

Biułetyn

OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Nr 4/2023 (168)
ISSN 1425-7076





**BIURO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

pracuje w godz.

Pn. - Pt. 8.00 - 18.00

ADRES:

33-100 Tarnów, ul. Południowa 10

www.oipiptarnow.pl

e-mail: biuro@oipiptarnow.pl

NUMERY TELEFONÓW:

tel. 14 696 54 54, tel. 14 696 54 55

**GODZINY PRACY OSÓB
PEŁNIĄCYCH FUNKCJE Z WYBORU:**

PRZEWODNICZĄCA

Bożena Grodny-Wilk

Pn., Wt., Czw., Pt. 13.00 - 18.00

VICE PRZEWODNICZĄCA

Danuta Sępek

Śr., Czw. 13.00 - 18.00

SEKRETARZ

Anna Broniec

Śr., Czw. 13.00 - 18.00

SKARBNIK

Jadwiga Tarsia

Wt., Czw., Pt. 13.00 - 18.00

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Renata Gabinek

II i IV wtorek miesiąca 15.00 - 16.00

RADCA PRAWNY

Bożena Wyszzyńska

Pn., Czw. 15.00 - 18.00

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Pn. - Pt. 8.00 - 16.00

tel. 14 696 58 55

Numer rachunku bankowego OIPIP w Tarnowie

Krakowski Bank Spółdzielczy

10 8591 0007 0300 0296 3839 0001

Biuletyn

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**Biuletyn Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych
w Tarnowie**

REDAGUJĄ:

Bożena Grodny-Wilk

Jadwiga Tarsia

WYDAWCA:

Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych

33-100 Tarnów

ul. Południowa 10

tel. 14 696 54 54

tel. 14 696 54 55

PROJEKT GRAFICZNY I DRUK:

Agencja Reklamowa HBL studio

tel. +48 505 122 200

NAKŁAD:

1000 egz.

SPIS TREŚCI:

I. Z PRAC OIPIP

Pismo do MZ	4
Stanowisko NRPIP	4
Pismo do przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej	5
Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	6
Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego	6
Stanowisko w sprawie tajemnicy zawodowej	7
Informacja OPRZOZ	8

II. PRAWO

Opinia prawna w przedmiocie kontynuowania wykonywania zawodu	10
Opinia prawna dotycząca zrzeczenia się PWZ	12
Stanowisko Komitetu Bioetyki PAN	14

III. ZDROWIE

Ryzyko ekspozycji zawodowej a ustawa o jakości	20
Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej	22

IV. NAUKA

Zjazd szkół rodzenia	25
Studia podyplomowe	26
Program wsparcia psychologicznego	26

V. KONDOLENCJE



Katarzyna Sójka Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przesyłam Stanowisko nr 1 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 29 sierpnia 2023 r. w sprawie obowiązku stosowania przez świadczących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz stanowczego sprzeciwu wobec stosowania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec faktu nieposzanowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Oczekujemy na pilne opracowanie i wdrożenie do realizacji norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nie objętych regulacjami prawnymi, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychiatrycznej.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPIP

Mariola Łodzińska



Stanowisko nr 2 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 września 2023 r.

w sprawie zmian prawnych dotyczących samorządów zawodowych architektów i inżynierów budownictwa, zawartych w projekcie ustawy o ograniczeniu biurokracji i barier prawnych

(druk sejmowy 3502 z dnia 5 lipca 2023 r.)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża duże zaniepokojenie oraz sprzeciw przeciwko proponowanym zmianom w ustawie z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa, wprowadzanych przepisami art. 15 projektu ustawy o ograniczaniu biurokracji i barier prawnych (dalej: „ustawa”).

Powyższe normy prawne komisijnego projektu ustawy zawierają zmiany w zasadach funkcjonowania samorządu zawodowego architektów oraz samorządu zawodowego inżynierów budownictwa prowadzące się do możliwości funkcjonowania obok samorządów zawodowych nieokreślonych organizacji zawodowych, które miałyby istnieć równolegle do samorządów zawodowych oraz wykonywać zadania ustawowe powyższych samorządów. Projekt ustawy zakłada, że osoby wykonujące zawody architekta oraz inżyniera budownictwa mogłyby dowolnie wybierać swoją przynależność do samorządu zawodowego lub ww. nieokreślonych organizacji zawodowych, co więcej członkostwa w którejkolwiek formie zrzeszania uprawniałoby do wykonywania zawodu.

Funkcjonowanie samorządów zawodowych zawodów zaufania publicznego stanowi realizację konstytucyjnej zasady powierzenia tym organizacjom sprawowania pieczy nad wykonywaniem powyższych zawodów.

Prawnym i faktycznym celem samorządów zawodowych zawodów zaufania publicznego jest należyte wykonywanie zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Samorzady te od wielu lat wypracowały i nadal wdrażają najlepszą drogę do realizacji zadań publicznych przekazanych przez administrację państwową. Projektowane ustawą rozwiązanie stworzenia niejako

symetrycznych, bliżej nieokreślonych organizacji realizujących te zadania celuje w rozbić jednostki danego samorządu zawodowego zrzeszającego osoby wykonujące dany zawód, co spowoduje brak możliwości sprawnego realizowania zadań przewidzianych ustawą, rozbić jednostki zawodowej oraz utratę wypracowanych przez lata kierunków działań samorządu.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jako organ samorządu zawodowego zawodów zaufania publicznego mającego ponad trzydziestoletnie doświadczenie w działaniu na rzecz przedstawicieli zawodów pielęgniarki i położnej widzi z tej perspektywy zadania, które zostały już zrealizowane przez nasz samorząd, ale i kierunki działań, które zostały wypracowane przez nasze środowisko do realizacji w przyszłości, w ramach realizacji obowiązków ustawowych samorządu.

Projektowany podział i rozbić zadań samorządowych jest niezrozumiałe a zakładane w uzasadnieniu projektu ustawy argumenty przeczą dobrze rozumianym interesom zawodowym osób zrzeszonych w samorządach zawodowych zaufania publicznego.

Z tego punktu widzenia postrzegamy projektowaną ustawą zmiany ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa jako niecelowe, szkodliwe i zagrażające ustrojowemu charakterowi samorządów zawodowych przewidzianych art. 17 Konstytucji RP.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólc

Pismo do przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej



Warszawa, 27 września 2023 r.

Pan
Dr n. Med. Artur de Rosier
Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL

Niniejszym, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych składam wniosek o zbadanie na podstawie art. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 53 pkt 2 i 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej postępowania lekarza Stanisława Mazura - Prezesa Centrum Medycznego MEDYK w Rzeszowie.

Zdaniem samorządu pielęgniarek i położnych postępowanie lekarza Stanisława Mazura, sposób oferowania i reklamy m.in. pielęgniarkom dodatkowej pracy jako kelnerki przy bankiecie organizowanym dla lekarzy jest sprzeczne z ww. normami Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Działania lekarza naruszają godność zawodu pielęgniarki i położnej i podważają do niego zaufanie. Lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki, a pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

Niezależnie od powyższego, działania lekarza mają element seksistowski i noszą znamiona mobbingu. W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych powyższe postępowania są nie tylko naganne, ale wymagają podjęcia działań mających na celu zbadanie zdarzenia w kierunku naruszenia zasad etyki lekarskiej.

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Z prac OIPiP



Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dotyczące zatrudniania pielęgniarek bezpośrednio po ukończonych studiach licencjackich w SOR

Stanowisko w sprawie zatrudniania pielęgniarek bezpośrednio po ukończonych studiach licencjackich do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych

Jako Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego uważam, że pielęgniarka, która ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwa i uzyskała dyplom licencjata pielęgniarstwa może podjąć pracę w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Nie ma żadnych formalnych przeciwwskazań do zatrudniania tych osób, ponieważ w toku kształcenia przeddyplomowego nabywają wiedzę i umiejętności potrzebne do wykonywania pracy na stanowiskach w różnych obszarach oddziału ratunkowego. Ponadto każda nowo przyjęta pielęgniarka w okresie adaptacji społeczno-zawodowej w nowym środowisku przygotowuje się do nowej roli i organizacji pracy pod nadzorem doświadczonej pielęgniarki, która jest wyznaczona na opiekuna zawodowego danej osoby. Po efektywnym wdrożeniu nowego pracownika osiąga on pełną produktywność i wysoką jakość udzielanych świadczeń. Podczas pracy nabywa on doświadczenie zawodowe oraz będzie mógł rozpocząć swoją karierę zawodową. W procesie kształcenia podyplomowego zaczynając szkolenie od kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, a następnie po 2 latach pracy może podjąć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego.

Do pracy w systemie ratownictwa medycznego potrzebne są osoby z ogromnym zaangażowaniem, dynamiczne. To przede wszystkim powinni być pasjonaci pielęgniarstwa ratunkowego. Osoby takie najczęściej swoje zainteresowanie nabywają już w toku nauczania uczestnicząc w kołach naukowych z pielęgniarstwa ratunkowego utworzonych w uczelniach medycznych. Młody człowiek chcąc się realizować w pracy w jednostkach systemu powinien podjąć pracę w szpitalnym oddziale ratunkowym, żeby nabrać doświadczenia zawodowego oraz uzyskać staż pracy 3 letni wymagany ustawowo do uzyskania tytułu pielęgniarki systemu. Uzyskanie tych wymagań

umożliwi pracę w innych jednostkach systemu ratownictwa medycznego min.: w zespołach ratownictwa medycznego lub w lotniczym pogotowiu ratunkowym.

Podsumowując:

Pielęgniarka, pielęgniarz bezpośrednio po ukończeniu studiów pierwszego stopnia i otrzymaniu prawa wykonywania zawodu może podjąć pracę w szpitalnych oddziałach ratunkowych aby nabrać doświadczenia zawodowego przygotowującego do pracy w innych jednostkach systemu.

Z wyrazami szacunku

Anna Małecka-Dubiela

Konsultant Krajowy

w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego

Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego



Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG przez pielęgniarki pracujące w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej

Dopęcherzowe podawanie BCG ma zastosowanie w leczeniu pacjentów, u których rozpoznano nieinwazyjnego raka nabłonkowego pęcherza moczowego.

Preparat BCG zawiera żywe, atenuowane (odczadliwione) prątki gruźlicy i ma postać proszku, do którego dołączony jest rozpuszczalnik, celem przygotowania zawiesiny.

Bezpieczeństwo przygotowania i podawania leku zależne jest od przestrzegania wytycznych zapisanych w Karcie Charakterystyki Produktu Leczniczego (KCHPL), ale zawsze należy uwzględnić aktualne zasady dobrej praktyki pielęgniarskiej (w tym zasady

aseptyki i antyseptyki).

W związku z powyższym przedstawiamy zalecenia, które pozwolą na osiągnięcie bezpieczeństwa w procesie przygotowywania i podawania preparatów BCG:

1. Produkt nie powinien być przygotowywany do podania przez te same osoby i w tym samym pomieszczeniu, w którym przygotowywane są inne dożylnie produkty lecznicze o działaniu cytotoksycznym.
2. Osoby o obniżonej odporności, kobiety w ciąży i karmiące piersią nie powinny przygotowywać leku.
3. Konfekcjonowanie leku we fiolce znacząco zwiększa bezpieczeństwo dla przygotowującego niż w ampułce.
4. Do przygotowania leku niezbędna jest odzież ochronna jednorazowego użytku, tj. czepek, maska z filtrem Hepa FFP3, fartuch ochronny nieprzepuszczalny dla cieczy, rękawice jednorazowe diagnostyczne.
5. Należy unikać kontaktu produktu BCG ze skórą lub błonami śluzowymi, ponieważ może prowadzić do reakcji nadwrażliwości lub zakażenia zanieczyszczonego miejsca.
6. System zamknięty, dołączony do wyposażenia leku, daje gwarancję bezkontaktowego, bezpiecznego przygotowania zawiesiny do użycia, pod warunkiem przestrzegania zaleceń opisanych w KChPL.
7. W przypadku systemu otwartego, należy zapewnić warunki jałowe, zgodnie z KChPL, rozważając zastosowanie pomieszczeń z klasą czystości A lub B.
8. Szczególnie rozważyć zalecenia przygotowania leku przez kilkukrotne aspirowanie zawartości i ponowne wypuszczanie jej do ampułki lub fiolki po wcześniejszym wpuśczeniu 0,9% NaCl, gdyż zwiększa ryzyko (szczególnie z zastosowaniem ampułki) uzyskania niejałowego roztworu (obecnie nie stosuje się takiego sposobu przygotowywania leku bez zapewnienia warunków czystości mikrobiologicznej pomieszczenia).
9. W każdym przypadku należy zapewnić warunki bezpieczeństwa pacjentowi, u którego jest prowadzone leczenie preparatem BCG drogą do-

pęcherzową, przy przygotowaniu do zabiegu, zakładaniu cewnika do pęcherza moczowego, podawaniu leku, pozostawienia zawiesiny w pęcherzu moczowym, przekazaniu zaleceń do domu.

10. Właściwe, zgodnie z wytycznymi KChPL, postępowanie po kontakcie preparatu BCG z nieuszkodzoną/uszkodzoną skórą, błonami śluzowymi, jamą ustną. Zaleca się opracowanie procedury postępowania w przypadku skażenia środowiska ożywionego i nieożywionego.
11. Po użyciu sprzęt i materiały należy unieszkodliwiać jako odpad medyczny zakaźny (kod odpadów 180103*) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017 poz. 1975).

Kraków, 7.11.2022

Stanowisko w sprawie tajemnicy zawodowej



STANOWISKO

Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego z dnia 9 sierpnia 2023 r. w sprawie tajemnicy zawodowej

Ogólnopolskie Porozumienie Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego wyraża głębokie zaniepokojenie brakiem poszanowania dla ustawowych gwarancji ochrony tajemnicy zawodowej osób wykonujących zawody zaufania publicznego. Jej istotą jest ochrona szczególnie ważnych i doniosłych interesów osób korzystających z pomocy przedstawicieli zawodów zaufania publicznego.

Ujawnienie przez ministra zdrowia poufnych danych medycznych - niemające uzasadnienia w idei ochrony zdrowia - to wydarzenie bez precedensu, którego skutki mają daleko idące znaczenie.

Przedstawiciele zawodów zaufania publicznego zabezpieczają interes społeczny obywateli, pozyskując poufne informacje dotyczących ich życia prywatnego i zawodowego. Tajemnica zawodowa

nie jest przywilejem osób wykonujących zawody zaufania publicznego, ale ich powinnością wobec klientów. Utrata zaufania klientów uniemożliwia należyte i skuteczne wykonywanie zawodu i realizację powierzonej ochrony wolności i praw obywatela. Wydarzenia ostatnich dni i ujawnienie danych dotyczących zdrowia konkretnej osoby przez ministra zdrowia potwierdziły, że ta nieufność ma swoje uzasadnienie.

Samorządy zawodowe, stojąc na straży interesu publicznego, mają poczucie, że zarówno ustawodawca, jak i organy stosujące prawo nagminnie naruszają tajemnicę zawodową, obniżając standard należytej ochrony jednostki. Sprzyja temu m.in. tworzenie regulacji prawnych, które upoważniają coraz szerszą grupę organów i instytucji do dostępu do danych objętych tajemnicą zawodową.

Obowiązkiem władzy państwowej, jest budowanie zaufania do państwa i jego instytucji. Kierując się troską o dobro wspólne, domagamy się od przedstawicieli władz poszanowania tajemnicy zawodowej, a tym samym przestrzegania zasad demokratycznego państwa prawa.

r.pr. Agnieszka Gajewska-Zabój

*Sekretarz Ogólnopolskiego Porozumienia
Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego*

(-) r.pr. Włodzimierz Chróścik

*Przewodniczący Ogólnopolskiego Porozumienia
Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego*



Informacja OPRZoz



Warszawa, dnia 4 sierpnia 2023 r. Poz. 1515

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 lipca 2023 r.

w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami określa załącznik do rozporządzenia.
2. Do pracowników, których kwalifikacje są określone przez odrębne przepisy, stosuje się rozporządzenie w zakresie nieuregulowanym tymi przepisami.

§ 2.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1. wyższe wykształcenie medyczne - posiadanie tytułu zawodowego nadawanego absolwentom studiów prowadzonych w uczelniach medycznych albo innych uczelniach, które prowadzą działalność dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, na kierunku przyporządkowanym do dyscypliny nauki medyczne, nauki farmaceutyczne lub nauki o zdrowiu;
2. studia podyplomowe - inną niż studia, kształcenie specjalistyczne, kursy doszkalające, szkolenia, staże, studia doktoranckie i kształcenie w szkole doktorskiej formę kształcenia przeznaczoną dla osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów, trwającą nie krócej niż dwa semestry, organizowaną na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym i nauce;

3. średnie wykształcenie medyczne - wykształcenie, o którym mowa w art. 20 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900), po którego uzyskaniu absolwenci mają kwalifikacje do wykonywania zawodów, dla których ministrem właściwym jest minister właściwy do spraw zdrowia.

§ 3.

1. Pracownik zatrudniony przed dniem wejścia w życie rozporządzenia w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, nieposiadający wymaganych kwalifikacji, może być zatrudniony na dotychczasowym stanowisku lub stanowisku równorzędnym, jeżeli był zatrudniony na tym stanowisku zgodnie z dotychczasowymi przepisami.

2. Na stanowisku laboranta diagnostyki laboratoryjnej albo starszego laboranta diagnostyki laboratoryjnej może być zatrudniony pracownik, który przed dniem 22 lipca 2011 r. był zatrudniony na stanowisku laboranta w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

3. Pracownik posiadający:

- tytuł zawodowy co najmniej licencjata lub inżyniera uzyskany po ukończeniu studiów w zakresie elektroradiologii, rozpoczętych po dniu 30 września 2012 r., obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii oraz co najmniej 5 lat stażu pracy w zawodzie technika elektroradiologa, zatrudniony przed dniem wejścia w życie rozporządzenia na stanowisku technika elektroradiologii w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, albo
- tytuł zawodowy licencjata lub inżyniera uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku elektroradiologia lub na innym kierunku studiów w specjalności elektroradiologia, rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii oraz co najmniej 5 lat stażu pracy w zawodzie technika elektroradiologa, zatrudniony przed dniem wejścia w życie rozporządzenia na stanowisku technika elektroradiologii w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą - może być zatrudniony na tym stanowisku do czasu przeniesienia na stanowisko młodszego asystenta elektroradiologii, jednak nie dłużej niż przez okres 4 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

4. Pracownik zatrudniony przed dniem wejścia

w życie rozporządzenia na stanowisku operatora ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych lub na stanowisku preparatora albo dezynfektora w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą może być zatrudniony na stanowisku operatora procesu dekontaminacji albo na dotychczasowym stanowisku pracy.

§ 4.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896 oraz z 2021 r. poz. 2359).

§ 5.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia
A. Niedzielski





Opinia prawna w przedmiocie kontynuowania wykonywania zawodu

OPINIA PRAWNA W PRZEDMIOCIE

KONTYNUOWANIA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ W TRYBIE ART. 26 UST. 5 USTAWY O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ PO DNIU 1 LIPCA 2023 R.

Prawo

ZAKRES OPINII

Zgodnie z uzyskanym zapytaniem, przedmiotem niniejszej opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy jeżeli pielęgniarka/położna skorzystała już z regulacji art. 26 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej jako „Ustawa”) i przed 1 lipca 2023 r. (dzień odwołania stanu zagrożenia epidemicznego) udzielała świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej przez 3 miesiące, to musi ponownie odbywać przeszkolenie po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy?
2. Czy jeżeli pielęgniarka/położna rozpoczęła wykonywanie zawodu w trybie art. 26 ust. 5 Ustawy przed dniem 1 lipca 2023r. jako dniem odwołania stanu zagrożenia epidemicznego ale nie upłynęły jeszcze 3 miesiące udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej, to kontynuując po dniu 1 lipca 2023 r. wykonywanie zawodu uzyska jego odnowienie?
3. Czy jeżeli pielęgniarka/położna chce po przerwie powrócić do zawodu, to po 1 lipca 2023 r. będzie mogła skorzystać z warunku trzech miesięcy wykonywania zawodu (wskazanego w art. 26 ust. 5 Ustawy) czy też osoba ta będzie zobowiązana odbyć przeszkolenie po przerwie wg. zasad określonych w art. 26 ust. 1 Ustawy?

ANALIZA I ODPOWIEDZI NA PYTANIA

Regulacja art. 26 ust. 5 Ustawy została wprowadzona na mocy ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie



niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych.

Jak wskazano w uzasadnieniu do wprowadzonej zmiany:

Generalnie wprowadza się dwa rodzaje rozwiązań: 1) rozwiązanie stałe, 2) rozwiązanie incydentalne. Ponadto, przepisy projektu ustawy wprowadzają regulację upraszczającą zasady powrotu do zawodu medycznego osobom mającym przerwę w wykonywaniu danego zawodu dłuższą niż 5 lat przez zastąpienie obowiązku odbycia przeszkolenia, wykonywaniem zawodu pod nadzorem innej osoby wykonującej zawód medyczny. Podobne regulacje zostały wprowadzone w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, w stosunku do których samorząd zawodowy powziął decyzję o konieczności szkolenia uzupełniającego przygotowanie zawodowe - w tym przypadku również przeszkolenie to zastępuje się pracą pod nadzorem w pierwszym okresie zatrudnienia.

Oczywiście, podstawą zmian było maksymalne uproszczenie zasad przy zachowaniu niezbędnego poziomu bezpieczeństwa wobec pilnej potrzeby wzmocnienia dotychczasowych zasobów kadrowych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Dlatego, przepis art. 26 ust. 5 wskazanej wyżej ustawy stanowi, że w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii pielęgniarka lub położna, która nie wykonuje zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, jest zwolniona z odbycia przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1 tego artykułu, pod warunkiem, że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej.

Zatem, odpowiadając na postawione pytania:

Ad 1.

Jeżeli pielęgniarka/położna skorzystała już z omawianej regulacji i przed 1 lipca 2023 r. (dzień odwołania stanu zagrożenia epidemicznego) udzielała świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej przez 3 miesiące, to nie musi ponownie odbywać przeszkolenia po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego. Stała się bowiem z mocy prawa pielęgniarką/położną, która powróciła do wykonywania zawodu i przez odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego nie utraci tego statusu. Może kontynuować wykonywanie zawodu.

Ad 2.

Jeżeli pielęgniarka/położna rozpoczęła wykonywanie zawodu w trybie art. 26 ust. 5 Ustawy przed dniem 1 lipca 2023r. jako dniem odwołania stanu zagrożenia epidemicznego ale nie upłynęły jeszcze 3 miesiące udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej, to powinna po dniu 1 lipca 2023 r. kontynuować wykonywanie zawodu celem odnowienia prawa do zawodu, co nastąpi już po dniu 1 lipca 2023 r. Należy w tym przypadku uwzględnić zasadę ochrony praw słusznie nabytych.

Zasada ta wywodzi się z ogólnej zasady państwa prawnego, na równi z dwiema innymi fundamentalnymi zasadami ustrojowymi – państwa demokratycznego i państwa sprawiedliwego. Zasady te są obecnie wyrażone w art. 2 Konstytucji RP.

Na treść tej zasady składa się szereg zasad, które nie zostały ujęte *expressis verbis* w Konstytucji, ale które wynikają z istoty demokratycznego państwa prawnego. Do zasad tych należy zasada ochrony zaufania obywatela do państwa i do stanowionego przez nie prawa, z której wynikają liczne dalsze zasady szczegółowe, m. in. zasada poszanowania praw nabytych. U podstaw poszanowania praw nabytych znajduje się dążenie do zapewnienia jednostce bezpieczeństwa prawnego i umożliwienia jej racjonalnego planowania przyszłych działań.

Pielęgniarka/położna, która przed dniem 1 lipca 2023 r. zaplanowała, że po przerwie w wykonywaniu zawodu chce do niego powrócić i rozpoczęła już udzielanie świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej, ma prawo skorzystać z uproszczonej drogi do odnowienia prawa do zawodu na mocy art. 26 ust. 5 Ustawy. Korzysta bowiem w tym przypadku z prawa nabytego w czasie stanu zagrożenia epidemicznego.

Ad 3.

Natomiast w sytuacji, gdy pielęgniarka/położna nie rozpoczęła do dnia 1 lipca 2023 r. wykonywania zawodu wskazanego w art. 26 ust. 5 ww. ustawy pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej to będzie zobowiązana odbyć przeszkolenie po przerwie wg zasad określonych w art. 26 ust.1 Ustawy bowiem przepis art. 26 ust. 5 Ustawy nie będzie miał do niej w ogóle zastosowania jako, że w czasie stanu zagrożenia epidemicznego nie rozpoczęła korzystania z uprawnienia do odnowienia prawa do zawodu.

Opinia prawna dotycząca zrzeczenia się PWZ



Warszawa, dnia 26 maja 2021 r.

PRZYPOMINAMY

Opinia prawna w sprawie skutków prawnych złożenia przez pielęgniarkę albo położną oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu oraz możliwości ponownego ubiegania się o jego przyznanie.

1. Stosownie do postanowień art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2021, poz. 479 – t.j.) prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa w przypadku zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu.
2. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu następuje w formie oświadczenia woli pielęgniarki (pielęgniara) albo położnej składanego do właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Przepisy ustawy o zawodach nie określają trybu, w jakim powinno nastąpić zrzeczenie. W związku z powyższym należy w tym przypadku stosować ogólne zasady dotyczące składania oświadczeń woli wynikające z art. 60 i nast. Kodeksu cywilnego (k.c.).
3. I tak, stosownie do postanowień art. 60 k.c. z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej. W konsekwencji powyższego należy przyjąć, że oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu może nastąpić w dowolnej formie (np. ustnej, pisemnej, elektronicznej), oczywiście pod warunkiem, że możliwa będzie nie tylko rzetelna identyfikacja osoby składającej oświadczenie, ale i treść samego oświadczenia nie

- będzie pozostawiać wątpliwości. Mając na uwadze nie tylko specyfikę, ale i doniosłość prawną oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej, dla celów dowodowych rekomendowaną formą złożenia oświadczenia jest forma pisemna.
4. Zgodnie z art. 61 § 1 k.c. oświadczenie woli, które ma być złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Z kolei oświadczenie woli wyrażone w postaci elektronicznej jest złożone innej osobie z chwilą, gdy wprowadzono je do środka komunikacji elektronicznej w taki sposób, żeby osoba ta mogła zapoznać się z jego treścią (§2). Powyższe oznacza, że zrzeczenie prawa wykonywania zawodu staje się skuteczne z chwilą, gdy zostało skutecznie doręczone adresatowi. Adresatem oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu winna być właściwa miejscowo okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Mając na uwadze, że jest to organ wyposażony w ustawową kompetencję do przyznawania prawa wykonywania zawodu (art. 37 ust. 1 ustawy o zawodach), uznać należy, że organ ten winien być również adresatem oświadczenia woli skutkującego wygaśnięciem prawa wykonywania zawodu.
 5. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na kwestię dopuszczalności odwołania, czy też „cofnięcia” oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu. Otóż, zgodnie z art. 61 § 1 zdanie drugie k.c. odwołanie takiego oświadczenia jest skuteczne, jeżeli doszło jednocześnie z tym oświadczeniem albo wcześniej. Innymi słowy, z chwilą, gdy oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu zostanie skutecznie doręczone (niezależnie od formy doręczenia) do właściwej okręgowej rady, jego odwołanie będzie niemożliwe, a ewentualne próby „cofnięcia” oświadczenia będą prawnie nieskuteczne.
 6. W świetle postanowień art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy o zawodach złożenie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu wywołuje skutek w postaci wygaśnięcia tego prawa. Należy przy tym podkreślić, że skutek ten następuje *ex lege*, bez konieczności dokonywania przez organ jakichkolwiek dodatkowych czynności (np. w postaci zgody na zrzeczenie).
 7. W mojej ocenie wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu powinno zostać stwierdzone uchwałą właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych, zgodnie z art. 31 pkt 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych w zw. z art. 37 ust. 1 ustawy o zawodach. Podkreślenia jednakże wymaga, że uchwała stwierdzająca wygaśnięcie tego prawa ma wyłącznie charakter deklaratoryjny.
 8. Konsekwencją wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu jest konieczność dokonania stosownego wpisu w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych oraz rejestrze pielęgniarek i położnych prowadzonym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych (art. 44 ust. 1 pkt 22 i 24, art. 48 ust. 2 ustawy o zawodach). Należy przy tym pamiętać, że dane są usuwane z rejestru dopiero po upływie 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu tj. od dnia skutecznego złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się tego prawa (art. 43 ust. 5 ustawy o zawodach). Powyższy obowiązek wynika również z § 8 ust. 1 uchwały nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.
 9. Wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu wskutek złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa nie stoi na przeszkodzie ponownemu ubieganiu się przez zainteresowaną (zainteresowanego) o ponowne uzyskanie prawa wykonywania zawodu. Żaden przepis prawa powszechnie obowiązującego nie ogranicza bowiem możliwości ubiegania się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej osobom, które zrzekły się tego prawa. Przeciwny pogląd byłby nie do pogodzenia z konstytucyjną zasadą wolności wykonywania zawodu określoną w art. 65 ust. 1 Konstytucji.
 10. Z uwagi na brak regulacji szczególnych regulujących tryb ponownego uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki należy uznać, że w przypadku ubiegania się o ponowne uzyskanie prawa wykonywania zawodu zastosowanie znajdują zasady ogólne określone w art. 28 i nast. ustawy o zawodach. Wymagane jest zatem przeprowadzenie „nowego” postępowania w przedmiocie przyznania prawa wykonywania zawodu. Podkre-

ślenia przy tym wymaga, że właściwy organ obowiązany jest dokonać ponownej weryfikacji spełnienia przez osobę zainteresowaną przesłanek uzyskania prawa wykonywania zawodu. Ewentualne ustalenia poczynione w postępowaniu „pierwotnym” są nierelevantne z punktu widzenia ponownego wniosku o przyznanie prawa i niedopuszczalne jest ewentualne oparcie się przez organ na ustaleniach z postępowania „pierwotnego”.

Bartłomiej Achler
adwokat



Stanowisko Komitetu Bioetyki PAN

Stanowisko Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk nr 1/2023 z dnia 25 lipca 2023 roku w sprawie ochrony życia i zdrowia kobiet ciężarnych.

Komitet Bioetyki apeluje do wszystkich lekarzy, położnych i pielęgniarek oraz osób wykonujących inne zawody medyczne, a także do osób zarządzających podmiotami leczniczymi o przestrzeganie praw pacjentek ciężarnych, zapewnienie im maksymalnego bezpieczeństwa zdrowotnego w trakcie ciąży i porodu oraz o zapewnienie kobietom realnego i bezzwłocznego dostępu do aborcji w sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla ich życia lub zdrowia, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

Komitet Bioetyki apeluje ponadto do organów samorządu lekarskiego i samorządów innych zawodów medycznych oraz do przedstawicieli administracji systemu ochrony zdrowia o podjęcie natychmiastowych działań, które zapobiegą kolejnym tragediom na polskich oddziałach położniczo-ginekologicznych.

Trzeba natychmiast zatrzymać narastającą spiralę strachu i nieufności między ciężarnymi pacjentkami a lekarzami i pozostałym personelem medycznym. Kobiety muszą mieć pewność, że - gdy zajdzie taka potrzeba - otrzymają szybko niezbędną pomoc



medyczną; że lekarze oraz cały system ochrony zdrowia będą ratować ich życie i zdrowie wszystkimi dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przepisami prawa, zasadami etyki medycznej oraz z należytą starannością. Pacjentki muszą ufać profesjonalizmowi i bezstronności lekarskiego osądu.

Aby tak się stało, lekarze, położne i pielęgniarki oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych - indywidualnie i zbiorowo uchwałami samorządów zawodowych i stowarzyszeń medycznych - muszą głośno i stanowczo potwierdzać przywiązanie do naczelnego nakazu etycznego, jakim jest ochrona życia i zdrowia każdego pacjenta, także kobiety ciężarnej. Muszą solidarnie przeciwstawić się wszelkiej presji politycznej, światopoglądowej czy ideologicznej, która niszczy ich integralność etyczną i profesjonalną oraz podważa społeczne zaufanie do ich zawodów. Muszą działać zgodnie z wiążącymi ich zasadami etyki zawodowej i przepisami prawa, nie ulegając naciskom ultrakonserwatywnych organizacji i grup interesów. Organizacje tego typu usiłują pozbawić kobiety dostępu do legalnej aborcji także w sytuacji, gdy ciąża zagraża ich życiu lub zdrowiu, m.in. szkalując i zastraszając osoby wykonujące legalne zabiegi przerwania ciąży oraz propagując restrykcyjną i niezgodną z literą prawa wykładnię obowiązujących w Polsce przepisów dotyczących przerywania ciąży.

Komitet Bioetyki podziela przekonanie, że śmierć Pani Izabeli w szpitalu w Pszczynie, śmierć Pani Justyny w szpitalu w Wodzisławiu Śląskim, śmierć Pani Agnieszki z Częstochowy i śmierć Pani Doroty w szpitalu w Nowym Targu oraz dramaty innych anonimowych polskich kobiet, które doświadczyły komplikacji w ciąży, mają związek z polityką antyaborcyjną obecnego rządu oraz wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku. Komitet wyraził już jednoznacznie negatywne stanowisko na temat tego orzeczenia.

Obowiązujące dziś w Polsce prawo określające warunki legalnego przerwania ciąży jest jednym z najbardziej restrykcyjnych w Europie. Dopuszcza aborcję tylko w dwóch sytuacjach - gdy ciąża stanowi niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, bądź gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (art. 4a ust. 1 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży; dalej „ustawy o planowaniu rodziny”). Niestety, nawet w tym wąskim zakresie, dostęp do legalnej aborcji w Polsce jest bardzo utrudniony, a fundamen-

talne prawa kobiet ciężarnych, w tym prawo do życia i zdrowia oraz prawo do świadczeń zdrowotnych - są bardzo często naruszane. Źródła tego stanu rzeczy są liczne i złożone. Jednym z nich jest brak wystarczającej świadomości lekarzy, a także położnych, pielęgniarek i innych osób wykonujących zawody medyczne, na temat spoczywających na nich obowiązków etycznych i prawnych.

Dlatego też Komitet Bioetyki przypomina lekarzom, którzy podejmują decyzje dotyczące przerwania ciąży, ale także położnym i pielęgniarkom zaangażowanym w opiekę na ciężarnymi, że:

1. Powołaniem oraz podstawowym obowiązkiem moralnym każdego lekarza jest troska o życie i zdrowie pacjenta. Z całą mocą podkreśla to Kodeks Etyki Lekarskiej: „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem (art. 2 ust. 1). „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego - *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady” (art. 2 ust. 2).

Ta najważniejsza zasada etyki medycznej obowiązuje także położne i pielęgniarki oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej jednoznacznie stwierdza, że położna i pielęgniarka wykonują swój zawód „w celu ochrony zdrowia i życia pacjenta oraz zminimalizowania ryzyka zdarzeń niepożądanych” (art. 2 ust. 3; zob. też art. 7).

2. Lekarz, który świadomie sprzeniewierza się swojemu powołaniu - który zamiast ratować ludzkie życie i zdrowie, swoją beczynnością lub nieadekwatnym działaniem świadomie naraża pacjenta na niebezpieczeństwo śmierci lub uszczerbku na zdrowiu - postępuje w sposób rażąco nieetyczny i bezprawny.

Takiego postępowania nie usprawiedliwia nieznamość prawa, strach przed rzekomymi sankcjami prawnymi lub dyscyplinarnymi, obawa przed ostracyzmem kolegów lub gniewem przełożonych, źle pojęta lojalność wobec pracodawcy, samorządu lekarskiego albo innej instytucji i promowanej przez nią ideologii ani ochrona osobistych

interesów lub przekonań. Uwagi te odnoszą się także do położnych, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych.

3. Polskie prawo jednoznacznie stanowi, że lekarz ma bezwzględny obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). W takich przypadkach lekarz nie ma prawa powołać się na tzw. klauzulę sumienia, czyli przepis art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, uprawniający do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem. Nie ma także prawa nie podjąć albo odstąpić od leczenia pacjenta na podstawie art. 38 tejże ustawy. Oba wskazane przepisy wprost i jednoznacznie wykluczają taką możliwość. Polskie prawo jest tu jednoznaczne: w sytuacji ciężkiego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta ratowanie tych dóbr ma bezwzględny priorytet nad osobistymi przekonaniami i interesami lekarza - nad jego komfortem moralnym i psychicznym czy potrzebą zachowania dobrych relacji z współpracownikami i przełożonymi.

Analogiczne przepisy zawiera ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Stanowi ona, że osoby wykonujące te zawody są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 ustawy). Przysługujące im prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem, nie dotyczy sytuacji, gdy pacjent znajduje się w takim stanie (art. 12 ust. 2 ustawy). Inaczej mówiąc, w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego także położna i pielęgniarka nie mają prawa uchylić się od działania, powołując się na klauzulę sumienia.

Spoczywający na lekarzu, położnej i pielęgniarence obowiązek udzielenia pomocy jest gwarancją realizacji podstawowego prawa każdego pacjenta znajdującego się w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia do natychmiastowego otrzymania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 7 ust. 1 oraz art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

4. Zwłoka w udzieleniu pomocy pacjentowi znajdu-

jącemu się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia może skutkować pociągnięciem lekarza do odpowiedzialności prawnej, w szczególności odpowiedzialności karnej za umyślne bądź nawet nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 Kodeksu karnego), albo za skutek w postaci śmierci pacjenta lub uszczerbku na zdrowiu (zob. art. 155, 156 i 157 Kodeksu karnego w związku z art. 2 Kodeksu karnego). Analogiczne mogą być konsekwencje zwłoki ze strony położnej lub pielęgniarki.

5. Lekarska powinność udzielenia pomocy pacjentowi w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia dotyczy wszystkich pacjentek i pacjentów, a zatem także pacjentek w ciąży. Życie i zdrowie kobiet ciężarnych ma taką samą wartość jak życie i zdrowie pozostałych pacjentów. Życiu i zdrowiu kobiet ciężarnych należy się zatem równie silna ochrona, co analogicznym dobrom innych pacjentów. Stanowisko to jednoznacznie podziela polski ustawodawca, o czym poniżej.
6. Na gruncie obowiązujących przepisów prawa, lekarz ma obowiązek i prawo ratować życie lub zdrowie kobiety ciężarnej, nawet kosztem życia i zdrowia płodu. Wniosek ten wynika, po pierwsze, z przepisu artykułu 157a § 2 Kodeksu karnego, który jednoznacznie stanowi, że nie popełnia przestępstwa lekarz, który doprowadza do naruszenia zdrowia płodu, jeśli „uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego”. Oznacza to w szczególności, że lekarz nie ma prawa odmówić ciężarnej pacjentce pomocy medycznej tylko dlatego, że medycznie wskazana i jednocześnie konieczna terapia wiąże się z ryzykiem dla zdrowia płodu. Przeciwnie, ma obowiązek zaproponować jej takie leczenie, wyjaśnić jego potencjalne korzyści oraz wiążące się z nim ryzyka (zarówno dla niej samej, jak i dla płodu), i jeśli kobieta zgadza się na terapię, przeprowadzić leczenie zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i z należytą starannością. W każdej takiej sytuacji lekarz winien mieć na uwadze także zdrowie płodu (art. 37 Kodeksu Etyki Lekarskiej), ale powinien pamiętać, że priorytet ma życie i zdrowie ciężarnej. Po drugie, powyższy wniosek wynika z przepisu art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, który pozwala lekarzowi legalnie przerwać ciążę, gdy ta „stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia

kobiety ciężarnej”.

7. Obowiązująca w Polsce regulacja terminacji ciąży w celu ratowania życia lub zdrowia ciężarnej obrosła wieloma mitami, przekłamaniami i nadinterpretacjami. Przyczyniają się one do niewykonywania lub opóźniania wykonania przez lekarzy zabiegów przerwania ciąży, w sytuacji, gdy jej kontynuacja zagraża życiu lub zdrowiu kobiety. Komitet Bioetyki uważa zatem za konieczne szczegółowe wyjaśnienie treści tych przepisów.
8. W świetle obowiązujących przepisów prawa istnieją dwie niezależne przesłanki uzasadniające przerwanie ciąży w celu terapeutycznym: (i) ciąża zagraża życiu kobiety ciężarnej; (ii) ciąża zagraża zdrowiu kobiety ciężarnej. W przepisie art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny ustawodawca posłużył się spójnikiem alternatywy nierozłącznej „lub”, co nie pozostawia wątpliwości, że - na równi z zagrożeniem życia - wystarczającą podstawę do legalnego przerwania ciąży stanowi okoliczność, że kontynuowanie ciąży niesie ze sobą zagrożenie dla zdrowia kobiety. Nie ma podstaw, aby twierdzić, że zabieg ten jest dopuszczalny tylko dla ratowania życia ciężarnej.
9. Aborcja jest zabiegiem dopuszczalnym i wskazanym zarówno, gdy kontynuacja ciąży zagraża zdrowiu fizycznemu kobiety, gdy stanowi niebezpieczeństwo jednocześnie dla jej zdrowia fizycznego i psychicznego, jak również wtedy, gdy stanowi zagrożenie jedynie dla jej zdrowia psychicznego. Cytowany przepis ustawy posługuje się ogólną kategorią zdrowia, która obejmuje zarówno zdrowie fizyczne, jak i zdrowie psychiczne. Obie sfery ludzkiego zdrowia są równie ważne i cenne. Podkreśla to polski ustawodawca m.in. w preambule do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która stwierdza, że „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”.
10. Przerwanie ciąży jest zabiegiem dopuszczalnym i wskazanym, gdy jej kontynuacja zagraża życiu lub zdrowiu kobiety, przy czym zagrożenie to nie musi być nagłe, krytyczne, ani bezpośrednie. Ustawodawca celowo nie określił pojęcia zagrożenia, pozostawiając jego ocenę profesjonalnemu osądowi lekarskiemu, opartemu na wskazaniach aktualnej wiedzy medycznej. Zagrożenie dla zdrowia kobiety stanowiące wskazanie do przerwania ciąży musi jednak przekraczać zwykłą miarę ryzyka

i uciążliwości, jakie wiązą się z każdą niepowikłaną ciążą. Powinno mieć postać stanu chorobowego (istniejącego wcześniej i tylko nasilonego w czasie ciąży albo wywołanego przez samą ciążę). Wniosek ten wynika także z treści rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, w którym mowa jest o „rodzaju choroby kobiety ciężarnej” (§ 2 ust. 1).

11. Wystąpienie okoliczności, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety, stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety (art. 4a ust. 5 zd. 1. ustawy o planowaniu rodziny). Jest to jedyny przepis ustawy, który wskazuje na znaczenie bezpośrednio niebezpieczeństwa grożącego życiu kobiety. Okoliczność, że ciąża stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia kobiety może stwierdzić ten sam lekarz, który przeprowadzi zabieg terminacji ciąży. Bezpośrednie zagrożenie życia ciężarnej jest zatem przesłanką do natychmiastowego działania, z pominięciem obowiązku uzyskania opinii innego lekarza.
12. Do potwierdzenia wystąpienia okoliczności, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety wymagane jest tylko jedno orzeczenie lekarza specjalisty. Zgodnie z przywołanym wyżej rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r., wystąpienie okoliczności uzasadniających przeprowadzenie aborcji w celu terapeutycznym „stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej” (§ 2 ust. 1). Ustawodawca użył liczby pojedynczej („lekarz”), a zatem nie ma żadnych podstaw prawnych, aby uzależniać możliwość przeprowadzenia terminacji ciąży od uzyskania orzeczeń dwóch albo większej liczby lekarzy. Dotyczy to także orzeczeń psychiatrycznych. Jeśli ciąża ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne kobiety (np. nasila zaburzenia psychiczne albo - jak to się często zdarza w przypadku diagnozy ciężkiej wady płodu - wywołuje lub pogłębia depresję bądź jest źródłem stresu pourazowego), do legalnego wykonania aborcji wystarczające jest jedno orzeczenie lekarza psychiatry stwierdzające, że ciąża zagraża zdrowiu psychicznemu ciężarnej.

Nie ma przy tym znaczenia, czy stwierdzona choroba (fizyczna lub psychiczna) da się leczyć, ponieważ ustawa nie uzależnia możliwości przerwania ciąży od braku możliwości leczenia ani w ogóle o tym nie stanowi. Jest to celowe, ponieważ każda decyzja w sprawie poddania się leczeniu powinna być podjęta w sposób swobodny, a nie wymuszony np. odmową przerwania ciąży zagrażającej zdrowiu. Ponadto, każde leczenie może zakończyć się niepowodzeniem, a trwanie ciąży zagrażającej życiu lub zdrowiu coraz bardziej zwiększa ryzyko dla zdrowia kobiety. Rokowanie w takich okolicznościach jest zawsze niepewne i ostateczna decyzja w sprawie utrzymania bądź przerwania ciąży rozstrajającej zdrowie należy do pacjentki.

13. Jeśli właściwy lekarz specjalista wydał orzeczenie stwierdzające, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety, treść tego orzeczenia nie może być kwestionowana przez lekarza, który ma dokonać przerwania ciąży. W szczególności, lekarz mający przeprowadzić aborcję nie może go zignorować, zmieniać w oparciu o własne ustalenia, czy domagać się od kobiety poddania się dodatkowym badaniom albo uzyskania opinii innego lekarza. Lekarz, który ma przerwać ciążę, może odmówić wykonania tej procedury tylko ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, tzn. tylko wtedy, gdy terminacja ciąży w danym momencie wiązałaby się z większym ryzykiem dla życia lub zdrowia kobiety niż kontynuowanie ciąży.
14. Przepisy prawa nie wprowadzają żadnych ograniczeń czasowych dla dopuszczalności przerwania ciąży z powodu zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. Oznacza to, że w razie wystąpienia takiego zagrożenia i gdy jest to medycznie wskazane, legalnej aborcji można dokonać na każdym etapie ciąży.

Granice czasowe dopuszczalności wykonania aborcji są albo były zastrzeżone w przypadku pozostałych przesłanek dopuszczalności aborcji. Przerwanie ciąży, co do której zachodzi uzasadnione podejrzenie, że powstała w wyniku czynu zabronionego, jest dopuszczalne do 12 tygodnia ciąży (art. 4a ust. 2 ustawy o planowaniu rodziny). Uchyłona przez Trybunał Konstytucyjny możliwość przerwania ciąży w sytuacji, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, zakładała dopuszczalność terminacji ciąży do mo-

mentu osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety.

15. Przerwanie ciąży w celu ochrony życia lub zdrowia kobiety powinno być przeprowadzane w szpitalu (art. 4a ust. 3 ustawy o planowaniu rodziny), ale w stanie wyższej konieczności, gdy zagrożenie jest bezpośrednie i nie można uzyskać świadczenia w szpitalu, aborcję można wykonać także ambulatoryjnie.
16. Warunkiem legalności przerwania ciąży jest zawsze zgoda kobiety ciężarnej udzielona zgodnie z przepisami ustawy. W sytuacji, gdy kontynuacja ciąży zagraża życiu lub zdrowiu kobiety, lekarz ma obowiązek poinformowania kobiety o możliwości przerwania ciąży. Oznacza to, że lekarz powinien poinformować pacjentkę o jej stanie zdrowia, o wskazaniach do legalnego przerwania ciąży oraz o przebiegu, ryzykach i korzyściach związanych z tą procedurą. Ponadto - gdy nie zachodzi stan bezpośredniego zagrożenia życia - powinien wydać jej skierowanie na badania do lekarza specjalisty właściwego do wydania orzeczenia potwierdzającego występowanie okoliczności uzasadniających przerwanie ciąży. Kobieta powinna ponadto otrzymać rzetelną, przystępną i wszechstronną informację o innych opcjach terapeutycznych oraz o związanych z każdą z nich potencjalnych korzyściach i ryzykach dla niej i dla płodu.

Lekarz ma obowiązek uszanować świadomą decyzję kobiety o kontynuowaniu ciąży, nawet gdy ta stwarza bardzo wysokie ryzyko dla jej życia lub zdrowia. Kobiecie zawsze należy się pełna i rzetelna informacja na temat szans na donoszenie ciąży i pomyślny poród. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy do zagrożenia zdrowotnego dochodzi na wczesnym etapie ciąży i jest rzeczą praktycznie niemożliwą, aby płód przeżył poza organizmem matki. To do kobiety ciężarnej należy decyzja, jak w takiej sytuacji postąpić. Samowolna decyzja lekarska o zwlekaniu z propozycją lub wykonaniem terminacji ciąży, mająca na celu zwiększenie szans płodu na przeżycie kosztem zwiększającego się niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia kobiety, jest naganna i może być karalna.

17. Na koniec Komitet Bioetyki pragnie podkreślić, że niedopuszczalne jest, aby cały podmiot leczniczy odmawiał wykonywania aborcji, powołując się na rzekomą „instytucjonalną klauzulę sumienia”. Polskie prawo nie zna takiej instytucji. Posiadanie sumienia jest wyłączną cechą osoby ludzkiej. Fir-

my, stowarzyszenia oraz instytucje sumienia nie posiadają, a tym samym nie mogą powoływać się na obiekcje sumienia. Komitet Bioetyki wypowiedział się już w tej sprawie w stanowisku z 2013 r. Każdy świadczeniodawca, który podpisał kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług w zakresie ginekologii i położnictwa, ma prawny obowiązek udzielać wszystkich świadczeń objętych tym kontraktem, także świadczeń przerwania ciąży. Jeśli wszyscy lekarze pracujący w danym podmiocie leczniczym, powołując się na art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, uprzedzając informując pracodawcę, że ze względów światopoglądowych nie będą wykonywać terminacji ciąży, zarządzający podmiotem leczniczym ma obowiązek podjąć stosowne kroki organizacyjne i prawno-administracyjne, aby zagwarantować pacjentkom bezwzględny i realny dostęp do tego świadczenia.

Ponownie i stanowczo podkreślić należy, że niezależnie od zasad organizacyjnych w podmiocie leczniczym - sprzeciw sumienia nigdy nie uprawnia lekarza do odmowy przeprowadzenia terminacji ciąży, gdy pacjentka znajduje się w sytuacji, o której mowa w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tj. gdy zwłoka w przerwaniu ciąży mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Również położna i pielęgniarka nie mają prawa odmówić udziału w procedurze przerwania ciąży ze względu na obiekcje sumienia, gdy zwłoka w terminacji ciąży mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego kobiety ciężarnej.

Sytuacja kobiet ciężarnych jest dziś bardzo trudna. W świetle tragicznych doniesień medialnych, zrozumiałą jest ich lęk i brak zaufania wobec lekarzy, położnych i całego systemu ochrony zdrowia. Nietatwa jest jednak także sytuacja wielu lekarzy, którzy podejmując decyzję o ratowaniu życia lub zdrowia ciężarnej kosztem życia lub zdrowia płodu, muszą mierzyć się z dezinformacją na temat przysługujących im praw i obowiązków zawodowych, strachem przed rzekomymi konsekwencjami prawnymi lub dyscyplinarnymi albo obawą przed innymi konsekwencjami społecznymi. Komitet Bioetyki ma nadzieję, że niniejsze stanowisko pomoże przedstawicielom zawodów medycznych nie ulegać fałszywym interpretacjom, presji i zastraszaniu, lecz działać zawsze zgodnie z powołaniem zawodów medycznych i przepisa-

mi obowiązującego prawa. A tym samym, że stanowisko to przyczyni się do lepszej ochrony życia i zdrowia ciężarnych pacjentek.

Stanowisko wyraża poglądy Komitetu i nie powinno być utożsamiane ze stanowiskiem Polskiej Akademii Nauk.

Warszawa, 25 lipca 2023 r.

Komitet Bioetyki PAN przyjął powyższe stanowisko w dniu 25 lipca 2023 roku w drodze głosowania. Za przyjęciem stanowiska głosowało 23 członków i członkiń Komitetu spośród 31 członkiń i członków, którzy wzięli udział w głosowaniu.



Ryzyko ekspozycji zawodowej, a ustawa o jakości

Ryzyko ekspozycji zawodowej a ustawa o jakości – przed nami dyskusja w Senacie.

Najnowsze badania Światowej Organizacji Zdrowia alarmują o narażeniu na ryzyko ekspozycji zawodowej w ochronie zdrowia – tymczasem przepisy ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta nie uwzględniają bezpieczeństwa personelu medycznego.

Przed nami dyskusja w Senacie.

Na całym świecie pracownicy służby zdrowia są narażeni na ryzyko ekspozycji zawodowej, w szczególności na wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV) czy wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV). Najmniejsze nakłucie skóry spowodowane skażoną igłą, innym ostrym narzędziem lub kontakt z krwią lub płynem ustrojowym pacjenta z okiem, nosem, ustami lub nieuszkodzoną skórą pracownika ochrony zdrowia może narazić personel medyczny. Pomimo postępów w zakresie ochrony personelu medycznego, Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że każdego roku ok. 3 miliony pracowników służby zdrowia doświadcza zakłuć lub zranień. Niestety ustawa, która dotyczy bezpieczeństwa i jakości cały czas nie zapewnia odpowiedniego bezpieczeństwa personelowi medycznemu.

Zakłucia i zranienia personelu medycznego

Pielęgniarki i lekarze są narażeni na największą liczbę zakłuć i zranień oraz kontakt z krwią. Ponadto pracownicy laboratoriów i technicy, służby i personel sprzątający, osoby zajmujące się wywozem odpadów medycznych, specjaliści od sterylizacji i inni są narażeni na ekspozycję na krew przed, w trakcie i po użyciu, gdy skażone produkty nie są odpowiednio obsługiwane i usuwane. Zagrożeniom tym można zapobiec, stosując bezpieczne urządzenia, bezpieczną utylizację i stosowanie najlepszych praktyk. Pomimo wysiłków legislacyjnych, regulacyjnych, orzecznictwa i świadomości w wielu krajach, zakłucia i zranienia nadal występują wśród personelu medycznego. Incydenty są często niezgłaszane lub niedostatecznie zgłaszane z powodu stygmatyzacji związanej z tymi chorobami.

„Zapobieganie zranieniom igłą jest kluczowe dla bezpieczeństwa personelu medycznego i pacjentów. Bezpieczne praktyki obejmują stosowanie igieł z mechanizmami bezpieczeństwa, odpowiednie usuwanie i przechowywanie użytych igieł oraz przeszkolenie personelu w właściwych technikach wkłucia. Skuteczne środki zapobiegawcze chronią przed ryzykiem przypadkowych ukłuć i minimalizują potencjalne konsekwencje dla zdrowia” – komentuje Paweł Witt, Przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.

Zakażenia personelu medycznego

Narażenie na patogeny przenoszone przez krew i związane z tym ryzyko zakażenia personelu medycznego jest problemem na całym świecie. W 2019r. Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC) oszacowały, że co roku w Stanach Zjednoczonych dochodzi do 385 000 zakłuć igłami związanych z ostrymi narzędziami. Przeprowadzona przez CDC analiza wykazała, że światowa liczba występowania zakłuć i zranień wśród pracowników służby zdrowia wynosiła 44,5%, z najwyższą częstością występowania zaobserwowaną w Azji Południowo-Wschodniej (58,2%), a następnie 53,5% we wschodniej części basenu Morza Śródziemnego i 41,7% w Afryce, 39,4% w obu. Chociaż, statystyki te odzwierciedlają bardzo poważne obawy dotyczące bezpieczeństwa personelu medycznego, istnieją wyzwania związane w uzyskaniu pełnej i dokładnej sprawozdawczości we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej, a rzeczywista skala problemu może być znacznie większa. Zaniżone zgłaszanie incydentów jest znaczące, a badanie szacuje, że ponad 40% zakłuć nie jest zgłaszanych. Dodatkowo, infrastruktura do gromadzenia danych w placówkach opieki zdrowotnej jest różna. „Zapobieganie incyden-

tom narażenia personelu medycznego na kontakt z krwią ma duże znaczenie dla ochrony ich zdrowia i minimalizowania ryzyka przeniesienia zakażeń. Ważne jest, aby personel był przeszkolony w odpowiednich procedurach higieny i ochrony osobistej, takich jak noszenie rękawiczek ochronnych, masek i okularów. Regularne mycie i dezynfekcja rąk, właściwe postępowanie z materiałami zakaźnymi oraz dostęp do odpowiednich środków ochrony osobistej to kluczowe elementy w zapobieganiu kontaktowi z krwią i minimalizowaniu ryzyka związanych z tym zagrożeń” – komentuje Mariola Łodzińska, Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Obciążenie ekonomiczne związane ze zranieniami ostrymi narzędziami wśród pracowników służby zdrowia w Unii Europejskiej szacuje się od 273 do 1 794 euro na incydent. Niezależne badanie wykazało, że wprowadzenie środków zapobiegania zakłuciom i zranieniom, w tym wyrobów medycznych może znacząco obniżyć te koszty.

Zakłucia igłami

Chociaż 124 kraje mają przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, tylko kilka krajów, tj. Stany Zjednoczone, Australia i państwa członkowskie Unii Europejskiej mają badania, które wykazały znaczną redukcję zakłuć i zranień wśród personelu medycznego. Wdrożenie rozporządzenia w sprawie Wyrobów Medycznych (MDR) w UE ma na celu dalszą ochronę personelu medycznego przed narażeniem na ekspozycję zawodową.

Pandemia COVID-19 i inne sytuacje kryzysowe związane ze zdrowiem publicznym zwiększyły świadomość na temat chorób zakaźnych i ponownie skupiły się na ochronie personelu medycznego przed zagrożeniami w miejscu pracy. Podczas gdy ustawodawstwo dotyczące bezpieczeństwa i inicjatywy edukacyjne mają zasadnicze znaczenie dla ochrony personelu medycznego, należy zrobić więcej, aby złagodzić codzienne zagrożenia, na jakie narażeni są pracownicy ochrony zdrowia podczas opieki nad pacjentami.

„Musimy wdrożyć skuteczne mechanizmy raportowania i nadzoru, regularnie prowadzić działania informacyjne dla interesariuszy, egzekwować zgodność z wytycznymi legislacyjnymi i lokalnymi politykami, a także przyspieszyć wdrażanie bezpiecznych urządzeń zapewniających bezpieczeństwo, aby chronić personel medyczny przed urazami spowodowanymi igłami i narażeniem na kontakt z krwią” – komentuje Paweł Witt, Przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.

Priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości

„Od wielu lat mówimy o jakości w ochronie zdrowia. Jakość przede wszystkim kojarzy się z poprawą stanu zdrowia pacjenta, rokowania, przeżywalności, lepszą opieką. Dla mnie jako lekarza z tym kojarzy się jakość. Ważne jest, aby pamiętać, że jakość opieki zdrowotnej jest bardziej złożona i obejmuje również inne aspekty, takie jak dostępność, bezpieczeństwo, skuteczność i zadowolenie pacjentów. Dobrej jakości opieka zdrowotna powinna być oparta na naukowych dowodach i najlepszych praktykach medycznych, aby zapewnić skuteczne leczenie pacjentom” – komentuje Agnieszka Gorgoń-Komor, Senator RP.

Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta to jeden z najważniejszych dokumentów, który ma na celu wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Rada Ekspertów wciąż postuluje o uwzględnienie zmian, które pozwolą tak zaprojektować system zarządzania jakością i bezpieczeństwem w ochronie zdrowia, aby zdrowie pacjentów i personelu medycznego było najlepiej chronione.

Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

Warszawa, 11 lipiec 2023 rok





Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej

Informacja prasowa, 27 września 2023

Pacjent z NTM w Systemie Opieki Zdrowotnej - raport 2023

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” przy współpracy z Programem Prospołecznym „NTM – Normalnie Życ” opublikowało raport „Pacjent z NTM w Systemie Opieki Zdrowotnej 2023”. To już jego dwunasta edycja. Przy powstawaniu dokumentu wykorzystano bazę wiedzy portalu ntm.pl z lat 2002-2023. Posiłkowano się również danymi udostępnionymi przez szeroko pojęte instytucje administracji publicznej. Raport prezentuje najnowsze dane na temat sytuacji pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Skupiono się w nim na społecznych i ekonomicznych kosztach inkontynencji, polityce refundacyjnej państwa oraz zagadnieniach związanych z opieką długoterminową.

Jakie informacje znajdziemy w raporcie?

Po raz pierwszy w tegorocznym opracowaniu pojawił się rozdział: „NTM jako skutek leczenia onkologicznego”. Odnotowano również istotne wydarzenia, które mają albo wkrótce będą miały istotny wpływ na sytuację osób z inkontynencją w Polsce. Jak co roku raport został przygotowany w oparciu o najnowsze doniesienia z ostatnich 12 miesięcy. Do jego stworzenia autorzy wykorzystali m.in. dane pozyskane z rządowego serwisu www.ezdrowie.gov.pl, na którym publikowane są informacje na temat ochrony zdrowia w naszym kraju, w tym szczegółowe raporty i zestawienia. Ważnym źródłem informacji były także dane pozyskane od Głównego Urzędu Statystycznego oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

- Niestety, po raz kolejny zabrakło bardziej szczegółowych zmiennych obrazujących wydatkowanie publicznych środków przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób



Niepełnosprawnych - mówi Anna Sarbak, prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia „UroConti”.

Ważne wydarzenia z punktu widzenia pacjentów

Autorzy raportu zwrócili uwagę na istotne z punktu widzenia pacjentów wydarzenia. Bez wątpienia jednym z nich było wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które zaczęło obowiązywać od 1 stycznia 2023 roku. W dokumencie określono nowe limity dopłat m.in. dla osób z nietrzymaniem moczu, pacjentów stomijnych, diabetologicznych czy osób z niepełnosprawnościami.

- Zmiany w przepisach nie rozwiązują niestety problemu narastającego współpłacenia ze strony pacjenta. Pacjenci, w tym członkowie naszego Stowarzyszenia, którzy zaopatrują się w sprawdzone i dobre jakościowo produkty, muszą dopłacać nawet wyższą kwotę niż przed zmianą ze względu na wzrost kosztów spowodowany m.in. inflacją. Zapowiadane są co prawda zmiany w limitach finansowych, która mówi o redukcji współpłacenia za środki absorpcyjne osób dorosłych do 20% i u dzieci oraz osób nieletnich do 18 r.ż. do 10%. Czy zmiany te będą wystarczającym rozwiązaniem? Ciężko udzielić jednoznacznej odpowiedzi, z pewnością musimy się z nią wstrzymać co najmniej do czasu publikacji Raportu w 2024 roku. - podkreśla Anna Sarbak.

Podsumowując w raporcie ostatni rok, nie pominęto również pogarszającej się sytuacji ekonomicznej, z którą mierzą się obecnie pacjenci, w tym seniorzy. Z badań opublikowanych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”, której „UroConti” jest członkiem, jasno wynika, że wydatki na leki obciążają budżety domowe prawie 95 proc. osób starszych, a ponad 80 proc. z nich zdarzyło się w ostatnich kilku miesiącach nie wykupić recept z uwagi na ceny medykamentów. Nadzieją dla seniorów może okazać się jednak program bezpłatnych leków dla osób powyżej 65 lat. Stosowne przepisy w tym zakresie wprowadzono 1 września 2023. Bezpłatne zaopatrzenie w leki obejmuje dodatkowo także dzieci poniżej 18 r.ż.

Komunikacja jest kluczowa

Niestety system opieki zdrowotnej ma swoje słabe strony. W Polsce nadal zauważalny jest problem komunikacji na linii pacjent - lekarz i pacjent - pielęgniarka, a co za tym idzie, brak wiedzy chorego na temat profilaktyki i leczenia inkontynencji moczu.

- Duża część osób z NTM nie zgłasza takich dolegliwości lekarzowi pierwszego kontaktu, pielęgniarce czy też urologowi, ginekologowi lub położnej, a z kolei specjaliści medyczni niezbyt często o to pytają. Ma to swoje źródło już na etapie edukacji szkolnej, wykorzystującej program nauczania mocno odbiegający od współczesnych wyzwań obszaru zdrowia publicznego. Dlatego podtrzymujemy rekomendację rozszerzenia działań edukacyjnych, już od szkoły podstawowej, poprzez praktyczne informowanie o metodach profilaktyki oraz dostępnych środkach pozwalających zachować podstawową higienę ciała i utrzymać codzienną aktywność życiową - tłumaczy Anna Sarbak.

Dlatego też ujęte w raporcie konkluzje jasno wskazują na to, że lekarz, pielęgniarka oraz położna POZ powinni posiadać wiedzę z zakresu profilaktyki, diagnostyki, metod leczenia NTM, a także rodzajów i optymalnego doboru środków absorpcyjnych oraz preparatów higieniczno-pielęgnacyjnych, do których dostęp pacjent powinien mieć na wszystkich etapach terapii.

Konieczne jest poszerzanie dostępu do nowych terapii

„UroConti” podtrzymuje również zalecenia wprowadzenia na listę leków refundowanych nowych, sprawdzonych substancji leczniczych o różnych mechanizmach działania, w celu poszerzenia pacjentom możliwości indywidualnego dostosowania terapii. Podczas, gdy w pozostałych krajach Unii Europejskiej rozwija się już leczenie skojarzone, polegające na łączeniu dwóch substancji leczniczych o odmiennym działaniu, w Polsce lekarz przepisujący receptę jest zmuszony w pierwszej kolejności mierzyć się z możliwościami finansowymi pacjenta, zamiast optymalizować terapię. W tym miejscu nie sposób nie

wspomnieć o niezwykle krzywdzącej pacjentów decyzji o nierefundowaniu mirabegronu, który jest jedynym lekiem zarejestrowanym i dedykowanym w II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB). Ta decyzja Ministra Zdrowia spowodowała, że Polska pozostaje jedynym krajem w Unii Europejskiej bez refundacji tego leku.

Od 2019 roku neuromodulacja krzyżowa jest w pełni dostępna jako świadczenie gwarantowane w oddziałach urologicznych i ginekologicznych, jednak tylko dla pacjentów z nietrzymaniem moczu (NTM). Problemem jest brak dostępu do tej terapii u pacjentów z nietrzymaniem kału (NTK). Nasze Stowarzyszenie podkreśla w licznej korespondencji z decydentami, że terapia neuromodulacji nerwów krzyżowych u pacjentów mających problem zarówno z NTM i NTK lub tylko z NTK, którymi zazwyczaj opiekują się proktolodzy, powinna być dostępna w Polsce, tak, jak ma to miejsce w innych krajach europejskich.

Wzmocnić opiekę długoterminową

Eksperci „UroConti” zwracają także uwagę na to, że nadal brakuje rozwiązań systemowych, które wzmocniłyby opiekę długoterminową, w tym opiekę nad pacjentem z NTM.

- Za mało konkretów i zbyt wiele niewiadomych. Tak w mojej opinii kształtuje się obraz prawodawstwa dotyczącego opieki długoterminowej. Widzimy niestety, że w ślad za solidnie opracowanymi rozwiązaniami strategicznymi nie idą projekty aktów wykonawczych, które wychodziłby naprzeciw realizacji wieloletniej strategii państwa i wsparciu efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia - podsumowuje Prezes Stowarzyszenia „UroConti”.

Raport dostępny jest do pobrania na stronie www.uroconti.pl oraz www.ntm.pl.

Kontakt:

Anna Sarbak, Prezes Zarządu Głównego

tel. 884-997-931, e-mail: zg@uroconti.pl



Zjazd szkół rodzenia

Zjazd Szkół Rodzenia „Szkoła Rodzenia na Medal”
www.szkolarodzenianamedal.pl

Sopot, 8-9 grudnia 2023 r.
Radisson Blu Sopot,
ul. Bitwy pod Piowcami 54

SESJA I

Wyzwania skórne dzieci i dorosłych.

SESJA II

Dlaczego szczepienia w ciąży są ważne?

SESJA III

Żywienie w czasie ciąży oraz połogu.

SESJA IV

Konflikt serologiczny a ciąża.

SESJA V

PREGNA EXPERTS wsparcie dla profesjonalisty.
E zdrowie - wsparcie dla profesjonalisty.
Prowadzenie dokumentacji elektronicznej według rozporządzenia.

WARSZTATY:

1. PREGNA EXPERTS wsparcie dla profesjonalisty. PREGNA NAVIGATOR aplikacja dla kobiet w ciąży.
2. Rozwiązania Philips Avent wspierające naturalne karmienie piersią.
3. Kalendarz profilaktyki konfliktu serologicznego.
4. Organizacja zajęć dla ciężarnych - świadczenia położnej POZ, wizyta edukacyjna czy Szkoła Rodzenia.
5. Potrzeby żywieniowe niemowląt i małych dzieci a bezpieczeństwo żywności na podstawie najnowszej publikacji Fundacji Nutricia.
6. Wyzwania skórne dzieci i dorosłych. Bepanthen Baby
7. Zastosowanie srebra w przypadkach nieswoistych stanów zapalnych pochwy i sromu.

Kierownictwo naukowe:

Prof. UM dr hab. **Beata Pięta** (Poznań / Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych Polskie Towarzystwo Położnych

Prof. dr hab. med. **Jerzy Szczapa** Uniwersytet Medyczny (Poznań / Polskie Towarzystwo Neonatologiczne

Wykłady:

8 grudnia (piątek) -10.00 - 17.00

9 grudnia (sobota) -10.00 - 16.00

KOSZTY UCZESTNICTWA:

180 zł. FEE dwa dni wykładów,

warsztaty 120 zł. kolacja 08.12.2023

Nocleg 8/9.12.2023, hotel Radisson Blu Sopot,

- 580 zł. pokój 1 osobowy

- 640 zł. pokój 2 osobowy

TERMIN WPŁAT UPŁYWA 20.11.2023 r.

Biuro Organizacyjne:

Prenatalis Sp. z o.o.

ul. Chopina 11 lok. 3, 85-092 Bydgoszcz

kom. 887 118 118, 887 119 119

tel. 52-5811614, 52-5811615

e-mail: szkolenia@prenatalis.com.pl

www.szkolarodzenianamedal.pl

Konto ING Bank Śląski 55 1050 1139 1000 0090 3027 9393





Studia podyplomowe

Szanowni Państwo,
uprzejmie informuję, że w Instytucie Nauk Prawnych PAN rozpoczął się nabór na kolejną edycję dwusemestralnych Studiów Podyplomowych „**Prawo Medyczne**”. Ich celem jest przekazanie słuchaczom kompleksowej wiedzy na temat polskiego prawa medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów praktycznych. Program Studiów obejmuje 171 godzin dydaktycznych, co umożliwi przedstawienie szerokiego spektrum zagadnień (szczegółową listę proponowanych zajęć przesyłam w załączeniu).

Zajęcia w formie wykładów oraz wykładów z elementami warsztatowymi będą prowadzone w formie zdalnej, co pozwala na uczestnictwo w nich bez konieczności dojazdu do siedziby Instytutu Nauk Prawnych PAN. Zajęcia będą odbywały się raz lub dwa razy w miesiącu (listopad 2023 - czerwiec 2024), w soboty i niedziele.

Termin zapisów upływa 31 października 2023 r.

Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc, o przyjęciu na Studia będzie decydowała kolejność zgłoszeń.

Więcej informacji dostępnych jest na stronie internetowej:

<https://inp.pan.pl/studia-podyplomowe/prawo-medyczne/>.

Dodatkowe informacje można także uzyskać pod adresem poczty elektronicznej:

p.ochman@inp.pan.pl

lub numerem telefonu: **699 856 879**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o upowszechnienie niniejszej informacji.

Łączę wyrazy szacunku,
dr hab. **Paweł Daniluk**, prof. INP PAN Kierownik
Studiów Podyplomowych „Prawo Medyczne”

Program wsparcia psychologicznego



Szanowni Państwo,

Trwa Program Wsparcia psychologicznego kadry medycznej oraz studentów kierunków medycznych.

Dla Użytkowników zapewniamy:

- dostęp do ponad 100 psychologów, psychologów klinicznych i psychoterapeutów w celu świadczenia bezpośredniej interwencji kryzysowej w postaci konsultacji i sesji psychoterapeutycznych
- materiały dydaktyczne w formie cyfrowej
- dostęp do platformy online, która będzie narzędziem realizacji powyższych elementów programu.

W ramach programu powstały poradniki oraz materiały dydaktyczne z zakresu technik relaksacyjnych, które dostępne są na Platformie w module edukacyjnym.



Tematyka materiałów dydaktycznych porusza istotne dla kadry medycznej z punktu widzenia zdrowia psychicznego tematy takie jak:

- sposoby radzenia sobie ze stresem - techniki relaksacyjne Jacobsona czy praktyka mindfulness,
- najczęstsze problemy psychiczne w zawodach kadry medycznej takie jak: depresja, wypalenie zawodowe, fobie i lęki,
- problemy nerwic, somatyzacji i psychosomatyzacji,
- uzależnienia,
- kiedy potrzebuję fachowej pomocy
- asertywność

Materiały edukacyjne mają formę cyfrową i dopasowane zostały do odbioru także przez osoby z ograniczeniami wzrokowymi i słuchowymi. Dostępne są na platformie online w module edukacyjnym.

Do kogo skierowany jest Program Wsparcia psychologicznego kadry medycznej?

Do każdego pracownika medycznego, niezależnie od stażu i typu wykonywanego zawodu medycznego, także do studentów kierunków medycznych, m.in.

- lekarzy i lekarzy dentystów
- pielęgniarek
- położnych
- ratowników medycznych
- fizjoterapeutów
- diagnostów laboratoryjnych
- farmaceutów

Spotkania online są:

- darmowe,
- poufne,
- w pełni dopasowane to potrzeb czasowych kadry medycznej.

By skorzystać w możliwości udziału w programie konieczne jest uprzednie zarejestrowanie się na stronie <https://psychologdlamedyka.pl/>.

Ministerstwo Zdrowia realizuje „Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej” finansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, w ramach Działania 7.1 Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

Pozdrawiam/Regards, **Urszula Szybowicz**
Koordynator Programu wsparcia psychologicznego kadry medycznej
Telefon: +48 697 752 855
Email: kontakt@psychologdlamedyka.pl

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych”

Koleżance Katarzynie Kłopockiej-Rutka z powodu śmierci Ojca najszczerze wyrazy współczucia, wsparcia i otuchy w trudnych chwilach.

Składają Położne ze Szpitala im, św. Łukasza w Tarnowie

„Dla nas nie ma pożegnania. Gdziekolwiek jesteś, na zawsze pozostaniesz w moim sercu.”

Prezydium ORPiP Okręgowej Izby w Tarnowie przekazuje wyrazy współczucia i słowa wsparcia dla Pani Katarzyny Kłopockiej – Rutka z powodu śmierci Taty.

Bożena Grodny- Wilk.
Przewodnicząca ORPiP
Okręgowej Izby w Tarnowie





Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie
zaprasza na:

KURSY SPECJALISTYCZNE

- Endoskopia (listopad 2023)
- Leczenie ran dla pielęgniarek (grudzień 2023)
 - Leczenie ran dla położnych (grudzień 2023)
- Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I (grudzień 2023)
 - Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (grudzień 2023)
 - Szczepienia ochronne dla położnych (grudzień 2023)
- Wykonanie badania spirometrycznego (listopad 2023)
 - Żywienie dojelitowe i pozajelitowe (grudzień 2023)

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE

w promocyjnej cenie dla członków OIPIP w Tarnowie:

- Cewnikowanie pęcherza moczowego (listopad 2023)
- Opieka nad pacjentem z założonym portem naczyniowym (styczeń 2024)

30 zł - członkowie OIPIP w Tarnowie, 60 zł - osoby spoza Izby

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE:

nr tel. 14 696 58 55

e-mail: ksztalcenie@oipiptarnow.pl

W celu zapisania się na kurs prosimy o zalogowanie się i wysłanie wniosku na wybrany termin w Systemie Monitorowania Kształcenia (SMK). Podane miesiące są orientacyjne, termin rozpoczęcia szkolenia zależy od ilości chętnych osób.

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt telefoniczny: 14 696 58 55 lub mailowy: ksztalcenie@oipiptarnow.pl