach obciążających układ mięśniowo-szkieletowy oraz że lekarze sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami nie przeprowadzają wizytacji stanowisk pracy.

Podkreślić należy, że w ponad połowie skontrolowanych zakładów ustawienie łóżek pacjentów nie zapewnia personelowi medycznemu możliwości dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, natomiast w 40% zakładów nie zapewnione są wymagane odległości pomiędzy łózkami a modułarna szerokość pokoi łóżkowych uniemożliwia wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych łóżek. Poważnym utrudnieniem przy przemieszczaniu pacjentów jest także, stwierdzony w co szóstym zakładzie brak w budynku wielokondygnacyjnym dźwigu osobowego przystosowanego do przewozu chorych na noszach lub wózkach transportowych. Większość pracodawców w celu dostosowania budynków, w których funkcjonują zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, opracowała programy dostosowawcze ujmując w nich także wyposażenie obiektów w wymagane dźwigi. Należy jednak zaznaczyć, że zgodnie z ww. rozporządzeniem pracodawcy mają czas na dostosowanie zakładów do określonych w nim wymagań do 31 grudnia 2012 r. Z tego względu inspektorzy pracy nie

regulowali decyzjami nieprawidłowości ujętych w programach dostosowawczych.

Nadmierne obciążenia układu mięśniowo - szkieletowego personelu wynikają także z niedostatecznego wyposażenia zakładów w sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów. Brak lub niewystarczającą liczbę sprzętu pomocniczego ułatwiającego podnoszenie i przenoszenie pacjentów (rolek, mat ślizgowych, podnośników, pionizatorów, mobilnych wózków - wanień) stwierdzono w niemal 40% zakładów. Jednocześnie trzeba zaznaczyć, iż w wielu przypadkach - pomimo posiadania przez zakłady urządzeń pomocniczych służących do podnoszenia i przemieszczania osób leżących (w tym podnośników mechanicznych) - sprzęt ten nie zawsze był wykorzystywany. Jest to skutek zarówno braku umiejętności posługiwania się nim przez pracowników, jak również lęku pacjentów przed korzystaniem z takich rozwiązań technicznych. Należy podkreślić, że wykonywanie przez kobiety (pielęgniarki i sanitariuszki) prac związanych z dźwiganiem pacjentów, bez stosowania urządzeń pomocniczych, nadto w niewystarczającej obsadzie osobowej, przy jednoczesnym braku zatrudnienia do tego celu mężczyzn i niezajomości prawidłowych technik podnoszenia i przenoszenia pacjentów powoduje, że przestrzeganie dopuszczalnych norm dźwignia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych przez tę grupę zawodową jest praktycznie niemożliwe.

W wyniku kontroli przeprowadzonych w zakładach opieki zdrowotnej w 2007 roku wydano:

- a) 2253 decyzje, w tym:
 - 15 decyzji nakazujących wstrzymanie prac,
 - 3 decyzje skierowania 4 pracowników do innych prac,
- b) 1466 wniosków w wystąpieniach;
- c) 46 mandatów karnych na kwotę 30 550 zł;
- d) 2 wnioski do sądu grodzkiego o ukaranie;
- e) 43 środki oddziaływania wychowawczego.

W 2008 roku Państwowa Inspekcja Pracy prowadziła kontrole w zakresie zagrożeń układu mięśniowo-szkieletowego u osób pracujących w szpitalach przy ręcznych pracach transportowych. Skontrolowano 182 zakłady opieki zdrowotnej. Wyniki i wnioski wynikające z przeprowadzonych kontroli będą Państwu przedstawione po ich opracowaniu.

3. W jaki sposób PIP egzekwuje i będzie egzekwowała realizację programu „Mniej dźwigaj” od dyrektorów szpitali i jakie podejmie działania, aby odciążyć pracę pielęgniarek?

Program „Mniej dźwigaj” jest częścią kampanii PIP promującej dobre praktyki wykonywania prac związanych z dźwiganie ciężarów. Jego celem jest, aby pracownicy, pracodawcy i osoby nadzoru uświadomili sobie zagrożenia dla zdrowia, jakie występują w tego rodzaju pracach, a także wskazanie im sposobów zapobiegania zagrożeniom.

Jeżeli w trakcie kontroli inspektorzy stwierdzą łamanie

przepisów i zasad bhp przy wykonywaniu ręcznych prac transportowych, to zastosują odpowiednie środki prawne w celu przywrócenia stanu praworządności.

4. Czy i jak Państwowa Inspekcja Pracy zamierza rozwiązać problem schorzeń dolnej części kręgosłupa w sektorze opieki zdrowotnej wynikający z nadmiernego obciążenia pracą pielęgniarek, braku odpowiedniego sprzętu i udogodnień dla pacjentów?

W ramach naszych kompetencji będziemy prowadzić nadal intensywną kampanię promocyjną wśród pracodawców sektora opieki zdrowotnej.

Natomiast podczas kontroli będziemy egzekwować przestrzeganie przepisów i zasad bhp, stosując odpowiednie środki prawne.

5. Czy Państwowa Inspekcja Pracy może i zamierza wydać zalecenia, które zmuszą dyrektorów placówek ochrony zdrowia do stosowania zapisów Dyrektywy Rady Europy (90/269/EEC) dotyczących minimalnych wymagań odnośnie do zdrowia i bezpieczeństwa, ręcznego podnoszenia i przenoszenia ciężarów oraz przepisów prawa polskiego (kodeks pracy, rozporządzenia)?

Podobnie jak w pkt. 3, jeżeli w trakcie kontroli inspektorzy stwierdzą łamanie przepisów i zasad bhp przy wykonywaniu ręcznych prac transportowych, to zastosują odpowiednie środki prawne w celu przywrócenia stanu praworządności. Nastąpi więc przymuszenie na drodze administracyjnej do stosowania przepisów Kodeksu pracy i rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz. U. Nr 26, poz. 313 ze zm.), które wdraża Dyrektywę 90/269/EEC do prawa polskiego, a także rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz. U. Nr 114, poz. 545 ze zm.).

6. Czy pielęgniarki, które sprawują bezpośredni nadzór nad dziećmi w czasie wykonywania zdjęć rtg powinny posiadać dozometr oraz/ lub indywidualną odzież ochronną w czasie badania?

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, pracownicy narażeni na promieniowanie jonizujące w czasie wykonywania badań diagnostycznych powinni być wyposażeni w dozymetry (kontrola narażenia indywidualnego) oraz odzież ochronną (fartuchy ochronne, rękawice ochronne, osłony na tarczycę).

7. Kto jest odpowiedzialny w SP ZOZ za opracowanie instruktażu stanowiskowego pielęgniarek i położnych w zakresie BHP i PPOŻ?

Zgodnie z § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 180, poz. 1860 ze zm.), programy szkolenia wstępnego oraz szkolenia okresowego opracowuje pracodawca lub w porozumieniu z pracodawcą - jednostka organizacyjna prowadząca działalność szkoleniową w dziedzinie bhp.

Szkolenie wstępne stanowiskowe (instruktaż stanowiskowy) przeprowadza wyznaczona przez pracodawcę osoba kierująca pracownikami lub pracodawca, w związku z tym pracodawca jest organizatorem instruktażu stanowiskowego. Na nim więc ciąży obowiązek opracowania programu tego instruktażu.

Zagadnienia ochrony przeciwpożarowej powinny znaleźć się w programie szkolenia wstępnego ogólnego (instruktażu ogólnego), którego organizatorem jest również pracodawca (przeprowadza go pracownik służby bhp) i na pracodawcy ciąży obowiązek opracowania programu tego instruktażu.

W związku z powyższym odpowiedzialnym za opracowanie w SP ZOZ programów instruktażu ogólnego i stanowiskowego przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych będzie jego dyrektor.

Do zadań służby bhp w zakładzie pracy należy m.in. współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, szczególnie w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bhp.

W ramach tej współpracy pracownik służby bhp może uczestniczyć w opracowaniu programu instruktażu ogólnego i stanowiskowego jako doradca.

Obsada personelu pielęgniarskiego

1. Jakimi narzędziami dysponuje Państwowa Inspekcja Pracy w przypadku nieprzestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej?

Realizując delegację zawartą w art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) – Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 111. poz. 1314) zobowiązał kierowników zakładów opieki zdrowotnej do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych i określił zasady ustalania tych norm. Normy te ustala kierownik zakładu po zasięgnięciu opinii kierowników jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych określonych w statucie zakładu oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie zakładu.

Zgodnie z § 3 powołanego rozporządzenia, przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalu i innym zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, należy uwzględnić:

- liczbę i rodzaj skatalogowanych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej bezpośrednio na rzecz pacjentów,

- liczbę i strukturę czynności innych, niż świadczenia bezpośrednie, wykonywanych przez pielęgniarki w danej komórce organizacyjnej,

- średnie normy wykonywania poszczególnych jednostkowych świadczeń bezpośrednio w danej komórce organizacyjnej,

- efektywny czas pracy pielęgniarek i położnych w danej komórce.

Ustalone na podstawie wymienionych parametrów normy ulegają zwiększeniu lub zmniejszeniu w zależności od specyfiki organizacyjnej zakładu. Na specyfikę tę składają się:

- liczba łóżek i wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w ciągu 12 miesięcy poprzedzających ustalenie norm,

- profil komórki organizacyjnej i średni czas leczenia oraz specyficzna dla danej komórki organizacyjnej intensywność pracy,

- wyposażenie zakładu w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną, środki transportu, łączności,

- wielkość i warunki lokalowe komórki organizacyjnej i zakładu oraz współpraca z pracownikami diagnostycznymi,

- dodatkowe obowiązki związane z prowadzeniem szkoleń,

- stan zatrudnienia i organizacji w innych komórkach organizacyjnych zakładu nie udzielających świadczeń zdrowotnych.

Przepisy § 6 rozporządzenia zobowiązują kierownika zakładu do stałej kontroli minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie, z uwzględnieniem wyżej opisanych zasad co do ich zgodności z obowiązkiem zapewnienia właściwego poziomu udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych.

Jeżeli zatem w czasie stosowania opracowanych norm istotnym zmianom uległy parametry podstawowe, uwzględniane przy określaniu norm minimalnych, lub dodatkowe parametry wynikające ze specyfiki organizacyjnej zakładu, dotychczasowe normy powinny być uaktualnione.

Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne (cz. I)

I. Obowiązujący stan prawny

Zgoda pacjenta na badanie oraz udzielenie innego świadczenia zdrowotnego została uregulowana *expressis verbis* w ustawie z 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.¹

Zgodnie z postanowieniami powołanej ustawy (art. 32 – 34 ust.lek.) wskazane w przepisach prawa osoby mogą przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Z wymogiem uzyskania zgody tego podmiotu łączy się obowiązek szeroko ujmowanej informacji. Osoba dokonująca świadczeń zdrowotnych powinna bowiem udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niekorzystne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informacje o stanie jego zdrowia, jeżeli przemawia za tym jego dobro. Na żądanie tego podmiotu ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej wiadomości (art. 31 ust. 4 ust. lek.).

Współcześnie wymóg uzyskania zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne stanowi jeden z podstawowych obowiązków osoby wykonującej określone czynności medyczne. Dotyczy

on pośrednio nie tylko lekarza, ale też innych osób udzielających takich świadczeń. Podmiot ten może przeprowadzić badanie lub udzielić poszczególnych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu świadomej akceptacji ze strony pacjenta. Charakterystyczne jest przy tym, że uprawnienie do wyrażenia zgody dotyczy wielu różnych sytuacji niezwiązanych bezpośrednio z procesem leczenia, pojęcie to odnosi się bowiem do:

- poszczególnych świadczeń zdrowotnych (zgoda na badanie, udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego, zabieg operacyjny), nie tylko terapeutycznych, ale też diagnostycznych,
- udzielenia informacji innym osobom o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania, wynikach leczenia i rokowaniu (art. 31 ust.lek.) Dodatkowo należy uwzględnić, że pielęgniarka lub położona mają obowiązek poinformowania pacjenta o jego prawach (art. 20 ust 1 ust.piel.).² Pielęgniarka może bowiem udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarskiej,
- ujawnienia tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu (art. 21 ust.piel., art. 40 ust.lek.),
- podania do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta (art. 21 ust. 4 ust.piel art. 40 ust. 4 ust.lek.).

II. Charakter prawny zgody pacjenta

Zgoda pacjenta na określone świadczenie ma charakter cywilnoprawnego oświadczenia woli, musi zatem spełniać wszystkie jego przesłanki.³ Brak zgody pacjenta powoduje powstanie po stronie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, a niekiedy zakładu opieki zdrowotnej, odpowiedzialności za powstałą szkodę. Szkada ta polega na naruszeniu nietykalności cielesnej pacjenta lub doprowadzeniu do uszkodzenia ciała - co w myśl art. 24 kodeksu cywilnego - stanowi jego dobro osobiste podlegające ochronie. Poszkodowany może również żądać zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, czyli za ból, cierpienia fizyczne czy też negatywne przeżycia psychiczne. Jak zauważył Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 22 września 1967 r.⁴ brak zgody pacjenta pozbawia go możliwości decydowania o sobie, a w konsekwencji uznania istnienia ryzyka zabiegu medycznego. Akceptując interwencję medyczną pacjent zezwala innej osobie na naruszenie tej integralności w ustalonym zakresie.⁵ Dokonanie zabiegu bez zgody pacjenta, nawet jeśli zostało dokonane *lege artis* i nie spowodowało żadnych komplikacji czy też skutków ubocznych nie wyłącza bezprawności działania. Potwierdza tę tezę także wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 31 marca 2006 r., z którego wyraźnie wynika, że zabieg medyczny dokonany bez zgody pacjenta jest czyn-

nością bezprawną nawet wówczas, gdy został wykonany zgodnie z zasadami wiedzy.⁶ Dodatkowo z treści art. 192 kodeksu karnego wynika, że kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Wyrażenie przez pacjenta zgody na zastosowanie konkretnej metody leczenia nie oznacza, że można przeprowadzić każde świadczenie. Ingerencja w organizm człowieka zawsze musi być uzasadniona stanem jego zdrowia. Niedopuszczalne jest pochopne lub nieprzemyślane naruszenie nietykalności cielesnej innej osoby. Dlatego pielęgniarka czy położna nie powinny przeprowadzać konkretnego świadczenia, gdy ryzyko szkody dla zdrowia pacjenta jest wyższe niż korzyść, jakiej należy w tym przypadku oczekiwać.⁷

III. Osoby uprawnione do wyrażenia zgody

Zakres podmiotowy osób upoważnionych do wyrażenia zgody na określone świadczenie zdrowotne jest dosyć szeroki, poza samym pacjentem uprawnienie to zostało przyznane również innym podmiotom. Nie uprzedzając dalszych rozważań możemy mówić o zgodzie osobistej (własnej) pacjenta, zgodzie zastępczej, zgodzie właściwego organu, a nawet zgodzie podwójnej. Omawiane prawo przysługuje:

- przedstawicielowi ustawowemu, gdy pacjent jest małoletni, niezdolny do wyrażenia zgody lub całkowicie ubezwłasnowolniony. W tym ostatnim przypadku, jeżeli osoba całkowicie ubezwłasnowolniona jest jednak w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby;

- sądowi opiekuńczemu w przypadku, gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest niemożliwe. Zgoda sądu opiekuńczego jest wymagana także

wtedy, gdy małoletni, który ukończył lat 16, osoba ubezwłasnowolniona, chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, lecz dysponująca dostatecznym rozeznaniem sprzeciwia się czynnościom medycznym. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do wyrażenia zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonywane (art.32 ust. 10 ust. lek.)

- opiekunowi faktycznemu, jeżeli zachodzi potrzeba badania pacjenta, który jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody;

- dodatkowo prawo wyrażenia zgody zostało przyznane pacjentowi, który ukończył lat 16.

Ustawodawca polski posługuje się ogólnym pojęciem osoba pełnoletnia, wskazując jednocześnie na okoliczności pozwalające na uzyskanie pełnoletności. Pierwszą z nich jest formalna granica wieku; drugą - fakt zawarcia związku małżeńskiego. Zgodnie z treścią art. 10 § 1 k.c. pełnoletnim jest zarówno osoba, która ukończyła 18 rok życia, jak i osoba młodsza, o ile zawarła związek małżeński⁸. Podmiot, który wskazywał warunków ustawowych nie spełnia, przez prawo polskie uznawany jest za osobę małoletnią.

Osoba, która ukończyła lat trzydzieści może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli skutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Ubezwłasnowolnienie zarówno całkowite, jak i częściowe, może nastąpić tylko na mocy orzeczenia sądu. Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską (art. 13 k.c.). Dopóty, dopóki konkretna osoba nie zostanie ubezwłasnowolniona traktowana jest tak, jakby miała

pełną zdolność do czynności prawnych, a więc może samodzielnie decydować o sobie.

1. *Tekst jednolity Dz. U. 02.21.204. Niezależnie od przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry o zgodzie pacjenta stanowi Kodeks Etyki Lekarskiej. Zgodnie z treścią art. 15 KEL postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta.*

2. *Ustawa z 5 lipca 1996 r., T. j. Dz. U. 01.57.602.*

3. *Zgodnie z ogólnymi zasadami prawa cywilnego oświadczenie woli musi spełniać trzy warunki: (1) ma być złożone na serio, czyli z rzeczywistym zamiarem wywołania skutków prawnych; (2) musi być wolne od przymusu psychicznego (oświadczenie woli złożone pod przymusem psychicznym dotknięte jest natomiast wadą oświadczenia woli, czyli groźbą); (3) musi być zrozumiałe, czyli takie z którego wynika wola podmiotu składającego oświadczenie woli. Z tego punktu widzenia dokonuje się podziału oświadczeń woli na wyraźne i dorozumiane.*

4. *PUG 1968, nr 6, s. 222.*

5. *Orzeczenie Sądu Najwyższego z 17 lutego 1989 r., OSN 1989, nr 5 – 6, poz. 42.*

6. *Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 31. 03. 2006 r., I ACa 973/05.*

7. *M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2005, s. 96.*

8. *Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego z ważnych powodów sąd opiekuńczy może zezwolić na zawarcie związku małżeńskiego kobiecie, która ukończyła lat szesnaście, a okoliczności wynika, że zawarcie małżeństwa będzie zgodne z dobrem założonej rodziny.*

„Oko może grozić tak samo jak załadowany i wycelowany pistolet albo ranić jak wygwizdanie czy kopniak; przy zmianie nastroju zaś promieniując dobrocią, może spowodować, iż serce zatańczy z radości”.

- Ralph Waldo Emerson, The Conduct of Life, 1860.



Żyjemy wśród ludzi i obojętnie, czy tego chcemy czy nie codziennie przesyłamy informacje o sobie innym osobom oraz obserwujemy i interpretujemy zachowania innych. Prezentujemy siebie i odbieramy autoprezentację innych ludzi - to jest jak oddech, nie możemy się od niego uwolnić. Zjawisko to zachodzi nieustannie i na ogół tak naturalnie, że nie zwracamy na to uwagi. Wystarczy wrodzony instykt i trochę empatii. Ale jeżeli chcemy być świadomi co dzieje się w naszym mózgu, dlaczego jedne osoby przy poznaniu od razu lubimy, a inne wydają nam się niedostępne i oschłe, warto dowiedzieć się czegoś więcej na temat komunikacji niewerbalnej.

Komunikacja niewerbalna to jeden ze sposobów przekazywania komunikatów. Jak sama nazwa wskazuje, technika ta nie wymaga słów, a jej waga zależy od tego, jak silnie nadawca jest związany z komunikatem (z tym co chce przekazać) oraz z odbiorcą. „Mowa ciała” odkrywa przed nami prawdziwą treść przekazu. To, co naprawdę ważne - słyszymy i widzimy zmysłami.

Do form komunikacji niewerbalnej należą między innymi:

- mimika,
- kontakt wzrokowy,
- gesty i inne ruchy ciała,
- kontakt dotykowy i odległość od osoby,
- postawa,
- wygląd zewnętrzny.

Podczas rozmowy słowa nie wyczerpują całej treści, poza nimi właśnie wymienione wyżej kanały komunikacji niewerbalnej stanowią bogate źródło informacji o ludziach, którzy słowa wypowiadają.

Michael Argyle (1975) twierdzi, iż zachowanie niewerbalne służy przede wszystkim:

- wyrażaniu emocji (gdy jesteś zły - zwięźsz oczy, opuszczasz brwi, wpatrujesz się intensywnie, zaciskasz usta);
- przenoszeniu postawy (np. „lubię cię” - uśmiechasz się, nasilasz kontakt wzrokowy - albo „nie lubię cię” - odwracasz wzrok, ton twojego głosu staje się bezbarwny, stajesz tyłem);

■ informowaniu o cechach osobowości („Jestem otwarty” - twoje gesty są szerokie, zdecydowany ton głosu);

■ ułatwianiu komunikacji werbalnej (obniżasz głos i spoglądasz przed siebie, gdy kończysz wypowiedź, by wskazać partnerowi, że teraz on może mówić).

Wyraz twarzy to najbardziej wymowny sposób komunikacji niewerbalnej. To jak układamy usta, brwi, jaki mamy wyraz oczu świadczy o naszym stanie emocjonalnym. I nawet jeżeli chcemy ukryć nasz np. kiepski stan i mówimy „u nas wszystko dobrze” - to wyraz twarzy zdradzi nasze prawdziwe samopoczucie. Według Ekmana i Friesena samą mimiką można wyrazić sześć głównych emocji: gniew, zaskoczenie, niesmak, strach, szczęście i smutek, co ilustruje zamieszczona na następnej stronie fotografia.

Dodatkowo na twarzy znajdują się oczy, a one są zwierciadłem duszy. W zależności od tego, czy i jak patrzymy na drugą osobę oraz jak długo utrzymujemy kontakt wzrokowy,



Fot. Ekman, Friesen, 1975

ludzie są mniej lub bardziej zainteresowani naszym towarzystwem i podtrzymywaniem konwersacji. Gdy unikamy kontaktu wzrokowego odbierani jesteśmy jako znudzeni, niezainteresowani rozmową bądź nieszczerzy. Jednak również nadmierne wpatrywanie się w rozmówcę nie jest dobrze widziane, bo peszy i utrudnia konwersację.

Warto także wspomnieć o gestach, które są nieodłącznym elementem komunikacji werbalnej, często uzupełniają, zastępują, czy ilustrują

słowa. Poszczególne gesty mają swoje znaczenie, które nie trudno odczytać.

Dotyk i kontakt fizyczny oznacza zazwyczaj zażyłość z partnerem, ale również zależy od wieku, płci, pozycji w hierarchii władzy. Może mieć charakter pozytywny, wyrażający chęć niesienia pomocy lub akceptacji zachowania drugiej osoby (uścisk dłoni, głaskanie, klepanie po plecach) lub negatywny świadczący o lekceważeniu drugiej osoby albo dezaprobatie tego, co robi (uderzenie, potrącenie).

Warto pamiętać, że jeżeli osobę mało znamy to lepiej nie wchodzić jej w przestrzeń osobistą (nie dotykać i zachować odległość ok. 1 - 1,5 m), by nie wzbudzić w niej przykrych emocji - gniewu, zażenowania. Ale czasami warto skracać dystans między osobami szczególnie w sytuacjach, jeżeli chcemy wpłynąć na osobę i coś od niej uzyskać. Gdy zmniejszymy odległość mamy szansę, że osoba odbierze nas jako przyjaciela, a przecież przyjacielom się nie odmawia.



To ja mam rację!



Nie mam nic do ukrycia!



Nie, tylko nie to!

Należy jednak podkreślić, że odczytując komunikaty niewerbalne (obojętnie czy dotyczą one mimiki, gestów, postawy) dokonujemy interpretacji (w oparciu o własne hipotezy, doznania, doświadczenia). Zazwyczaj jest ona trafna, ale czasami tak nie jest. Zdarza się, iż nie dostrzegamy kontekstu zachowania, np. kiedy ktoś płacze niekoniecznie musi być smutny, mogą to być przecież łzy radości. Zatem warto być ostrożnym w formułowaniu wniosków i nie wszystko, co nam się wydaje - traktować jako prawdę oczywistą!

Warto również pogłębiać wiedzę dotyczącą komunikacji niewerbalnej, aby później móc ją wykorzystywać w autoprezentacji własnej osoby np. w sytuacji szukania pracy, rozmowy kwalifikacyjnej, wystąpień publicznych itp. Ważne jest pierwsze wrażenie (choć może zostać skorygowane w późniejszej interakcji) pełni olbrzymią rolę i to ono często decyduje o tym, czy dalsze kontakty w ogóle będą miały miejsce.

Na koniec kilka wskazówek do wykorzystania podczas rozmowy:

1. Jeśli z kimś rozmawiasz, staraj się zwrócić do rozmówcy całą twarzą. Jeśli Twój rozmówca zmieni położenie „podążaj za nim”.

2. Utrzymuj cały czas z rozmówcą kontakt wzrokowy. Nie unikaj wzroku rozmówcy, ale też nie wpatruj się uporczywie w oczy drugiej osoby, gdyż może to ją krępować.

3. Uśmiechaj się życzliwie. Sygnalizuj rozmówcy uśmiechem, gdy mówi o sprawach dla Ciebie ciekawych i ważnych.

4. Nie krzyżuj rąk i nóg, nie zaciskaj dłoni (np. na długopisie), nie kul się, nie rób (np. z notatnika) bariery między Tobą a np. pracodawcą. Nie chowaj głowy w ramiona. Takie zachowanie Twój rozmówca może odebrać jako niechęć lub opór przed tym, co mówi.

5. Pochyl się lekko w stronę rozmówcy. To sygnalizuje, że utrzymujesz kontakt, że mówi on rzeczy interesujące. Twoje odchylenie do tyłu może być odebrane jako dezaprobaty. Sztywna postawa może sprawiać wrażenie napięcia, niepewności, przeżywanego stresu.

6. Zarówno ruchy głowy tzw. kiwanie głową, jak i potakiwanie: „tak”, „właśnie”, „mhm” mogą stanowić zachętę dla rozmówcy do kontynuowania wypowiedzi. Dzięki temu masz szansę na uzyskanie dalszych - ważnych dla Ciebie informacji.

7. Osoba mówiąca nieprawdę zakrywa ręką usta, pociera nos lub oko. Jeżeli nie chce wypowiadać zbyt zobowiązujących słów, to tworzy barierę z rąk zakrywając nimi dolną połowę twarzy. Gdy chce dodać sobie pewności, często pociera palcami podbródek. Rozmówca pokazuje swoją niechęć kładąc rękę na czole lub obejmując dłońmi głowę. Jeśli ma ochotę przerwać mówiącemu, to podnosi do ust palec wskazujący.

8. Gdy zobaczysz, że rozmówca poprawia krawat, spodnie, marynarkę lub strzepuje niewidoczny pyłek, powinnaś przerwać dyskusję, ponieważ osoba ta niechętnie ją prowadzi. Gdy bawi się swoimi okularami, nie dopuszcza do jakiegokolwiek porozumienia. Jeśli rozmowa odbywa się stojąc, a rozmówca ma ręce splecione i mocno wyprostowaną postawę, to znaczy, że jest przygotowany do obrony. Osoba przyjacielsko do nas nastawiona uśmiecha się od czasu do czasu, patrzy w oczy a ręce trzyma spokojnie.

9. Jeżeli osoba stojąc ma skrzyżowane nogi, oznacza że jest spięta, ale zadowolona z kontaktu. Gdy usiądzie zakładając nogę na nogę, rękę ułoży na oparciu kanapy, pokaże, że jest otwarta i pozytywnie nastawiona do towarzystwa. Jeżeli kobieta

jest skryta i nieśmiała, to często siada ze skrzyżowanymi nogami, tak, że jedna jest zupełnie schowana za drugą, a ręce są sztywno oparte o siedzenie. Kokietką jest kobieta, która siedzi z podwiniętym kolanem. Jeśli ktoś siedzi ze stopami rozchyłonymi to jest sumienny i punktualny. Ktoś, kto siedzi naturalnie ze złączonymi nogami jest dokładny, solidny i refleksyjny.

Wszystkie zainteresowane tematami psychologicznymi osoby zapraszam na warsztaty organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz na konsultacje psychologiczne. Z porad psychologa można skorzystać w każdy piątek, w godzinach 14.00 - 15.30 w siedzibie OIPIP, ul. Piotrkowska 17 (III piętro, pok. 314a). W ramach doradztwa psychologicznego można dostać pomoc w zakresie:

- problemów jednostkowych (np. stres, obniżenie nastroju, wypalenie zawodowe, zahamowania, nieuzasadniona agresywność, negatywizm, nadmierne pobudzenie, bierność, kompleksy niższości, uzależnienia itp.)
- problemów międzyludzkich (np. konflikty i trudności przystosowania w pracy, konflikty partnerskie, konflikty małżeńskie, problemy rodzinne, problemy z dziećmi, osamotnienie, mobbing itp.)

OTYŁOŚĆ U DZIECI

Beata Pietrzak

Jeszcze do niedawna dziecko z nadwagą czy otyłością było dla wielu osób synonimem dobrostanu i zdrowia. Dla rodziców dzieci nigdy nie są za grube.

Obecnie wiadomo, że nadwaga i otyłość niezależnie od wieku jest stanem chorobowym. Epidemiolodzy biją na alarm - liczba otyłych dzieci rośnie. Oprócz niedożywionych dzieci groźnym zjawiskiem jest otyłość. 2/3 ludności jest za gruba lub ma problemy z otyłością, która wywiera negatywny wpływ na ogólny stan zdrowia - zarówno fizycznego, jak i psychicznego - nie tylko w dzieciństwie, ale również w życiu dorosłym. Rodzice najczęściej zdają sobie sprawę, że otyłość poważnie zagraża zdrowiu ich dziecka. Paradoksalnie, podsuwają mu gazowane napoje i chipsy.

40% dorosłych z dziećmi otyłymi w wieku 6-11 lat uważa wagę poci-

chy za prawidłową, jedynie 10% rodziców jest zaniepokojonych wagą dziecka. Gdy dziecko jest starsze - 12-17 lat - to wówczas już 46% rodziców jest zadowolonych dodatkowymi kilogramami nastolatka.

Otyłość jest wynikiem dodatniego bilansu energetycznego, powstającego w warunkach spożywania przez dłuższy czas ilości pożywienia przewyższającego zapotrzebowanie organizmu. Mówiąc prościej - dziecko zaczyna tyć, gdy dużo je, a mało się rusza.

Do pomiaru prawidłowej masy ciała u niemowląt służą siatki centylowe. Wykresy pokazują zależności pomiędzy masą ciała, a wiekiem oraz pomiędzy wzrostem a wiekiem. Waga oceniana jest przy każdej wizycie u pediatry. Rozpoznanie opiera się na podstawie pomiaru wzrostu i masy ciała oraz rzutowaniu tych wyników na

siatki centylowe. Interpretacji dokonuje lekarz.

Najczęstszą przyczyną wzrostu masy ciała u dzieci są czynniki środowiskowe tj. nieprawidłowe żywienie, zbyt mała aktywność ruchowa - tzw. otyłość prosta. Inne przyczyny to zaburzenia endokrynologiczne (niedoczynność tarczycy, zespół Cushinga), zaburzenia genetyczne (zespół Downa, zespół Prader-Willi). Te ostatnie predyspozycje do otyłości mają mniejsze znaczenie.

Ciekawostką jest, że również sposób odżywiania się matki w ciąży (nadmierne odżywienie) wpływa na wagę dziecka, a karmienie naturalne - nawet krótkie - ogranicza ryzyko otyłości w późniejszym wieku.

BMI - powyżej 85 centyla - oznacza nadwagę, a powyżej 95 centyla - otyłość.

reklama

centrum edukacji
Erudio

Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59 lub 0-784 009 277
sekretariat pn.-pt. 10-18, sob. 10-15
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

**ZAREZERWUJ SOBIE
MIEJSCE PRZEZ
TELEFON!
042 630 95 59**

sekretariat pn.-pt. 10-18. sob. 10-15



ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne
Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie
zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i
wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo-oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych •
Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia
ochronne • Wwkonanie badania spirometrycznego

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE
ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/IV OIPIP w Łodzi w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego można ubiegać się o zwrot 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE RATY**

**GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

www.erudio.com.pl

Konsekwencje otyłości u dzieci

- zaburzenia układu krążenia (nadciśnienie tętnicze),
- zaburzenia hormonalne (cukrzyca typu 2),
- zaburzenia układu kostno - stawowego (reumatyzm, płaskostopie),
- zaburzenia układu oddechowego (astma, nietolerancja wysiłku),
- zaburzenia emocjonalne (stany depresyjne, bulimia - w okresie dojrzewania).

Na powiązaną ze zdrowiem jakość życia składają się - wg WHO - dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne. Pogarszają się one stopniowo ze wzrostem BMI (waga przeciętna dla danego wieku).

Jest to mniej zaznaczone u dzieci z nadwagą, lecz maluchy otyłe wyraźnie odczuwają zmiany w jakości funkcjonowania w różnych obszarach.

Przy nadmiernym spożyciu węglowodanów (przy niedostatecznej podaży białek, elektrolitów, witamin) pojawia się nadwaga, związana jednak nie tyle z odkładaniem się tłuszczu, ile z gromadzeniem się wody w organizmie. Dzieci są „nalane”, są obrzęknięte, blade, mało odporne na zakażenia, mający cechy krzywicy. Tego typu przekarmianie prowadzi często do zaburzeń w odżywianiu, jak zespół złego wchłaniania, a do z tym idzie do hipotrepsji lub atrepsji.

Skłonność do otyłości, nabyta przekarmianiem we wczesnym dzieciństwie, może utrwalić się na całe życie. Występuje możliwość zwiększenia liczby komórek tłuszczowych (w pierwszych miesiącach życia), co decyduje w przyszłości o nabywaniu nadwagi (nawet przy niewielkich wykroczeniach dietetycznych).

Odchudzanie malucha

Otyłość u dzieci rzadko spowodowana jest chorobą. Odchudzanie (zmniejszenie kaloryczności) zalecamy dzieciom od 7 r.ż. Wcześniej dbamy o to, aby dieta była prawidłowa z wykluczeniem błędów żywieniowych. Mamy tu na myśli, np. częste karmie-

nie, duże porcje, podjadanie między karmieniami, za dużo soków i słodkich napojów itp.

Mimo stałego postępu w dziedzinie badań nad patogenezą otyłości, jej leczenie w dalszym ciągu jest mało efektywne, rokowanie odległe, na ogół niekorzystne. Najlepszą formą terapii pozostaje więc jej prewencja.

Rzadko podejmowana jest terapia dzieci otyłych, gdyż na ogół dziecko otyłe jest zdrowe i często dochodzi do nawrotu nadwagi, co daje całościowo mało efektywną terapię. Często lekarze twierdzą, że z otyłości dziecko „wyrasta”. Rzeczywiście, ale nie każde. Otyłe niemowlę traci ok. 2 r.ż. nadmiar tkanki tłuszczowej (wzrasta ich aktywność fizyczna). W następnych latach często pojawia się tzw. „otyłość z odbicia” - ponowny przyrost tkanki tłuszczowej.

Do przyrostu fizjologicznego masy ciała dochodzi ok. 8 r.ż. - większość utrzymuje swoją wagę w tym samym centylnym, aż do ukończenia wzrastania. Dzieci przybierające gwałtownie na wadze (przed 6 r.ż.) utrzymują nadwagę w okresie pokwitania.

Na dużą uwagę zasługują dzieci, które dużo przybierają na wadze między 3 - 5 r.ż. Pediatra powinien ocenić, czy otyłość wynika z zaburzeń hormonalnych i chromosomalnych. Łączą się one z upośledzeniem lub zahamowaniem wzrastania, np. niedoczynność tarczycy, zespół Cushinga; dobre lub przeciętne wyniki w nauce pozwalają wykluczyć zespoły genetyczne (zespół Dawna).

Leczenie dietetyczne (dietoterapia) opiera się na zasadach prawidłowego żywienia. Podczas odchudzania dziecka - nie powinno się stosować dużych ograniczeń kalorycznych, gdyż należy zapewnić składniki niezbędne do wzrostu i rozwoju młodego organizmu.

Ważne są zmiany jakościowe produktów, czyli:

- ograniczenie w diecie węglowodanów prostych (cukier, słodycze, ciasta, słodkie napoje),

- eliminację produktów fast - food i słonych przekąsek chrupki, chipsy, paluszki.

Bazę energetyczną muszą stanowić: węglowodany złożone i błonnik pokarmowy np. chleb razowy, płatki owsiane i jęczmienne, grube kasze. Eliminujemy z diety biały chleb, drożdżówki, płatki śniadaniowe, frytki, placki ziemniaczane.

W diecie uwzględniamy pełnowartościowe białko (chude mięso i ryby, wędliny, chude mleko i przetwory, jaja). Nie podajemy smażonych potraw, tłustych wędlin, serów żółtych, topionych. W diecie dziecka niezbędna jest niewielka ilość tłuszczu, który umożliwi m.in. wykorzystanie przez organizm witamin tłuszczorozpuszczalnych (tłuszcze roślinne - oleje, miękkie margaryny).

Ważny element w diecie to również warzywa i owoce - naturalne źródło witamin i składników mineralnych. Warzywa podajemy surowe lub gotowane, w dowolnej ilości lub jako dodatek do (min. 3) posiłków. Owoce podajemy 1 - 2 razy dziennie jako deser. Zastępują tu słodycze. Ze względu na obecność cukrów prostych również dzieciom podajemy je z umiarem.

Stosujemy techniki kulinarne, które nie zwiększają wartości energetycznej potraw np. gotowanie w wodzie i na parze, duszenie, pieczenie, grillowanie.

W diecie uwzględniamy niskokaloryczne płyny (woda mineralna, słabe napary herbaty i ziół, naturalne soki przecierowe warzywne i owocowe).

Otyłych dzieci w krajach uprzemysłowionych przybywa szybciej niż dorosłych otyłych. Jeśli chcemy być szczuplejsi - jako dorośli... zacznijmy od szczupłych dzieci.

Literatura:

- „Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży od urodzenia do dorosłości” dr n.med. A.Oblacińska, dr n. żywienia H.Weker;
- „Zarys pediatrii” pod redakcją prof.dr hab.med. M.Walczak PZWL



Rola pielęgniarki w walce z bólem przewlekłym

Zgodnie z definicją ból jest nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym związanym z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, czy też odnoszącym się do takiego uszkodzenia.

Przede wszystkim jest jednak reakcją obronną organizmu na działanie bodźców szkodliwych, ma znaczenie obronno - przystosowawcze. To odczucie subiektywne świadomie oceniane przez osobę, która go doznaje, chociaż może być obiektywnie zmierzone i zarejestrowane.

Czucie bólu jest jednym ze zmysłów koniecznych człowiekowi do odróżnienia czynników szkodliwych, sygnalizuje zmiany patologiczne w ustroju wyzwalając odpowiednią reakcję organizmu - jeżeli bodźce bólowe przekroczą granice fizjologiczne, stają się bodźcami chorobotwórczymi. Można go również rozpatrywać jako swoisty objaw diagnostyczny lub jako objaw „mówiący” o skuteczności leczenia, gdyż zwykle zmniejsza się w miarę poprawy stanu człowieka - rola informacyjno - ostrzegająca. Występuje zazwyczaj jako objaw w większości chorób ale może być objawem dominującym lub jedynie towarzyszącym.

Czynniki wpływające na wzrost natężenia bólu:

- sytuacje związane z wystąpieniem bólu - poprzednie doświadczenia życiowe związane z bólem, odczuwaniem bólu, z oczekiwaniem na ból,
- stan emocjonalny - zachwianie poczucia bezpieczeństwa,
- pora występowania bólu - intensywniej odczuwany jest ból występujący nocą i wczesnym rankiem,
- cechy temperamentu osoby odczuwającej ból.

Rozpoznanie stanu pacjenta cierpiącego z powodu bólu oraz dokonanie oceny istniejącego bólu stanowi podstawę do planowania opieki. Ocena ta opiera się głównie na zebranych wywiadzie, przeprowadzonym badaniu fizykalnym, a w razie potrzeby także na wykonanych badaniach dodatkowych.

Wrażliwość na ból związana jest z reakcją organizmu adekwatną do działającego bodźca wywołującego ból. Wyróżniamy dwie wartości wrażliwości:

- próg bólowy jest to natężenie bólu, przy którym człowiek poczuje go po raz pierwszy podczas działania bodź-

ca bólowego. Jest to tolerancja na ból związana z ochroną organizmu przed działaniem czynników szkodliwych,

- wytrzymałość - oceniamy granicę wytrzymałość, tzn. ból jaki człowiek jest w stanie wytrzymać. Możemy ocenić ją na podstawie zachowania się pacjenta, reakcji autonomicznego układu nerwowego.

Aby poprawić komfort życia pacjenta cierpiącego z powodu bólu przewlekłego należy dążyć do podwyższenia owego progu bólowego, a możliwe jest to poprzez:

- złagodzenie wszelkich objawów i skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii, podniesienie nastroju i odwrócenie uwagi,
- zapewnienie spokoju, snu i odpoczynku, komfortu psychicznego, obecności bliskich osób oraz możliwości rozładowania emocji.

Próg bólowy może jednak obniżyć:

- nasilenie objawów, bezsenność, niepokój i lęk, występujące zmęczenie, czy osłabienie, poczucie opuszczenia i samotności, niewygoda, gniew, obniżony nastrój lub depresja, nuda.

Opieka nad chorym cierpiącym z powodu bólu, szczególnie przewlekłego jest niezwykle trudna i stanowi

największy problem pielęgniarstwa. Ważną niezmiernie rolę odgrywa udzielanie wsparcia:

- emocjonalnego - przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę i pozytywne nastawienie do osoby wspieranej. Występuje ono najpowszechniej i jest najczęściej okazywane,
- informacyjnego - dostarczanie informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego,
- duchowego - pomoc okazywana jest wobec cierpienia i bólu duchowego, związanego z sensem życia i śmierci,
- rzeczowego - świadczenie pomocy rzeczowej i finansowej oraz bezpośrednie działanie fizyczne na rzecz osób potrzebujących.

Aby było ono skuteczne i spełniało swoją rolę terapeutyczną musi być dostosowane do potrzeb i rzeczywistego stanu pacjenta.

Blisko 70% sygnałów bólowych jest przekazywanych pozawerbalnie, dlatego pielęgniarka musi odznaczać się tu umiejętnością wnikliwej obserwacji i odpowiedniego wyciągania wniosków z zaobserwowanych objawów, a należą do nich:

- reakcja ruchowa - jest niezależną, odruchową reakcją, która ma na celu zmniejszenie działania i skutków czynnika wywołującego ból. Charakterystyczną reakcją jest skurcz mięśni, którego wyrazem może być:
 - nienaturalny wyraz twarzy (mimika) - grymasy, wykrzywanie ust, marszczenie czoła i brwi,
 - łzawienie, spojrzenie utkwione w jednym punkcie, zaciskanie palców rąk lub zgrzytanie zębami,
 - oddechy przyśpieszone lub zwolnione, nieregularne, napięte powierzchowne,
 - postawa ciała - skurczone kończyny, pozycja oszczędzająca,

Możemy zaobserwować charakterystyczne zachowania psychoruchowe:

- zahamowanie (ulgę przynosi spokój i cisza) lub pobudzenie ruchowe

(ulgę w cierpieniu przynosi ruch), utrata łaknienia,

- nieartykułowany krzyk - wydawanie jęków, westchnień,
- unikanie kontaktów towarzyskich, ciągłe zmęczenie i znużenie,
- zmiany zachowania - smutek, lęk, strach, niepokój, zamykanie się w sobie, popadanie w depresję.

W wyniku reakcji wegetatywnych występują także objawy ze strony autonomicznego układu nerwowego:

- bladeść lub zaczerwienienie skóry - skóra spocona lub wilgotna i zimna,
- nadmierne wydzielanie potu, zawroty głowy, nudności,
- przyśpieszenie tętna, wzrost lub spadek ciśnienia krwi, rozszerzenie źrenic.

Celem opieki pielęgniarstwa jest minimalizowanie lub likwidowanie dolegliwości bólowych, które utrudniają bądź uniemożliwiają funkcjonowanie człowieka. Należy podjąć szereg działań, aby to pacjentowi umożliwić:

- określić stan pacjenta i ustalić znaczenie występowania bólu,
- ocenić czas występowania i trwania dolegliwości, natężenia, umiejscowienia charakteru i typu bólu,
- uświadomić o konieczności informowania o występowaniu bólu i jego cechach,
- ustalić występowanie innych objawów potęgujących natężenie bólu,
- obserwować inne objawy nasilające dolegliwości i współwystępujące
- podwyższać próg bólowy i wytrzymałość na ból poprzez zapewnienie komfortu psychicznego (zapewnienie spokoju i ciszy lub możliwości ruchu i działania w zależności od stanu i możliwości pacjenta, niwelowanie lęku, niepokoju),
- wypełniać czas wolny celem odwrócenia uwagi od występujących objawów,
- zmniejszyć napięcie fizyczne i działanie bodźców zewnętrznych wzmagających dolegliwości bólowe (ograniczenie zbędnego hałasu, agresywnych

dźwięków, niedrażniące oświetlenie, unikanie przykrych i intensywnych zapachów),

- zapewnić wygodę, warunki odpoczynku, odpowiednią ilość snu, temperaturę ciała i otoczenia (wygodne ułożenie, stosowanie udogodnień),
- zmniejszyć i niwelować dodatkowe bodźce bólowe poprzez sprawne, szybkie, delikatne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych,
- stosować leki i zabiegi przeciwbólowe zgodnie z zaleceniem lekarza (ocena skuteczności stosowanych leków),
- stosować metody fizykalne (ciepła, zimna, prądu, ultradźwięków) i sposoby służące odprężeniu, łagodzeniu napięć (ciepłe kąpiele, zmiana bielizny osobistej i pościelowej),
- łagodzić obawy, strach, (cierpliwe, uważne słuchanie skarg, odczuć, zwieżeń, obaw pacjenta, spokojne wyjaśnienie mechanizmów powstawania dolegliwości bólowych, celowości stosowania zabiegów).

Miarą skuteczności pielęgnowania będzie zapewnienie warunków godnego życia i możliwie wysokiej jakości życia z bólem, jeżeli objaw ten utrzymuje się mimo stosowanego leczenia.

Pracę napisała: Bogumiła Nowak
studentka II roku pielęgniarstwa,
studia stacjonarne pod kierunkiem
mgr Agnieszki Renn-Żurek

Nasz kandydat do medalu...

Szanowni Państwo,

Jest nam niezmiernie miło przedstawić Państwu sylwetkę prawdziwego profesjonalisty i znakomitej osobowości, jaką jest Pani dr n. hum. Barbara Dobrowolska.

Za całokształt pracy zawodowej i społecznej na rzecz pielęgniarstwa polskiego Okręgowa Rada Pielęgniarek w Łodzi wspólnie z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego podjęła decyzję o zgłoszeniu Pani dr Barbary Dobrowolskiej jako kandydata do odznaczenia **Medalem Florence Nightingale**.

Jej zasługi dla rozwoju naszego pielęgniarstwa są nieocenione, tym bardziej, że nadal czynnie pracuje na rzecz środowiska pielęgniarek i położnych. Od 1992 roku aktywnie współpracuje z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych jako członek Koła Emerytów przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Obecnie, już na zasłużonej emeryturze, cały czas jest zaangażowana w prace Zarządu Oddziału PTP w Łodzi, gdzie zajmuje się archiwum PTP. Jest Viceprzewodniczącą Głównej Komisji Historycznej przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Warszawie oraz Przewodniczącą Komisji Historycznej przy Zarządzie Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi.



Barbara Dobrowolska urodziła się 3 października 1928 r w Łodzi. W chwili wybuchu II wojny światowej miała 11 lat. W okresie okupacji (w 1939 r. wraz z rodziną została wysiedlona z Łodzi do Generalnej Guberni i zamieszkała w Warszawie) należała do harcerstwa. W momencie wybuchu Powstania Warszawskiego zaangażowana była w niesienie pomocy oraz przygotowywanie opatrunków dla rannych przebywających w Szpitalu Powstańczym przy ul. Mokotowskiej oraz w prace na rzecz harcerstwa - AK - polegające na przygotowywaniu planów przejść piwnicami między budynkami w obrębie ulic: Piękna - Krucza - Mokotowska. W czasie okupacji ukończyła szkołę średnią (komplety tajne) przy szkole im. Z. Wołowskiej w Warszawie. Po zakończeniu wojny przeniosła się do Łodzi, gdzie uczęszczała do Liceum Ogólnokształcącego im. J. Czapczyńskiej uzyskując świadectwo dojrzałości.

Następnie podjęła naukę w Szkole Pielęgniarskiej, którą ukończyła w 1949 r. Po jej ukończeniu podjęła - zgodnie z przydziałem - pracę w Państwowej Szkole Pielęgniarskiej Nr 1 w Łodzi na stanowisku nauczyciela klasowego, potem zaś w szpitalu dziecięcym. W latach 1953 - 1956 prowadziła kursy dla pielęgniarek przyuczonych i młodszych pracujących w przemysłowej służbie zdrowia i przygotowujących się do egzaminu państwowego. W latach 1957 - 1971 pracowała jako kierownik szkolenia w otwartej opiece zdrowotnej, a od 1958 r. jako dyrektor Studium Medycznego przy Akademii Medycznej w Łodzi. W 1956 r. uzyskała stypendium WHO w Londynie RCN z zakresu medycyny przemysłowej, które ukończyła w kwietniu 1957 r.

Uczestniczyła w wielu pracach nad programami dotyczącymi kształcenia pielęgniarek. Pracowała również nad statutem samorządu młodzieży. W 1965 r. podjęła naukę na Uniwersytecie Warszawskim na Wydziale Pedagogiki, którą to zakończyła w 1969r. uzyskując tytuł magistra. W styczniu 1972 r. dr Dobrowolska została przeniesiona do pracy w nowopowstałym Wydziale Pielęgniarskim w Lublinie, gdzie powierzono jej organizację, a potem kierowanie Zakładem

Pielęgniarstwa Społecznego. Pracowała nad programem przedmiotu pielęgniarstwo społeczne - teoria i zajęcia praktyczne. Ponadto opracowała program metodyki przedmiotów pielęgniarstwa, ćwiczeń terenowych i praktyk zawodowych. W tym czasie przygotowała wraz z zespołem skrypt z pielęgniarstwa społecznego oraz metodyki nauczania przedmiotu pielęgniarstwo. Poza tym, w międzyczasie, wydała książkę „Problematyka pracy pielęgniarki środowiskowej”.

Dr Barbara Dobrowolska zorganizowała pierwsze koło naukowe studentów pielęgniarstwa społecznego, na którym studentki przygotowywały opracowania różnych tematów dotyczących poz. Brały również udział w konkursach zdobywając nagrody i wyróżnienia. Dla członkiń koła zorganizowała też obóz naukowy.

W czasie pracy na Wydziale Pielęgniarstwa w Lublinie uczestniczyła w wielu pracach zespołu nad doskonaleniem programów kształcenia,

a także w konferencjach organizowanych przez WHO - Haga, Bruksela, Kiel, Trzaniec) dotyczących zmian w szkolnictwie pielęgniarstwie (tworzenie szkół wyższych).

Ze względów rodzinnych we wrześniu 1979 r. przeniósł się do Łodzi, gdzie podjęła pracę zawodową w Instytucie Medycyny Pracy na stanowisku adiunkta ds. naukowo-badawczych. Przeprowadziła 2 badania ogólnopolskie nt. oceny sytuacji społeczno-zawodowej, warunków pracy i wybranych elementów stanu zdrowia pielęgniarek w przemysłowej służbie zdrowia w Polsce; wpływu wybranych czynników na efektywność pracy pielęgniarek przemysłowych.

Zorganizowała nadzór nad działalnością kierowniczej kadry przemysłowej służby zdrowia w kraju. Przygotowywała programy szkoleń i prowadziła zajęcia na kursach dla pielęgniarek przemysłowych oraz program 2-letniej specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa przemysłowego. Specja-

lizację prowadziła w latach 1982 - 1992. Ponadto powołała sekcję pielęgniarek przemysłowych (1982 - 1992).


Była aktywnym uczestnikiem wielu krajowych konferencji. W swych wystąpieniach szczególną uwagę zwracała na ukazywanie roli pielęgniarki w opiece nad zdrowiem pracowników. Z kolei w konferencjach międzynarodowych (Helsinki, Bruksela, Kopenhaga, Cardiff) przedstawiała rolę i zadania pielęgniarki przemysłowej w Polsce i ich kształcenie. Po uzyskaniu prawa do emerytury w 1992 r. dr Dobrowolska zaprzestała swojej aktywności. Od 1957 r. do chwili obecnej jest członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa.

W latach 1948 - 1956 była członkiem Polskiego Czerwonego Krzyża.


Brała udział również w wielu pracach badawczych m.in. „Badanie nad adaptacją absolwentek szkół do pracy w placówkach służby zdrowia”, „Praca pielęgniarek środowiskowych


reklama

WYDAWNICTWO




- Urbank B. (red.)
Zawód pielęgniarki na Ziemiach Polskich w XIX i XX wieku
464 s. B5, cena 78 zł
- Domżał-Drzewicka R., Ścibior A., Kaźmierak H. (red.)
Uzależnienia a rodzina. Wybrane zagadnienia
288 s. A4, cena 78 zł
- Bielecki K. (red.)
Narzędzia, protezy i szwy chirurgiczne
240 s. A4, cena 78 zł
- Budynek M., Nowacki C.
Opatrywanie ran. Wiedza i umiejętności
224 s. B5, cena 42 zł
- Kilańska D. (red.)
Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. I
208 s. B5, cena 38 zł
- Brosowska B., Mielczarek-Pankiewicz E.
Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. II
176 s. B5, cena 38 zł
- Kawczyńska-Butrym Z.
Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość
208 s. A5, cena 33 zł
- Domżał-Drzewicka R., Gałęziowska E. (red.)
Nowoczesne metody rozpoznawania płodności. Wybrane zagadnienia
172 s. A5, cena 28 zł
- Urbank B. (red.)
Zawód dentysty - lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, 292 s. B5, cena 58 zł
- Ciuruś M.
Pielęgniarstwo operacyjne
336 s. B5, cena 58 zł
- Czarnecka Z., Malińska W.
Instrumentarium i przebieg zabiegów w chirurgii, ginekologii i urologii
272 s. B5, cena 48 zł
- Kabata J., Kalinowski L., Szczepańska-Konkel M., Angielski S.
Badania laboratoryjne w codziennej praktyce - wartości referencyjne i interpretacyjne, 376 s. B6, cena 38 zł





0-81 71-88-900 lub 0-502-360-110

www.lsm.pl



w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej”. Przez cały okres pracy zawodowej i społecznej dr Dobrowolska opublikowała 160 artykułów w prasie krajowej i 10 w prasie zagranicznej. Dla PAN przygotowała biografię Marii Stencel, Haliny Stefańskiej, Jadwigi Suffczyńskiej. Z kolei w druku znajduje się Kronika Szpitala im. Radlińskiego w Łodzi. W dalszej kolejności oczekuje na wydanie historii szpitali w Łodzi: Szpital im. M. Skłodowskiej-Curie, Szpital im. M. Madurowicza, Szpital im. L. Pasteura (św. Rodziny).

Publikacje:

- 1) B. Dobrowolska: *Metodyka nauczania*, Warszawa, PZWL 1976;
- 2) Z. Putkiewicz, B. Dobrowolska: *Problematyka pracy pielęgniarki środowiskowej*, Warszawa, PZWL, 1983;
- 3) B. Dobrowolska (red.): *Pielęgniarstwo społeczne - skrypt dla studentów Wydziału Pielęgniarstwa*, Akademia Medyczna w Lublinie, 1983;
- 4) B. Dobrowolska, T. Kukołowicz, Z. Putkiewicz: *Podstawy psychologii pedagogiki i socjologii*. Podręcznik dla średnich szkół medycznych. Warszawa, PZWL, 1977, 1981, 1983, 1986;
- 5) B. Dobrowolska, M. Pogodzińska: *Zadania pielęgniarki przemysłowej w zakresie opieki nad młodzieżą pracującą uczącą się w szkołach przyzakładowych*, Łódź, IMP, 1987;
- 6) B. Dobrowolska, E. Mielczarek - Pankiewicz (red.): *Proces pielęgniarki w opiece nad pracującymi w środowisku pracy. Opieka nad zdrowiem pracujących w środowisku pracy*. Podręcznik dla pielęgniarek. Łódź, IMP, 1992;
- 7) B. Dobrowolska, *Opieka zdrowotna w Łodzi od 1945 roku. Kształcenie pielęgniarek i położnych w Łodzi w latach 1945 - 1997*. Akademia Medyczna w Łodzi, 1998.

dr n. hum. Zbigniew Tokarski
Przewodniczący Zarządu Wojewódzkiego
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
w Łodzi
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi

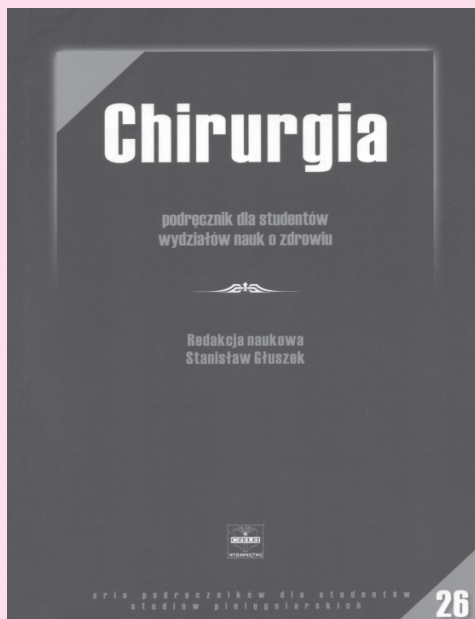
kącik biblioteczny



CHIRURGIA

- podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu

Autor: Stanisław Głuszek (red.)



Wydawnictwo Czelej
Lublin,
rok wydania 2008
ISBN 978-83-60608-
79-1

Chirurg to zawód wymagający wiedzy teoretycznej i praktycznej, ale również zręczności i zgrabności wykonawstwa ręcznego. To ciągłe balansowanie na granicy życia i śmierci w warunkach ogromnego stresu.

Zadaniem autorów tej publikacji było przekazanie najnowszej wiedzy w zaplanowanym zakresie, włączając najnowsze wytyczne postępowania lekarskiego i pielęgniarskiego.

W części rozdziałów przekroczono zakres podstawowych wiadomości z danej tematyki, ale przyjęto zasadę, aby w przypadku najczęściej występujących chorób możliwe było poszerzenie wiedzy przez korzystających z podręcznika. Ważną część książki stanowi wstęp do rozważań klinicznych, a więc rozdziały o metabolizmie i zakażeniach. W spisie treści m. in.: metabolizm w chirurgii, rany i zakażenia w chirurgii, oparzenia i odmrożenia, chirurgia urazowa narządu ruchu, neurochirurgia, obrażenia klatki piersiowej, obrażenia jamy brzusznej, wstrząs, krwawienie do światła przewodu pokarmowego, choroby tętnic, choroby żył, choroby zapalne i nowotwory skóry, choroby gruczołu piersiowego, choroby przełyku, rak płuca, choroby żołądka i dwunastnicy, nie nowotworowe choroby jelit, nowotwory jelita grubego, nieswoiste choroby zapalne jelit, choroby wątroby i dróg żółciowych wymagające leczenia chirurgicznego, chirurgia trzustki, endoskopia przewodu pokarmowego, przepukliny brzuszne, tarczycy, przytarczyc, nadnercza, ich choroby i leczenie, chirurgia małoinwazyjna, żywienie w chirurgii, choroby dróg moczowych wymagające leczenia chirurgicznego, cukrzyca w chirurgii, wskazania do leczenia chirurgicznego w kardiologii, żylna choroba zatorowo - zakrzepowa i zator tętnicy płucnej, podstawy transplantologii, współczesna rehabilitacja w chirurgii.

Przy omawianiu zagadnień chorób poszczególnych układów zwrócono uwagę na najważniejsze problemy związane z opieką lekarską i pielęgniarską.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
gł. specjalista ds. merytorycznych