



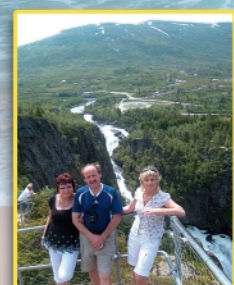
# OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH w Bydgoszczy

KWARTALNIK

Nr 3/2009

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1507-5745



*Wspomnienia z wakacji ...*

**W numerze m.in.: Sprawy Samorządu, Warto przeczytać, Podziękowania**





### Drogie Koleżanki i Koledzy !

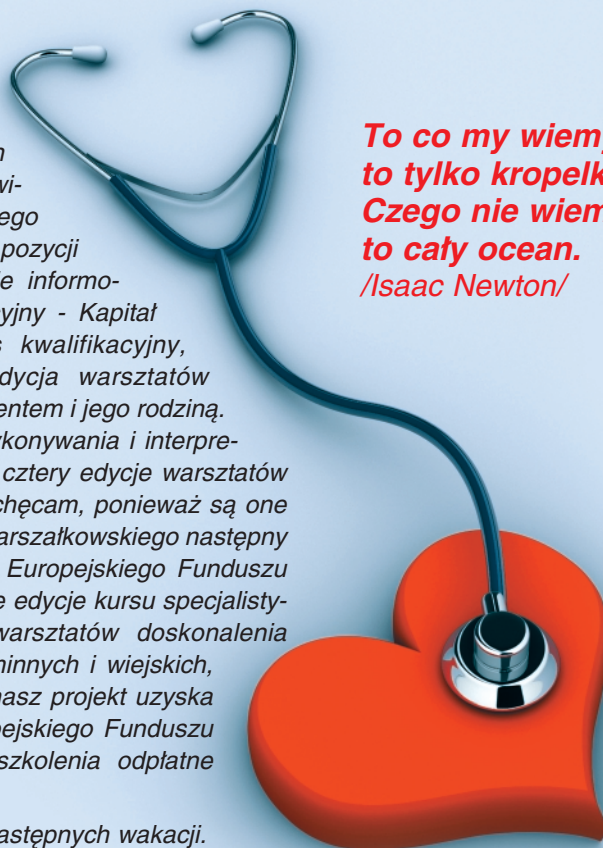


Czas szybko mija, lato już za nami. Wrzesień jest miesiącem w którym rozpoczyna się nauka. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych oraz wykształcenia pozwala nam na większą samodzielność zawodową. Rozwijający się system doskonalenia zawodowego niewątpliwie wpływa na umocnienie naszej pozycji w służbie zdrowia. W poprzednim biuletynie informowałam o realizacji projektu program operacyjny - Kapitał Ludzki. We wrześniu rozpoczął się kurs kwalifikacyjny, pielęgniarstwo ratunkowe oraz szósta edycja warsztatów

doskonalenia umiejętności społecznych niezbędnych w kontakcie z pacjentem i jego rodziną. Pozostały jeszcze jedna edycja kursu specjalistycznego w zakresie wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych oraz cztery edycje warsztatów doskonalenia umiejętności społecznych, do których wzięcia udziału zachęcam, ponieważ są one także wysoko oceniane przez uczestników. Złożony został do Urzędu Marszałkowskiego następny projekt programu operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego na kolejne dwie edycje kursu specjalistycznego EKG, dwie edycje kursu specjalistycznego Resuscytacja Krążeniowo Oddechowa oraz pięć edycji warsztatów doskonalenia umiejętności społecznych. Projekt przeznaczony jest dla ośrodków gminnych i wiejskich, w szczególności dla osób powyżej 45 roku życia. Mam nadzieję, że nasz projekt uzyska akceptację komisji przyznającej środki unijne. Oprócz szkoleń z Europejskiego Funduszu Społecznego Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych organizuje szkolenia odpłatne o których więcej informacji znajdziecie na naszej stronie internetowej.

Życzę wszystkim aby dobra pourlopową energią wystarczyła nam do następnych wakacji.

Z pozdrowieniami  
Ewa Kowalska



**To co my wiemy,  
to tylko kropelka.  
Czego nie wiemy,  
to cały ocean.  
/Isaac Newton/**

### Przewodnicząca Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego **O SOBIE ...**



Jestem absolwentką Liceum Medycznego Wydziału Pielęgniarstwa w Bydgoszczy.

Szkołę ukończyłam w 1990 r. i wraz z koleżankami z klasy podjęłam pracę na stanowisku pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy na świeżo otwartym Oddziale Chirurgii Dziecięcej. Chcąc podnosić swoje wykształcenie w 1999 roku podjęłam studia wyższe. Kończąc studia doskonale już wiedziałam, że to

nie koniec mojego rozwoju zawodowego. W kolejnych latach ukończyłam specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego oraz studia podyplomowe na kierunku „Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia” na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu. Od 2000 roku pracuję na rzecz pielęgniarek i położnych organizując szkolenia w różnych dziedzinach i zakresach. Obecnie zdobywam nowe doświadczenia jako samodzielny koordynator ds. szkoleń pielęgniarek i położnych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy.

Mam wspaniałą rodzinę bez której nic nie byłoby możliwe. Lubię długie spacerować (szczególnie te nad brzegiem morza), wyzwania kulinarne, interesującą książkę i muzykę fortepianową.

Katarzyna Florek

### BIURO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

85-079 Bydgoszcz, ul. T. Kościuszki 27/30-32 VIII p.  
www.oipip.bydgoszcz.pl  
e-mail: izba@oipip.bydgoszcz.pl

Konto: KREDYT BANK S.A Oddział Bydgoszcz  
88 1500 1360 1213 6004 1987 0000  
NIP 554-13-03-482

Centrala:  
tel. 052 372-68-78, 052 372-79-04  
tel. kom. 694-450-057

Biuro czynne:  
poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 7.15-15.00  
wtorek: 7.30-16.30

Kasa biura czynna:  
poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00-14.30  
wtorek: 7.30-16.00

Koordynator ds. szkoleń - tel. 052 362-03-75

Radca prawny OIPiP przyjmuje:  
od wtorku do czwartku: 10.00-15.00  
tel. 052 372-68-78 w.13

DZIAŁ PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
tel: 052 322-07-83  
e-mail: pwz@oipip.bydgoszcz.pl



## Od Redakcji

Szanowne  
Koleżanki i koledzy

*Za nami pora letnich urlopów. Był to czas obcowania z przyrodą, poznawania nowych krajobrazów naszego kraju i różnych zakątków świata. Czas, który mogliśmy spędzić z naszymi rodzinami i przyjaciółmi. Z dala od codziennych problemów i całorocznego stresu. Wypoczynek oraz umiejętność zdystansowania się do problemów związanych z pracą zawodową zapewne przyczynił się do regeneracji naszych sił, aby powrócić do naszych pacjentów, planów zawodowych, nowych wyzwań.*

*Dziękujemy za przesłane do redakcji materiały.*

Wiesława Stefaniak-Gromadka

*Zachęcamy wszystkich członków samorządu do dzielenia się pomysłami dotyczącymi następnych numerów naszego biuletynu.*

*Napisz, a my wydrukujemy:  
podziękowania, gratulacje i inne artykuły*

**Zajrzyj na stronę internetową naszej Izby  
[www.oipip.bydgoszcz.pl](http://www.oipip.bydgoszcz.pl)**

*Dokładamy wszelkich starań, aby treści na niej zawarte,  
były zawsze aktualne i wyczerpujące.*

**Czekamy na Wasze uwagi i opinie.**

### SPIS TREŚCI

#### SPRAWY SAMORZĄDU

Kalendarium

#### WARTO PRZECZYTAĆ

Pielęgniarstwo - powołanie w powołaniu

Determinanty wizerunku pielęgniarki i położnej w krajowym systemie zdrowotnym, a nowe wyzwania w pielęgniarstwie polskim i europejskim

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

#### KOMUNIKATY

#### WARTO WIEDZIEĆ

Odpowiedzi Głównego Inspektora Pracy na pytania Przewodniczących ORPiP

#### OGŁOSZENIE

#### Z ŻAŁOBNEJ KARTY

#### Z NASZEJ PRACY

„Biała Niedziela” na Około

#### PODZIĘKOWANIA

#### WARTO GOTOWAĆ

#### XXXIX KONGRES NAUKOWY

#### KONKURS

**WYDAWCA**  
Okręgowa Izba Pielęgniarek  
i Położnych w Bydgoszczy  
85-079 Bydgoszcz  
ul. T. Kościuszki 27/30 - 32  
tel. 052 372-68-78

**KONSULTACJA REDAKCYJNA**  
Wiesława Stefaniak-Gromadka  
Ewa Kowalska  
Aleksandra Popow

**PROJEKT OKŁADKI**  
Wiesława Stefaniak-Gromadka  
Fotoman

**DRUK**  
Studio Reklamy i Poligrafii  
Fotoman  
85-915 Bydgoszcz  
ul. Gdańska 168  
tel. 052 340-18-41  
[www.fotoman.net.pl](http://www.fotoman.net.pl)

Nakład 2000 egzemplarzy

Redakcja:  
- zastrzega sobie prawo redagowania i skracania materiałów,  
- nie zamówionych materiałów nie zwraca,  
- materiały należy dostarczać na nośnikach elektronicznych - płyta CD  
- wszystkie materiały są objęte prawem autorskim, przedruk materiałów w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej zgody jest zabronione.

Biuletyn BEZPŁATNY dla Członków Samorządu



# Kalendarium

**29 września 2009 - 18 czerwca 2009**

- 18.06.2009 r.** Wiceprzewodnicząca Walde-Maria Iwanowska brała udział w komisji kwalifikacyjnej na kursie w dziedzinie opieki długoterminowej.  
Odbyło się posiedzenie Komisji ds. Położnych.
- 19.06.2009 r.** Przewodnicząca Ewa Kowalska była członkiem Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym.
- 21.06.2009 r.** „Biała Niedziela” na Okolu, w której uczestniczyli członkowie samorządu OIPiP.
- 22.06.2009 r.** Odbyło się posiedzenie komisji ds. środowiska nauczania i wychowania.
- 24.06.2009 r.** odbyły się posiedzenia Komisji socjalnej i rewizyjnej.
- 29.06.2009 r.** Zakończył się egzaminem kurs dla pielęgniarek i położnych resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w którym uczestniczyła Przewodnicząca.
- 02.07.2009 r.** Przewodnicząca Ewa Kowalska brała udział w spotkaniu z pielęgniarkami i położnymi świadczącymi usługi w POZ.
- 07.07.2009 r.** W Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 odbyło się spotkanie Dyrektora ds. pielęgniarstwa wraz z kierowniczą kadrą pielęgniarek i położnych, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Ewa Kowalska.
- 13.07.2009 r.** Odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 15.07.2009 r.** Przewodnicząca Ewa Kowalska brała udział jako obserwator w egzaminie kwalifikacyjnym na specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.
- 21.07.2009 r.** Przewodnicząca Ewa Kowalska brała udział w spotkaniu z Minister Zdrowia Ewą Kopacz w Bydgoszczy. Wiceprzewodnicząca Walde-Maria Iwanowska brała udział w posiedzeniu komisji bioetycznej przy OIL.
- 26.07.2009 r.** W Wojewódzkim Szpitalu dla nerwowo i psychicznie chorych odbyło się postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa psychiatrycznego.
- 08.08.2009 r.** Przewodnicząca Ewa Kowalska brała udział w relacji z pobytu pielęgniarek Arlety Krzemkowskiej (Grecja), Ewy Czajkowskiej (Hiszpania) i Ewy Szymkiewicz (Portugalia) w ramach Międzynarodowego Programu Wymiany Menedżerów Opieki Zdrowotnej HOPE 2009.
- 11.08.2009 r.** Odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 26.08.2009 r.** Odbyło się posiedzenie Komisji Socjalnej w Wojewódzkim Szpitalu dla nerwowo i psychicznie chorych odbyło się postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa psychiatrycznego.
- 01.09.2009 r.** Wiceprzewodnicząca Walde-Maria Iwanowska brała udział na zaproszenie Prezydenta Miasta Bydgoszczy w obchodach 70 rocznicy wybuchu II wojny światowej.
- 08.09.2009 r.** Spotkanie Przewodniczącej Ewy Kowalskiej oraz kierownika ds. szkoleń Katarzyny Florek z wykładami bloku ogólnie zawodowego z pielęgniarstwa ratunkowego.
- 15.09.2009 r.** Wiceprzewodnicząca Walde-Maria Iwanowska brała udział w posiedzeniu komisji bioetycznej przy OIL.
- 15-18.09.2009 r.** Przewodnicząca Ewa Kowalska brała udział w posiedzeniu NRPiP w Jachrance.
- 17.09.2009 r.** Wiceprzewodnicząca Walde-Maria Iwanowska brała udział w spotkaniu z przedstawicielem Federacji Pacjentów w NFZ.
- 18.09.2009 r.** Odbyło się posiedzenie Komisji ds. środowiska nauczania i wychowania
- 24.09.2009 r.** Odbyło się posiedzenie Komisji Socjalnej oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 28.09.2009 r.** Odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.
- 29.09.2009 r.** Przewodnicząca Ewa Kowalska, Wiceprzewodnicząca Walde-Maria Iwanowska, Wiesława Stefaniak-Gromadka brały udział w uroczystości nadania Szpitalowi Uniwersyteckiemu nr 2 tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku”.





## Pielęgniarstwo - powołanie w powołaniu

**„Spałem i śniłem, że Życie jest Radością,  
Przebudziłem się i zobaczyłem, że Życie jest Służbą.  
Zacząłem służyć i zrozumiałem, że Służba jest Radością.”**

U początku pielęgniarstwa jako zawodu, było powołanie do służby choremu człowiekowi. Zarówno w życiu Florencji Nightingale, jak i bł. Matki Teresy z Kalkuty oraz wielu podobnych im, znanych i nieznanymi nam ludzi - wszystko co dobre, szlachetne i trwałe, zaczęło się w sercu człowieka. Nie wszyscy to rozumieją. Tylko ci, którym zostało to dane, wciąż trwają i realizują swe życiowe powołanie, czerpiąc radość ze służby drugiemu człowiekowi.

Jestem siostrą zakonną ze Zgromadzenia Misyjnego Służebnic Ducha Świętego. Naszym głównym charyzmatem jest praca na misjach i modlitwa w intencji misji. Około 3,5 tys. siostr realizuje powołanie zakonno-misyjne w 46 krajach świata, na wszystkich kontynentach. Żyjemy w międzynarodowych wspólnotach i podejmujemy różne działania. Spieszmy wszędzie tam, gdzie cierpi i czeka współczesny człowiek: troszczymy się o biednych, samotnych, chorych, zagubionych duchowo i moralnie. Podnosimy godność kobiet, szczególnie w tych krajach, gdzie jest poniżana oraz pielęgnowujemy i promujemy życie we wszystkich jego formach. Jedną z postug jakie podejmujemy jest praca w zawodzie pielęgniarki.

Wstępując do Zgromadzenia Misyjnego nie wiedziałam, że chcę służyć Bogu i ludziom jako pielęgniarka. Podczas trzynastu lat mego pobytu w Zgromadzeniu dane mi było pomagać w pielęgnowaniu ludzi starszych, a co za tym idzie, schorowanym i umierającym. Przez dwa lata pracowałam jako wolontariuszka w hospicjum i właśnie tam rozumiałam, że chcę zostać pielęgniarką.

Tak zrodziło się we mnie powołanie w powołaniu.

Odkryłam jego piękno, gdy patrzyłam na pracę pielęgniarek i lekarzy, na ich poświęcenie i zaangażowanie. Zrozumi-

miałam, że to jest moje miejsce i że tak pragnę realizować swoje powołanie. Chcę służyć Bogu pochylając się nad chorym człowiekiem. Bardzo długo musiałam czekać na zrealizowanie mojego pragnienia. Dopiero w trzeciej dekadzie życia podjęłam studia pielęgniarskie. Na naukę jednak nigdy nie jest za późno.

Rok temu z dyplomem licencjata pielęgniarstwa rozpoczęłam swoją pierwszą pracę w zawodzie w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy. Pracuję w Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej.

Ktoś kiedyś zapytał mnie: „Czy siostra zakonna może pracować na oddziale Urologii?” A dlaczego nie?. Człowiek w swej integralności został stworzony jako dobry, nie ma w swoim organizmie części lepszych i gorszych. Tam gdzie cierpi człowiek, tam jest moje miejsce. Współczesny model pielęgniarstwa preferuje podejście holistyczne wobec pacjentów, czyli spojrzenie na człowieka z całościowego punktu widzenia. Bardziej niż na odizolowaną funkcję jego organów, patrzy się na jego ciało, duszę, emocje i środowisko w którym żyje. Wiem, że moim dłoniom powierza się chory człowiek, ze swoimi problemami i ufą, że zostanie potraktowany przeze mnie z należnym mu szacunkiem. Ja nie chcę zawieść jego nadziei i pozbawić go prawa do otrzymania niezbędnej pomocy. Bardzo pomaga mi w tym świadomość, że w podobnej sytuacji i ja chciałabym być dobrze potraktowana i nie odrzucona z jakiegokolwiek powodu. Miałam to szczęście, że na początku mojej pracy zawodowej trafiłam na wspaniały zespół pielęgniarek i lekarzy z którymi pracuję. Jestem wdzięczna koleżankom, że potrafiły stworzyć na oddziale tak rodzinną atmosferę. Zawsze mogę liczyć na pomoc i dobrą radę moich

koleżanek pielęgniarek. Zdaję sobie sprawę na podstawie mojego krótkiego doświadczenia, że praca ta wymaga ogromnego wysiłku i poświęcenia. Jak w każdym zawodzie, tak i tu, dochodzi niekiedy do wypalenia zawodowego, do trudnych konfliktowych relacji, do finansowych zależności.

Powołanie do służby człowiekowi trudno nazwać tylko zawodem. Dla mnie pielęgniarstwo jest jednocześnie zawodem i powołaniem. Ten rodzaj służby człowiekowi jest i będzie siłą do pokonywania rutyny, która wkrada się we wszystkie ludzkie poczynania i do przewycięzania zniechęcenia w skutek zwykłego zmęczenia, czy ludzkiej niewdzięczności.

Pomocą do pokonywania trudów dnia codziennego są dla mnie słowa następującej modlitwy:

### Modlitwa pielęgniarki

*Dobry Jezu rozpoczynam kolejny dzień pracy  
Tobie oddaję wszystko: siebie i tych,  
do których mnie pošlesz.  
Ty pochylałeś się nad ludzkim  
cierpieniem i niedolą.  
Pomóż mi naśladować Ciebie  
miłosiernego Samarytanina.  
Niech moje oczy będą otwarte.  
Pomóż mi w każdym chorym dojrzeć  
Twoje cierpiące oblicze.  
Naucz mnie słuchać.  
Niech moje serce potrafi współczuć,  
abym z łagodnością w słowach,  
cierpliwością, uśmiechem skutecznie  
niosła ulgę choremu  
Uwolnij mnie od pośpiechu.  
Daj, abym pamiętała o tym, że ja pielęgniarka  
jestem dla chorego.  
Nie dopuść, abym zaniedbała swoje  
obowiązki.  
Niech dobro chorego będzie  
na pierwszym miejscu.  
Udziel mi także życzliwości i dobroci  
wobec współpracowników.  
Amen.*

s. Alicja Pachla  
lic. pielęgniarstwa

Klinika Urologii Ogólnej Onkologicznej i Dziecięcej  
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza  
w Bydgoszczy.



# Determinanty wizerunku pielęgniarki i położnej w krajowym systemie zdrowotnym, a nowe wyzwania w pielęgniarstwie polskim i europejskim

Wykład inauguracyjny - Warszawa 12-13 maj 2009 r.

„Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim”

dr hab. n. med. prof. UM Anna Ksykiewicz-Dorota  
Kierownik Katedry i Zakładu Zarządzania w Pielęgniarstwie,  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

## Streszczenie

Czynniki wpływające na wizerunek pielęgniarek i położnych można rozpatrywać z wielu punktów widzenia. Dla potrzeb niniejszego artykułu przyjęto koncepcję metodologiczną badań strategicznych - analizę wizerunku poprzez pryzmat metody PEST i SWOT, w których wyodrębnia się kilka determinantów takich jak: czynniki polityczno-prawne, ekonomiczne, socjokulturowe, technologiczne oraz otoczenia zewnętrznego.

Stwierdzono, że pomimo uregulowań prawnych wskazujących na samodzielność zawodów pielęgniarki i położnej, obie profesje mają w praktyce zbyt mały zakres autonomii zawodowej, w stosunku do przygotowania merytorycznego. Udział obu grup w kreowaniu i realizacji polityki zdrowotnej jest zbyt mały. Płatnik przy zawieraniu kontraktów z pracownikami medycznymi nie zawsze kieruje się rachunkiem ekonomicznym. Raczej ogranicza niż popiera funkcjonowanie samodzielnych i grupowych praktyk pielęgniarstkich i położniczych, które gwarantują niższy koszt opieki i większy jej zakres, skierowany do różnych grup pacjentów.

Decydujący wpływ na wizerunek obu grup zawodowych mogą mieć czynniki socjokulturowe, w których poczucie autonomii indywidualnej przypisuje się tradycyjnie lekarzom, oddając tym samym decydowanie, także o pielęgnowaniu - ich kompetencjom.

Przeciwdziałaniem ww. trendom oraz zapewnieniem poszerzenia obszaru decyzyjnego obu grup, mogą być, dobrze przygotowane do zarządzania pielęgniarki pełniące funkcje kierownicze. Wymaga to jednak wyboru zarządzania, jako priorytetu, w kształceniu magistrów pielęgniarstwa przez uczelnie medyczne.

## Wstęp

„Wizerunek” - image (z j. łacińskiego - obraz) oznacza podświadome lub nieświadome wyobrażenie określonej osoby (np. dobrej czy złej matki, troskliwej czy obojętnej pielęgniarki, przyjaznej lub nieempatycznej położnej), wytworzone we wczesnym dzieciństwie lub/ i w czasie pierwszego kontaktu, rzutujące w okresie późniejszym na inne osoby z otoczenia [8, s. 298].

Wielowymiarowe przedstawienie problemu „wizerunku” pielęgniarek i położnych wymaga przyjęcia, jako punktu wyjścia, określonej koncepcji metodologicznej oraz wyboru metod i narzędzi analitycznych, które pozwolą na uporządkowanie czynników determinujących wizerunek obu grup zawodowych oraz zapewnią przejrzystość omawianej kwestii.

## Metody analizy

Autor niniejszego artykułu proponuje wybór dwóch metod analizy strategicznej: analizę PEST i SWOT. PEST jest analizą otoczenia zewnętrznego danej firmy przy pomocy czterech wymiarów: Polityki, Ekonomii, Socjo-

kultury, Technologii [1].

SWOT warunkuje ocenę funkcjonowania danej instytucji pod względem silnych i słabych stron zarówno zasobów ludzkich, zarządzania nimi, zasobów firmy oraz oceny otoczenia, w kontekście zagrożeń i szans dla danej organizacji. Nazwa SWOT powstała od pierwszych liter nazw angielskich tej metody: Strengths - silne strony organizacji; Weaknesses - słabe; Opportunities - szanse w otoczeniu; Threats - zagrożenia [6].

## Wyniki

Pierwszym elementem analizy PEST są *czynniki polityczne oraz uregulowania prawne* dotyczące obu grup zawodowych.

Odnosnie uregulowań prawnych analiza zapisów w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej wskazuje, że oba zawody są samodzielne [9]. Należy zatem postawić pytanie, czy w praktyce krajowego systemu zdrowotnego popiera się czy utrudnia realizację autonomii obu grup zawodowych.

W 1996 r. kiedy pojawiła się szansa organizowania samodzielnych i grupowych praktyk pielęgniarstkich i położniczych, do tej formy funkcjonowania, obie grupy były zachęcane przez wojewodów, bo to z nimi podpisywały kontrakty na świadczenia medyczne. Powstało w wielu regionach kraju sporo dobrze funkcjonujących praktyk obu grup zawodowych. Współpracowały one harmonijnie z praktykami



lekarzy. Zdobyły uznanie wśród pacjentów i ich rodzin.

Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że tę formę samodzielnej działalności gospodarczej podjęły najbardziej rzutkie, zdeterminowane pielęgniarki i położne, nie bojące się samodzielności i odpowiedzialności za swoją pracę.

Wraz z powstaniem w 1999 r. samodzielnego płatnika: Kas Chorych, a później Narodowego Funduszu Zdrowia, dysponenci środków finansowych doszli do wniosku, że należy ograniczać samodzielne praktyki pielęgniarek i położnych, a obie grupy włączyć do praktyk lekarskich, tym samym „zaoszczędzając” pieniądze na opiekę.

Trudno powiedzieć, na jakich analizach ekonomicznych bazowali dyrektorzy płatnika, gdyż dowody przedstawione w dobrych opracowaniach z zakresu ekonomiki zdrowia wskazują, że taniej jest zapłacić pielęgniarkom i położnym za opiekę nad pacjentem, niż powierzać ją lekarzom, których praca jest droższa lub powodować, że pacjenci z powodu braku opieki trafiają na hospitalizację do szpitali [3].

Dowodem na poparcie tezy, że z punktu widzenia ekonomii, a także jakości opieki, lepiej jest zawierać kontrakty na usługi z tańszym pracownikiem, a jednocześnie do tego typu świadczeń dobrze przygotowanym są badania, które przeprowadzono w Nowojorskim Uniwersytecie Medycznym na Wydziale Pielęgniarsko-Położniczym w pierwszej połowie XX wieku (1932 r.).

Badania dotyczyły analizy danych epidemiologicznych nt. zachorowalności i umieralności kobiet w okresie poporodowym, którymi opiekowali się lekarze ogólni, chirurdzy, położnicy oraz pielęgniarki-położne. Wyniki badań nie wykazały, aby która z ww. grup zawodowych miała wyraźnie lep-

sze rezultaty w opiece nad kobietami w położu. Po 20-latach w 1952 r. badania w powyższym zakresie powtórzono na większej próbie. Otrzymano wyniki podobne do badań z lat trzydziestych.

Były one istotne dla poszerzenia autonomii zawodowej pielęgniarek /położnych oraz firm ubezpieczeniowych, które zaproponowały wybór pakietu ubezpieczeniowego dla kobiet droższego (opieka lekarzy) lub tańszego (opieka pielęgniarek/położnych) [2, 4].

Innym zapisem prawnym, zbyt wąskim, jeżeli chodzi o samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2007 r. ws. samodzielnie wykonywanych czynności obu grup zawodowych bez zlecenia lekarskiego.

Z jednej strony ww. rozporządzenie nie uwzględnia nowych umiejętności, które nabywają pielęgniarki/położne od 2000 r. w trakcie studiów licencjackich i magisterskich, z drugiej i tak o samodzielnej czynności pielęgniarka /położna powinna (zgodnie z zapisem w rozporządzeniu) poinformować lekarza [7]. A więc samodzielność jest raczej iluzoryczna.

W odniesieniu do położnych, które powinny sprawować samodzielną opiekę nad fizjologicznym przebiegiem ciąży, porodu, położu oraz nad noworodkiem (i do tych czynności są przygotowywane na studiach położniczych) stosunek jest ambiwalentny.

Z jednej strony przepisy prawne o tych działaniach wspominają (ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej), z drugiej praktyka jest zróżnicowana. W większości szpitali, szczególnie pierwszego i drugiego poziomu referencyjnego w małych miastach opiekę, np. nad rodzącą sprawują lekarze, a położne są pracownikami pomocniczymi. W większych miastach (np. Warszawa) otwartość zarządzających i prawo do autonomii są szerzej

respektowane, gdyż na stronach internetowych wielu szpitali, obok opisu oddziału położniczo-noworodkowego i sali porodowej, są podane nazwiska osób, które przyszlą matkę i jej partnera mogą oprowadzić po oddziale. Jest też legalna możliwość opłacenia (w kasie szpitala) indywidualnej opieki położnej w czasie porodu, znieczulenia na życzenie oraz zapewnienia obecności osoby bliskiej w trakcie porodu. Lista z nazwiskami położnych i ich telefonami jest dostępna na stronach internetowych danego szpitala [12].

Można przyjąć, że taka praktyka jest krokiem we właściwym kierunku, zgodnym z oczekiwaniami kobiet rodzących, trendami krajów rozwiniętych w usamodzielnianiu położnych i ideą konkurencyjności na rynku świadczeń medycznych. Tym bardziej, że dotyczy to szpitali nie tylko prywatnych, ale publicznych, co wpływa na poprawę ich konkurencyjności i wizerunku grupy zawodowej położnych.

Uprzedzając zarzuty ewentualnych oponentów, chcę nadmienić, że w wyżej wspomnianym szpitalu publicznym położne, które za indywidualną opiekę nad rodzącą nie zostały dodatkowo opłacone, realizują w podobnym zakresie opiekę kobietom i są autonomiczne w opiece na fizjologicznym porodzie. Świadczą o tym wpisy kobiet na forach internetowych szpitala, które taką formę opieki położnych akceptują i cenią jej dobrą jakość.

I jeszcze jeden fakt z płaszczyzny polityczno-prawnej dotyczącej autonomii, a właściwie jej braku w organizacji opieki położniczej. Wbrew trendom światowym, gdzie popiera się budowę domów porodowych, w 2008 r. w krajowym systemie zdrowotnym zaprzestano działalność ostatnia izba porodowa w Łędzinach, mimo protestu kobiet, które tam rodziły, społeczeństwa, samych położnych oraz konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego.



W odniesieniu do polityki zdrowotnej uprawianej przez specjalistów w tej dziedzinie, a realizowanej przez rząd i parlament oraz administrację rządową i samorządową można zauważyć, że pielęgniarki i położne w niewielkim zakresie biorą udział w jej kreowaniu [5, 10]. W odróżnieniu od polityki parlamentarnej na polityce zdrowotnej trzeba się znać, gdyż ona jest zarówno dyscypliną naukową, jak i działalnością praktyczną. Zbyt mało pielęgniarek i położnych jest powoływanych do opracowania określonych problemów polityki zdrowotnej w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa np. w zakresie sposobu organizowania świadczeń w opiece nad chorym form organizacyjno-prawnych zakładów opieki zdrowotnej; budowy nowoczesnych struktur organizacyjnych jednostek systemu zdrowotnego; określania autonomii obu grup zawodowych; decydowania o sposobie zarządzania, planowania opieki, zasobów ludzkich oraz rzeczowych w podsystemie pielęgniarstwa, dysponowania budżetem na opiekę pielęgniarską.

Na zbyt mały udział pielęgniarek i położnych w kreowaniu polityki zdrowotnej swoich krajów, zwracali uwagę już w latach 80-tych XX w., pracownicy Narodowego Centrum Badań Pielęgniarskich (NNRC), powstałego w USA. Ich zdaniem należy zintensyfikować badania i przeanalizować badania i przeanalizować czynniki wpływające na zbyt małe zaangażowanie pielęgniarek/położnych w narodową politykę zdrowotną [2, 4].

Drugim elementem analizy PEST są czynniki ekonomiczne otoczenia zewnętrznego, które mają wpływ na sposób funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zarządzanie zasobami pracowniczymi, autonomię zawodową lub jej brak pielęgniarek i położnych, a co się z tym wiąże wizerunek obu grup.

Sytuacja ekonomiczna wymaga stabilizacji kosztów opieki zdrowotnej. W wielu krajach zarządzający rewidują zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników medycznych. Starają się, aby praca była wykonywana jakościowo dobrze, przez pracownika na innym szczeblu organizacyjnym, niż dotychczas, ale dobrze przygotowanego do nowych zadań. Stan ten określony jest w zarządzeniu jako substytucja usług, która oznacza przekazywanie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności z jednego szczebla organizacyjnego na inny. W zakładach opieki zdrowotnej dotyczy to w największym stopniu lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale także innych pracowników, np. ratowników medycznych, rehabilitantów, dietetyków, terapeutów, którym lekarze przekazują część zadań, które dotąd sami wykonywali. W związku z dynamicznym rozwojem technologii medycznych (czwarty czynnik analizy PEST), lekarze po przekazaniu części swoich obowiązków innym, sami mogą zająć się czynnościami bardziej skomplikowanymi, np. obsługą aparatów wysokiej klasy i odczytem wyników, do których trzeba wiedzy i dobrego, często wieloletniego przygotowania.

W zarządzaniu uważa się, że organizacja, w której nie przekazuje się obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności wraz z coraz lepszym przygotowaniem pracowników, staje się mało elastyczna i niekonkurencyjna w stosunku do otoczenia zewnętrznego.

Należy także zaznaczyć, że stabilizacja kosztów opieki i wymóg realizacji zadań w górnym pułapie możliwości pracownika, wymaga, aby pielęgniarki i położne także miały szansę na przekazywanie zadań, które nie wymagają ich wiedzy i umiejętności innym np. pomocom pielęgniarskim, których niestety w krajowym systemie zdrowotnym się nie kształci.

Zadania, do których na dzień

dzisiejszy są dobrze przygotowane pielęgniarki i położne, a które w dobrze zorganizowanej instytucji mogłyby być im przekazane to m.in. badania fizykalne, zlecenia pacjentom badań i wstępna ich interpretacja u chorych długotrwale leczonych u lekarza rodzinnego lub innego specjalisty oraz decyzja, czy pacjent powinien być zbadany przez lekarza, czy np. wystarczy tylko przedłużenie recepty, gdyż stan zdrowia jest stabilny (model pracy lekarza i pielęgniarek rodzinnych w Wielkiej Brytanii). Wskazane byłoby także przekazanie wstępnej diagnozy i „opracowania” stanu pacjenta na izbie przyjęć czy oddziale ratunkowym (z wyjątkiem stanów nagłych). Aby taka sytuacja zaistniała w krajowym systemie zdrowotnym, potrzebne jest przeformułowanie samodzielnie wykonanych zadań w instytucjach zdrowotnych wśród poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, np. w zakresie edukacji, informacji, wsparcia psychicznego, diagnozowania, terapii zgodnie z przygotowaniem zawodowym pielęgniarek i położnych (licencjat, studia magisterskie, specjalizacje), a położnym przekazanie opieki nad zdrową kobietą w ciąży, fizjologicznym porodem, położeniem oraz zdrowym noworodkiem. Z kolei ze strony pielęgniarek i położnych należy oczekiwać pracy taką metodą pielęgnowania, która gwarantuje imienną odpowiedzialność za wyniki opieki u pacjenta, przygotowanie go do samodzielności, zapobieganie powikłaniom i błędom w sztuce oraz dokładne dokumentowanie wszystkich wykonywanych zadań. Taki sposób organizacji pracy zespołów terapeutycznych zapewni nie tylko obniżenie kosztów opieki, ale także jej lepszą jakość, a co się z tym wiąże poprawę wizerunku pielęgniarek i położnych.

Z punktu widzenia ekonomii, kształcenie i doskonalenie specjalizacyjne





pielęgniarek i położnych jest kosztowne, gdyż obejmuje 3-lata studiów licencjackich, 2-magisterskich i 2 lata specjalizacji zawodowej, ukończonej egzaminem państwowym.

I po 7-miu latach nauki, pielęgniarka nie ma żadnych dodatkowych uprawnień, np. do wykonywania szczepień, EKG, przetaczania krwi i środków krwiopochodnych oraz innych czynności, dla potrzeb których musi kończyć dodatkowe kursy specjalistyczne.

Należy to zmienić i w czasie specjalizacji do programu nauczania włączyć zadania, które w chwili obecnej wymagają dodatkowego doskonalenia, opłacanego przez budżet państwa, lub same zainteresowane.

Trzecia grupa czynników w analizie PEST to *czynniki socjokulturowe*, które mają chyba największy wpływ na postrzeganie wizerunku pielęgniarek i położnych, zarówno przez ich najbliższych współpracowników jak i pacjentów, a co się z tym wiąże i społeczeństwo.

Lekarze na studiach oraz z powodu zastanej tradycji są przyzwyczajeni do autonomii klinicznej, gdzie decydują samodzielnie o sposobie diagnozowania, leczenia i efektach terapii wraz z użyciem sprzętu, leków i innych środków o najwyższym poziomie diagnostyczno-terapeutycznym. Autonomii grupowej, która odnosi się do prawa decydowania, co do sposobów organizowania systemu zdrowotnego. Autonomii indywidualnej, czyli decydowania o organizacyjnych elementach pracy, a zwłaszcza samodzielności decyzyjnej poszczególnych członków zespołu terapeutycznego oraz ustalenia: gdzie, kiedy i jak praca ma być wykonana [11]. Wielu specjalistów z zarządzania zasobami ludzkimi w systemach zdrowotnych uważa, że ww. zakres autonomii lekarzy jest przejściowy, gdyż jej ograniczanie jest powodowane stosowaniem narzędzi

finansowych, wzrost znaczenia menadżerów wprowadzających ograniczenia typu koszt/efekt; listą standardowych procedur diagnozowania, leczenia, stosowania standardowych leków, substytucją usług oraz coraz lepszym przygotowaniem innych grup zawodowych. Działania ograniczające autonomię w powyższym zakresie są podejmowane w celu zahamowania eksplozji kosztów i próby zbilansowania przychodów z wydatkami instytucji medycznych.

Dla wizerunku pielęgniarek i położnych istotne jest ograniczenie autonomii indywidualnej, gdyż za zarządzanie zespołami pielęgniarsko-położniczymi powinna odpowiadać pielęgniarka oddziałowa, a na szczeblu strategicznym naczelna /dyrektor ds. opieki pielęgniarskiej. To od ich dobrego przygotowania do organizacji pracy i zarządzania zależy zakres autonomii obu grup zawodowych. Oddziałowa powinna decydować o przyjęciu i zwalnianiu swoich pracowników, motywowaniu, nagradzaniu, karaniu. Od oddziałowej zależy wybór metody pielęgnowania i egzekwowanie odpowiedzialności za wyniki opieki, poprawne planowanie obsad pielęgniarskich, ocena jakości i wykorzystania czasu pracy pielęgniarek i położnych, zalecanie stosowania opieki, analiza obciążeń fizycznych i psychicznych na pielęgniarskich/położniczych stanowiskach pracy, rewizja regulaminów pracy - tak aby były dostosowane do coraz lepszego przygotowania pielęgniarek i położnych, rozliczanie z zadań nie tylko instrumentalnych (*uchwytnych, policzalnych*), a także niematerialnych, jak edukacja czy wsparcie psychiczne. Wymagać powinny także dokumentowania wszystkich czynności, gdyż praca nie udokumentowana nie istnieje.

Od pielęgniarki oddziałowej i naczelnej oraz ich przygotowania do

negocjowania, umiejętności przedstawiania racjonalnych argumentów zależy wielkość budżetu na zakup sprzętu do pielęgnowania pacjentów.

Także marketingowe kreowanie pozytywnego wizerunku pielęgniarek i położnych, nie tylko w instytucji, w której pracują, ale także w społeczności lokalnej.

Powyższe zadania stawiane przed kierowniczą kadrami pielęgniarską, mające ewidentnie decydujący wpływ na wizerunek pielęgniarek i położnych oraz odbiór obu grup w świadomości społecznej i zawodowej powodują, że zasadne jest pytanie o *przygotowanie do zarządzania absolwentów akademickich studiów pielęgniarskich*.

Jako osoba, która kończyła kierunek administracyjny na magisterskich studiach pielęgniarskich oraz nauczyciel akademicki, przygotowujący od przeszło 30-tu lat studentów do zarządzania, mogę z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że od początku reformy kształcenia, czyli od 2000 r. studia nie przygotowują pielęgniarek i położnych do zarządzania, nawet w minimalnym zakresie.

Na studiach licencjackich (według standardów nauczania) jest 15 godzin wykładu z *podstaw organizacji pracy pielęgniarskiej*, na magisterskich 40 godzin *zarządzania w pielęgniarstwie*. O ile studia licencjackie podlegają dosyć restrykcyjnym standardom, o tyle na około 1300 godzin na studiach magisterskich, aż 700/800 godzin, uczelnie mogą kształtować dowolnie.

Zdaniem przedstawicieli Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, nic nie stoi na przeszkodzie, aby w kształceniu akademickim pielęgniarek i położnych pozytywnie się różnić, i tam gdzie jest kadra, zarządzanie realizować w większym wymiarze. Założenia słuszne w teorii, w praktyce się nie sprawdzają. Ponadto, nie są sformułowane jednoznaczne cele



przygotowania do przyszłej pracy zawodowej magistrów pielęgniarstwa/położnictwa.

A przecież to od tej grupy zawodowej będzie się oczekiwać znajomości dobrego zarządzania sektorem świadczeń pielęgniarstwa/położnictwa. Niestety z tak minimalnym wymiarem godzinowym, brakiem zajęć praktycznych i praktyk zawodowych na pielęgniarstwie kierowniczym stanowiskach pracy, za kilka lat, kiedy odejdzie z zawodu kadra lepiej w ubiegłych latach przygotowana do zarządzania - pielęgniarstwu będą organizować pracę i zarządzać nimi absolwenci innych kierunków. I o autonomii zawodowej oraz kreowaniu pozytywnego wizerunku obu grup zawodowych trudno będzie mówić.

Nie chcąc, aby powyższe fakty zabrzmiały zbyt pesymistycznie, pragnę zwrócić uwagę na jeden z bardziej pozytywnych wymiarów wizerunku pielęgniarstwa i położnictwa w zakresie *czynnika socjokulturowego*. Otóż corocznie tygodnik „Polityka” publikuje ranking zawodów najbardziej poważanych społecznie. Druga lista dotyczy zawodów, które gwarantują najwyższy dochód. Do 2006 r. trzy pierwsze miejsca na liście zawodów społecznie poważanych zajmowali: profesor uniwersytetu, lekarz i duchowny. W 2006 r. po raz pierwszy na drugim miejscu po profesorze uniwersyteckim, znalazł się zawód pielęgniarstwa, a na ostatnim byli politycy i biznesmeni, którzy otwierali drugą listę, tę z profesjami gwarantującymi najwyższy dochód.

W badaniach autorów brytyjskich nt. najbardziej pożądanego cech osób opiekujących się nimi, potwierdzonych badaniami autora artykułu na ten temat w krajowych szpitalach (*niepublikowanych*), pacjenci i ich rodziny na trzech pierwszych miejscach wymie-

niali, że osoba opiekująca się, powinna zapewnić poczucie bezpieczeństwa, mieć kompetencje oraz prezentować typ osoby silnej psychicznie. Na te czynniki wskazywali pacjenci i ich rodziny bez względu na rodzaj oddziału, w jakim przebywali, specyfikę choroby, stopień jej zaawansowania oraz rodzice dzieci leczonych na oddziałach pediatrycznych. Starsze dzieci dodawały, że nie lubią jak lekarze i pielęgniarki mają białe i czarne ubrania. Można z tych badań wysnuć wniosek, że oczekiwania pacjentów odbiegają od stereotypowego wizerunku pielęgniarki, kreowanego szczególnie w polskich serialach telewizyjnych.

#### **Podsumowanie**

Tematyka wizerunku pielęgniarstwa i położnictwa w krajowym systemie zdrowotnym na tle wyzwań europejskich może być rozpatrywana z wielu punktów widzenia. Zawężenie tej problematyki do determinantów kształtujących wizerunek oraz przyjęcie koncepcji metodologicznej analizy PEST / SWOT, pozwoliło na wyodrębnienie kilku czynników, które mogą wpływać na kreowanie wizerunku obu grup zawodowych.

Były to czynniki: polityczno-prawne, ekonomiczne, socjokulturowe oraz technologiczne.

Uwzględniono też czynniki otoczenia zewnętrznego oraz doświadczenia innych krajów.

#### **Wnioski**

1. *Uregulowania prawne* funkcjonowania zawodów pielęgniarstwa i położnictwa wskazują na samodzielność obu grup zawodowych. Praktyka płatnika raczej zawęża, niż wspiera organizowanie samodzielnych i grupowych praktyk pielęgniarstwa i położnictwa. Dotyczy to także rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. zadań wykonywanych

samodzielnie przez obie profesje, bez zlecenia lekarza, które z jednej strony przyznaje autonomię, z drugiej poleca poinformowanie lekarza o podjęciu działań.

2. Stwierdza się mały udział pielęgniarstwa i położnictwa w kreowaniu i realizacji *polityki zdrowotnej* krajowego systemu zdrowotnego, nawet w części dotyczącej funkcjonowania podsystemu pielęgniarstwa.

3. Z punktu widzenia zapobiegania eksplozji *kosztów opieki*, wskazane jest poszerzenie autonomii zawodowej pielęgniarstwa i położnictwa, zarówno w lecznictwie stacjonarnym i nie stacjonarnym, jak i w domu chorego. Pomimo wielu analiz ekonomicznych i doświadczeń krajów lepiej zarządzanych, faktyczna autonomia pielęgniarstwa i położnictwa w krajowym systemie zdrowotnym jest zbyt mała.

4. W kreowaniu wizerunku pielęgniarstwa i położnictwa, jako mało samodzielnych w zakresie opieki nad pacjentem/klientem zdrowym i chorym, największe znaczenie wydają się mieć *czynniki socjokulturowe*. W obrębie tych determinantów mieści się akceptacja autonomii indywidualnej lekarzy, jako grupy, która decyduje o organizacji pracy, podziale zadań oraz zakresie samodzielności decyzyjnej innych członków zespołu terapeutycznego.

5. Wpływ na autonomię i samodzielność decyzyjną pielęgniarstwa i położnictwa, a co się z tym wiąże, pozytywny wizerunek wśród pracowników medycznych i społeczeństwa, może mieć dobrze przygotowana do zarządzania kierownicza kadra pielęgniarstwa: pielęgniarki oddziałowe, naczelne/dyrektorzy ds. opieki pielęgniarstwa. Wymaga to jednoznacznego określenia celu magisterskich studiów pielęgniarstwa i położnictwa oraz położenia akcentu na przygotowanie do zarządzania magistrów pielęgniarstwa i położnictwa.





## Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Wśród licznych zadań i trudności, przed których obliczem w swojej pracy stają pielęgniarki jest zespół zaburzeń zachowania określany mianem ADHD. W szczególności pielęgniarki pracujące w środowisku nauczania i wychowania mogą często spotykać na swojej zawodowej drodze dzieci z ADHD oraz ich rodziców. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (z angielskiego ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder) może występować u 3-5% dzieci w wieku szkolnym, częściej dotyczy chłopców niż dziewczynek. U części dzieci może występować sam deficyt uwagi bez nadrucliwości. W opisach wymienionych zaburzeń zachowania możemy napotkać takie pojęcia jak: „zespół hiperkinetyczny”, „zaburzenie hiperkinetyczne”, „nadrucliwość”, „nadaktywność” czy „nadpobudliwość psychoruchowa”. W obowiązującej klasyfikacji ICD-10 występuje termin „zaburzenie hiperkinetyczne”.

Wśród typowych objawów zespołu hiperkinetycznego występują:

- Zachowania nadmiernie impulsywne - wybieganie na ulicę, brawurowa jazda na rowerze, wtrącanie się do rozmowy, nagłe podrywanie się z miejsca. Dziecko raczej biega niż chodzi.
- Nagminne łamanie obowiązujących zasad i obyczajów - wbieganie do różnych gabinetów i pokoi, pomimo częstych przypomnień, że tak nie wolno robić.
- Wymachiwanie rękami, nogami, wiercenie się na krześle w sytuacji, gdy inne dzieci potrafią zachować się właściwie.
- Duża rozpraszalność i przerzutność

uwagi, odbierana przez innych jako brak skupienia, „bujanie w obłokach” czy brak szacunku wobec dorosłych i nauczycieli.

- Wpadanie na różne przedmioty, częste psucie niezliczonej ilości przedmiotów.
- Częste uleganie wypadkom, niepaamięć wcześniejszych „nauczek”.
- Trudności z nauką - dziecko nie przepisuje tekstów z tablicy, zapomina zadania i poznane zasady, szybko się męczy nauką, nie potrafi usiedzieć na lekcji, zdaje się śnić na jawie, ma trudności z pisaniem i czytaniem, zeszyty dziecka są prowadzone w sposób bardzo niedbały.
- Zachowania agresywne, zwłaszcza w sytuacji braku akceptacji i drwin rówieśników.
- Głośne, chaotyczne zachowanie, gadatliwość.
- Nadmierna wrażliwość na dźwięki
- Bałaganiarstwo.
- Kłopoty z zasypianiem, koszmarne sny lub lęki nocne.

Wspomniane wyżej zachowania są bardzo dobrze znane rodzicom i wychowawcom dzieci, a skutki wypadków - pielęgniarkom szkolnym. Gabinet pielęgniarki szkolnej często może być miejscem spotkań z rodzicami dziecka. Wykwalifikowana pielęgniarka powinna umieć właściwie rozpoznać problemy, z jakimi boryka się często ulegający drobnym wypadkom, przypominający głośne, rozgadane „żywe srebro” uczeń. Oczywiście nie wszystkie dzieci przejawiające niektóre z wymienionych objawów muszą cierpieć na zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Trudności z nauką w warunkach szkoły masowej są osobnym tematem do dyskusji.



Istnieje jednak duże prawdopodobieństwo, że również pielęgniarka w zaciszu szkolnego gabinetu może pomóc rodzicom zastanowić się nad „ścieżką”, którą trzeba przejść, aby potwierdzić lub wykluczyć u podepniecznego ADHD. Jeszcze większe doświadczenie mogą mieć rodzice zdiagnozowanych już dzieci, którzy wiedzą, jak bardzo może pomóc psycholog, a kiedy konieczny jest neurolog dziecięcy czy psychiatra. Do takich rodziców należą osoby skupione w BYDGOSKIM STOWARZYSZENIU RODZICÓW DZIECI Z ADHD „KOCHANE DZIECI”.

Polecam pomoc stowarzyszenia, które działa w Bydgoszczy. Zapraszam na stronę internetową [www.dzieciadhd.pl](http://www.dzieciadhd.pl)

Anita Gliszczyńska  
mgr pielęgniarstwa,  
mama 9-letniego Kubusia  
z nadpobudliwością,  
nadrucliwością,  
niezbornością ruchową  
i niedoborem uwagi...



**Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek  
i Położnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych  
w Bydgoszczy  
prowadzi nabór na kursy  
specjalistyczne w zakresie**

1. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych
2. Przygotowanie i podawanie leków p/nowotworowych u dorosłych dla pielęgniarek i położnych
3. Szczepienia ochronne dla pielęgniarek

**Więcej informacji na stronie internetowej [www.oipip.bydgoszcz.pl](http://www.oipip.bydgoszcz.pl)**

Przypominamy, że są jeszcze wolne miejsca na warsztaty z zakresu **doskonalenia umiejętności społecznych niezbędnych w kontakcie z pacjentem i jego rodziną.**



Szkolenie bezpłatne współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Cykl bezpłatnych szkoleń „Doskonalenie umiejętności społecznych niezbędnych w kontakcie z pacjentem i jego rodziną” adresowany do pielęgniarek i położnych, obejmuje tematykę z zakresu zagadnień psychologicznych istotnych w ich pracy. Szkolenia prowadzone są w formie



warsztatów - prezentacja wiedzy przez wykładowców wzbogacona jest bardzo dużą ilością zadań praktycznych, ćwiczeń, testów psychologicznych, pracy w grupach i dyskusji. Zastosowane techniki przekazywania wiedzy sprawiają, że zajęcia mają bardzo aktywny przebieg, są praktyczne, pozwalają na wymianę doświadczeń, poznanie samego siebie oraz trening umiejętności, które w szkołach i na uczelniach nie są kształcone w wystarczającym stopniu. Tematyka kursu obejmuje zagadnienia komunikowania się, asertywności, rozwiązywania konfliktów,



współpracy, przewycięzania sytuacji trudnych, rodzenia sobie z emocjami i stresem - mocno obciążającymi pielęgniarki i położnych. Zakres tematyczny jest bardzo szeroki - poprzez szkolenie od podstaw stopniowo dotykane są coraz trudniejsze tematy - komunikowania się z pacjentem w sytuacjach trudnych, z pacjentem onkologicznym i w opiece paliatywnej.



Szkolenia realizowane są we współpracy z grupą trenerów posiadających wieloletnie doświadczenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych oraz szkoleń dla służby zdrowia i certyfikaty trenerskie. Tematyka szkoleń i stosowane metody uwzględniają specyfikę pracy pielęgniarek i położnych, a równocześnie wiedza i umiejętności nabywane podczas tych warsztatów wykorzystane mogą być nie tylko w pracy zawodowej - ale również pozwalają polepszać relacje osobiste - rodzinne i przyjacielskie, zwiększać energię życiową, wspierać rozwiązywanie problemów osobistych i lepiej radzić sobie z wszechobecnym stresem,

*Maria Anna Łukasiewicz  
kierownik warsztatów*

*Katarzyna Florek  
koordynator ds. kształcenia przy  
OIPiP w Bydgoszczy*

*foto z archiwum OIPiP  
(uczestnicy V edycji warsztatów)*





## Odpowiedzi Głównego Inspektora Pracy na pytania Przewodniczących ORPiP

### 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 wymogom 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. kontrak-*

*tów) 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 są 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?**

**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 zawieranie 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 zatrudnienia 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.

**3. Czy na podstawie kontroli Państwowej Inspekcji Pracy przeprowadzanych w zozach 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.

**4. 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?**

**5. 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?**

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.

**5. 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. ordy-

natora). 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 utrzymanym 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 sie-

dzibę pracodawcy (szczegółowa informacja o siedzibach okręgowych inspektoratów pracy znajduje się na stronie internetowej Państwowej Inspekcji Pracy: [www.pip.gov.pl](http://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. doby 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?**

Uprawnienie 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.

**4. 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 przeznaczanego 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 kształcenia 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 237<sup>9</sup> § 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 realizują 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 24257 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 (nadgarstki, 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 2006 r. - 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. Dozna-

nymi 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 przypadkach 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 modularna 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 niewystarczająca liczba sprzętu pomocniczego ułatwiającego podnoszenie i przenoszenie pacjentów (rolek, mat ślizgowych, podnośników, pionizatorów, mobilnych wózków - wanien) 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 nieznajomości prawidłowych technik podnoszenia i przenoszenia pacjentów powoduje, że przestrzeganie dopuszczalnych norm dźwigania 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 2253 decyzje, w tym:

- 15 decyzji nakazujących wstrzymanie prac,
- 3 decyzje skierowania 4 pracowników do innych prac,
- 1466 wniosków w wystąpieniach,
- 46 mandatów karnych na kwotę 30 550 zł,
- 2 wnioski do sądu grodzkiego

o ukaranie,  
- 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 dźwiganiem 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 stosują 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 2000 r. 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 dozymetr 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 tarczyce).

**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, szczególności 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 minimal-**

**nych 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.





Ustalono 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.

Adecco Poland Sp. z o.o. należy do międzynarodowej korporacji Adecco S.A. - światowego lidera wśród firm doradztwa personalnego, który posiada 7000 placówek w 60 krajach. W Polsce działamy od 1994 roku. Swoją wiedzą i doświadczeniem służymy w ponad 50 lokalizacjach na terenie kraju. W 2007 roku pracę dzięki Adecco Poland znalazło ponad 34 000 osób. Adecco świadczy usługi w zakresie pracy stałej na podstawie wpisu do rejestru agencji zatrudnienia nr 364 /1a.

Aktualnie, dla naszego klienta poszukujemy kandydatów na stanowisko:

## PIELĘGNIARKA PIELĘGNIARZ

Miejsce pracy: **NORWEGIA**

### WYMAGANIA:

- pielęgniarskie wykształcenie wyższe (licencjackie lub magisterskie),
- minimum 2 letni staż na samodzielnym stanowisku,
- gotowość udziału w intensywnym kursie języka norweskiego,
- gotowość do wyjazdu za granicę na dłuższy okres czasu.

### OFERUJEMY:

- pracę w dużych miastach i mniejszych miejscowościach na terenie Norwegii Południowej,
- pomoc w procesie rekrutacji na wszystkich etapach,
- intensywny, profesjonalny kurs języka norweskiego dla pielęgniarek,
- stawka podstawowa 155 NOK brutto / godz. (ok. 77 zł. brutto/godz.); zwiększenie stawki godzinowej po trzech, sześciu i dwunastu miesiącach pracy - za każdym razem o 10 NOK brutto / godz.,
- pomoc w załatwieniu formalności związanych z podjęciem pracy w Norwegii, uzyskaniem norweskiej autoryzacji i pozwoleniem na wykonywanie zawodu w Norwegii.



better work, better life

Zainteresowane osoby  
prosimy o przesłanie CV na adres:

[rzyszow@adecco.pl](mailto:rzyszow@adecco.pl)

lub na adres

Adecco Poland Sp. z o.o.  
ul. Kopernika 8  
35-069 Rzeszów  
tel. 17/ 852 18 13; 853 58 13



*Odeszła od nas  
pozostawiając  
po sobie szacunek  
i wspomnienie  
dobrego człowieka  
i oddanej całym sercem  
swojej pracy Pielęgniarka*

*z głębokim żalem i smutkiem żegnamy  
naszą Koleżankę*

### Śp. Bożenę Janczur

*zmarłą 3 lipca 2009 r  
Serdeczne wyrazy współczucia  
Rodzinie Zmarłej*

*składają Pracownicy Zespołu Żłobków  
Miejskich w Bydgoszczy*

*„Nigdy się już nie spotkamy,  
Nie spojrzymy sobie w twarz,  
Nie podamy sobie dłoni,  
Bo już nie ma Cię wśród nas”*

*z głębokim żalem i smutkiem żegnamy  
Naszą Drogą Koleżankę*

### Śp. Ewę Bayer

*Odeszła od nas pozostawiając po sobie  
wspomnienie dobrego człowieka  
i oddanej pacjentom pielęgniarki  
Rodzinie serdeczne wyrazy współczucia*

*składają  
Koleżanki i Koledzy  
z Kliniki Medycyny Ratunkowej  
Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1  
im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy*



*„Rozłąka jest naszym losem, spotkanie nadzieją”*

**Marzennie Czerniak Pielęgniarce Koordynującej**

**z powodu śmierci Męża Stefana**

*wyrazy najgłębszego współczucia*

*składa*

*Dyrekcja i pracownicy Przychodni Przyjazna w Bydgoszczy*

---

**Pani Annie Koper**

*Zastępcy Dyrektora ds Pielęgniarstwa Centrum Onkologii w Bydgoszczy.*

*Wyrazy głębokiego współczucia*

**z powodu śmierci Ojca**

*składa*

*Przewodnicząca w imieniu OIPiP w Bydgoszczy*

---

*„Całe życie człowieka jest tylko podróżą do śmierci”*

*Seneka*

*Koleżance*

**Sylwii Kocieńskiej Pielęgniarce**

*wyrazy współczucia*

**z powodu śmierci Męża**

*składają*

*koleżanki i koledzy*

*z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ*

---

*„Słowa nie ukoją bólu, ale nas połączą”*

*Wyrazy głębokiego współczucia i kondolencje*

**Janinie Brzezińskiej Pielęgniarce**

**z powodu śmierci Mamy**

*składają współpracownicy*

*z Katedry i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobięcych, Ginekologii Onkologicznej,  
Oddziału Klinicznego Noworodków i Wcześnieaków z Intensywną Terapią Noworodka*

---

*„Nie odchodzi ten, Kto pozostaje w sercu”*

*Koleżance*

**Małgorzacie Pawlik Położnej**

*wyrazy współczucia i kondolencje*

**z powodu śmierci Syna Krzysztofa**

*składa zespół pracowników*

*Oddziału Klinicznego Noworodków i Wcześnieaków z Intensywną Terapią Noworodka*



## „Biała Niedziela” na Okolu

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy oraz Salon Sprzętu Medycznego i Rehabilitacyjnego „Sklepymedyczne.eu”, którego właścicielami są Wiesława i Marek Faściszewscy byli organizatorami „Białej Niedzieli” dla mieszkańców naszego miasta.



21 czerwca już od godziny 10 mieszkańcy Bydgoszczy w pięknej i nowoczesnej scenerii bydgoskiego Biznes Parku przy ul. Kraszewskiego 1, obok siedziby Salonu Sprzętu Medycznego i Rehabilitacyjnego „Sklepymedyczne.eu”, mogli wykonać pomiar ciśnienia krwi, oznaczyć zawartość glukozy. Po wykonaniu tych badań, każdy mógł zasięgnąć fachowej porady pielęgniarek oraz dietetyczki. Ideą takich spotkań z pacjentami jest profilaktyka, gdyż uchwycenie choroby w jej początkowym stadium daje szansę na podjęcie leczenia - niekoniecznie farmakologicznego i pozwala na uniknięcie poważnych powikłań. Pielęgniarki przy-



pominały przybyłym mieszkańcom iż, epidemie chorób miażdżycowych stały się prawdziwą plagą dzisiejszego społeczeństwa. Dzisiejszy sposób odżywiania się przede wszystkim naszych dzieci i młodzieży jest zatrważający - pośpiech, stres, zbyt mała aktywność fizyczna i fast-foody są zabójstwem dla serca.



Niby wszyscy o tym wiedzą, ale nikt tego nie przestrzega, stąd celem każdej takiej akcji jest uświadamianie, uświadamianie i jeszcze raz uświadamianie.

Uczestnicy „Białej Niedzieli” mogli poznać się również ze sprzętem rehabilitacyjnym.

Począwszy od eleganckich i funkcjonalnych łóżek rehabilitacyjnych Burmeier, poprzez wózki: niemieckie Meyra i włoskie Vassilli, kalifornijską linię ortez OPPO, aż po najnowocześniejsze, dynamiczne aparaty

orto-pedyczne amerykańskiej firmy Bledsoe, której „Sklepymedyczne.eu” są na naszym terenie wyłącznym przedstawicielem. Każdy znalazł tu też coś „dla domu”: wygodne poduszki, ciśnieniomierze, glukometry, termometry, podnóżki biurkowe itp. Nową propozycją była pełna oferta profilaktycznych wkładek do obuwia.



zdjęcia z archiwum OIPIP

**Dziękuję wszystkim koleżankom, które wzięły udział w organizacji „Białej Niedzieli”. Mam nadzieję, że w przyszłym roku spotkamy się na podobnych imprezach, wychodząc na przeciw mieszkańcom naszego regionu.**

Ewa Kowalska





Pani  
**Alinie Gołębiowskiej**

Położnej  
przechodzącej na emeryturę  
po 40 latach pracy zawodowej

serdeczne podziękowania  
za wzorową pełną poświęcenia i oddania pracę  
dla pacjentek,

składają  
Naczelną Pielęgniarką Szpitala,  
Położną Oddziałowa  
oraz koleżanki z Oddziału Ginekologii,  
Położnictwa i Patologii Cięży  
Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego  
w Bydgoszczy

**kol. Beacie Kamińskiej - Pielęgniarce Oddziałowej,  
kol. Marii Wilińskiej  
oraz  
wszystkim współpracownikom  
Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii  
Wielospecjalistycznego Szpitala  
im.dr E.Warmińskiego w Bydgoszczy**

składam serdeczne podziękowanie  
za okazaną mi pomoc i życzliwość w czasie choroby mojej mamy

kol. Anna Plucińska

„Są chwile co długo w pamięci zostają  
choć czas upływa, nie przemijają.  
Są też osoby, które poznane  
Nie będą nigdy zapomniane.”

Pani  
**Hannie Kremblewskiej**

Pielęgniarce chirurgicznej i zabiegowej  
Przechodzącej na emeryturę  
po 34 latach pracy

Serdeczne podziękowania  
za wieloletnią współpracę,  
zaangażowanie i życzliwość  
wraz z życzeniami zdrowia  
i pomyślności

składają  
Przełożona Pielęgniarek  
i współpracownicy  
Obwodu Lecznictwa  
w Bydgoszczy SPZOZ





# Warto Gotować

## Ziemniaki w mundurkach i folii - jesienią

Chciałabym zachęcić wszystkich do jesiennego ziemniaczanego gotowania. Tak się składa, że w naszym klimacie na dworze za chwilę zapanuje już iście jesienna pogoda, częsty deszcz, błotna chlapa, plucha. Zimne wieczory i poranki nastrajają naturalnie organizm, który dopomina się ciepłych i sycących dań. Wtedy to ziemniak na dobre króluje na stołach. Staje się składnikiem zawieszistych zup, zapiekanek, klusek i wszystkiego, co po zjedzeniu lekko rozleniwia i wprawia w dobry nastrój.

Bo właśnie ziemniak ma to do siebie, że jego masa węglowodanowa po odpowiednim przyrządzeniu wprowadza nas w stan zadowolenia i sytości. A to lubimy najbardziej. Przecież inaczej gotuje się latem, a zupełnie inaczej jesienią i zimą.

Nie ma chyba drugiego takiego warzywa, które spożywane przez okrągły rok, pozwala nam na elastyczne tworzenie menu. Nie nudzi się i zawsze stwarza nam pole do tworzenia pysznych, sycących i pożywnych dań. Wystarczy troszkę inwencji i możemy z ziemniaków przyrządzić wiele interesujących i niezwykle smacznych potraw.

Jesiennie gotowanie jest cięższe, cieplejsze, często ostrzejsze i bardziej maślane. Ale jesienią i zimą takie smaki są naturalnie pożądane przez organizm i naszą psychikę. W końcu idzie zima a organizm sam wie, co dla niego jest dobre.

Oto garść oryginalnych, bardzo apetycznych przepisów na dania z ziemniaków, zarówno takich, które mogą was zainspirować do ugotowania niedzielnego obiadu dla całej rodziny, jak i szybkiej kolacji.

Najsmaczniejsze i najzdrowsze są ziemniaki jesienią, świeżo wykopane. Właśnie wtedy warto jeść ich dużo, piec je w folii lub gotować w mundurkach. Dzięki temu zachowają najwięcej witamin i składników mineralnych.



## Ziemniaki z bryndzą

**Składniki:** 8 ziemniaków średniej wielkości, 50 g bryndzy, 2 łyżki śmietany, 2 łyżki masła, sól i pieprz.

### Przygotowanie

Ziemniaki umyć i wysuszyć. Owinąć w folię i piec przez godzinę w średnio rozgrzanym piekarniku. Z upieczonych ziemniaków ściąć wierzchy i wydrążyć środek. Mięszs i ścięte czubki utrzeć z masłem, śmietaną i bryndzą.

Doprawić solą i pieprzem. Farszem nadziać ziemniaki. Piec je w piekarniku przez 15 minut w temperaturze 200°C.

## Placek po zbójniku

**Składniki:** 1 kg ziemniaków, 3 jajka, 30 dkg łopatki wieprzowej, 50 dkg surowego boczku, 5 łyżek oleju

5 cebulek, 50 dkg pieczarek, papryka ostra, sól, pieprz, 4 łyżki mąki ziemniaczanej

0,5 kg mąki pszennej, 1 sos pieczeniowy knorr, 1 gęsta śmietana, 1 oscypek

### Przygotowanie

Ziemniaki zetrzeć na drobnej tarce, dodać mąkę ziemniaczaną, pszenną, jajka i wszystko wymieszać. Do rondla włożyć mięso pokrojone w grubą kostkę, podlać olejem, smażyć na wolnym ogniu około 1 godziny, dodać cebulę i pieczarki, podlać wodą i dusić jeszcze pół godziny. Do 1,5 l wody dodać łyżkę papryki ostrej, sól, pieprz i sos pieczeniowy. Dodać do mięsa i zagotować, jeśli jest za rzadkie to podciągnąć zawiesziną z mąki. Z masy ziemniaczanej smażyć duże placki na całej patelni, po przewróceniu przypiec mocniej. Na usmażone placki nakładać farsz i składać na pół, posypywać tartym oscypkiem i dekorować łyżką śmietany.

## Zapiekanka ziemniaczana w stylu włoskim

**Składniki:** ziemniaki, niezbyt tłusta kielbasa, ser żółty, koncentrat pomidorowy, czosnek oregano i bazylią, warzywa: pomidor, kukurydza, papryka, ogórek kiszony

### Przygotowanie:

Ziemniaki ugotować. Podsmażyć kielbasę z cebulką i bazylią. Ugotowane ziemniaki pokroić na plasterki, połączyć koncentratem pomidorowym, lekko wymieszać. W naczyniu żaroodpornym kolejno układać: ziemniaki, podsmażoną kielbasę z cebulką, pokrojone warzywa. Piec około 30 minut. Pod koniec pieczenia posypać żółtym serem i oregano.

**Życzę smacznego!!!**

Katarzyna Florek



## XXXIX KONGRES NAUKOWY POLSKIEGO TOWARZYSTWA UROLOGICZNEGO Poznań 18-20 czerwca 2009r.

Podczas Ogólnopolskiego Kongresu Naukowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego została zorganizowana po raz kolejny Sesja Pielęgniarek Urologicznych, nad którą patronat objęło Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Urologicznych. Z przyjemnością pragniemy poinformować, że Stowarzyszenie zostało zarejestrowane i z wielkim zapałem rozpoczęło swoją działalność.



*Uczestnicy konferencji*

Program Sesji był bardzo urozmaicony. Zawierał m. in. warsztaty, które prowadziły koleżanki z Katedry i Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Pod ich fachowym nadzorem uczestnicy zapoznali się,

w jaki sposób przygotować i podawać lek Eligard, który przeznaczony jest dla pacjentów z hormonozależnym rakiem gruczołu krokowego.

Interesujący był także wykład pani psycholog Marioli Kosowicz nt. Wypalenia zawodowego. Prelegentka nawiązała niesamowity kontakt ze słuchaczami - zmusiła do refleksji, wywołała śmiech, a także łzy wzruszenia. Podała wskazówki jak żyć, pracować i być w pełni szczęśliwym.

Nie zabrakło także referatów, w których koleżanki z różnych oddziałów urologicznych podzieliły się swoimi doświadczeniami, zaprezentowały wyniki badań, które przeprowadziły. Wyróżnienie zdobyły prace - Beaty Łuczak i Doroty Dziuby: „Ekspozycja zawodowa pielęgniarki operacyjnej w zabiegach urologicznych prowadzonych pod kontrolą promieniowania rentgenowskiego” oraz Marzeny Tusk i Marioli Ziętarskiej: „Laparoskopowe operacje pę-



*Prowadzący Konferencję: od lewej mgr Beata Pilarska - sekretarz PSPU, mgr Jolanta Pokoca - prezes PSPU*

cherza moczowego - omówienie zabiegów i nowości w instrumentarium”.

Różnorodna tematyka i forma sesji, możliwość dyskusji i wymiany doświadczeń, miła i koleżeńska atmosfera sprawiły, że z pewnością nie zabraknie nas na kolejnym Kongresie.

mgr Beata Pilarska  
Oddział Urologii  
Szpital Uniwersytecki nr 2  
im.dr Jana Biziela w Bydgoszczy  
Foto: Justyna Karnowska-Deja

## KONKURS

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
ogłasza konkurs na projekt sztandaru  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Bydgoszczy.**

Opis sztandaru - elementy, które powinny być zawarte w projekcie:

- Wymiary 100x100
- awers - logo OIPIP • rewers - godło Polski

## NAGRODA CZEKA





**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

# Doskonał swoje umiejętności

**Przyjdź  
do nas na:**

**Warsztaty w zakresie  
doskonalenia umiejętności  
społecznych niezbędnych  
w kontakcie z pacjentem  
i jego rodziną.**

**Kurs specjalistyczny  
„wykonanie i interpretacja  
zapisu EKG”**

**Kurs kwalifikacyjny  
„pielęgniarstwo ratunkowe”**



**Człowiek - najlepsza inwestycja**



# KONKURS



# KONKRET

## "Służąc życiu"

Zapraszamy do wzięcia udziału w pierwszej edycji.  
Do wygrania atrakcyjne nagrody!

Wejdź na naszą stronę  
[www.konkret.net.pl](http://www.konkret.net.pl)  
i zarejestruj się!

### To bardzo proste:

- Krok 1: na stronie [www.konkret.net.pl](http://www.konkret.net.pl) wybierz zakładkę KONKURS,  
Krok 2: wypełnij formularz w celu rejestracji,  
Krok 3: zaloguj się i odpowiedz na jedno pytanie dotyczące naszego sprzętu.

I nagroda:  
Kamera cyfrowa



II nagroda:  
Ramka cyfrowa



III nagroda:  
Brelok cyfrowy

**Rozstrzygnięcie konkursu: 30.10.2009r. ZAPRASZAMY!**  
**Kolejna edycja konkursu już w grudniu!**



## LATERA ACUTE

**łóżko z przechyłami bocznymi  
wsparcie dla pielęgniarki!**


W łóżku posiadającym przechyły boczne, codzienne procedury opieki nad pacjentem, znacząco odciążają personel medyczny.

**10 x mniej wysiłku** potrzebnego do wykonywania codziennych procedur,

**20% mniej czasu** niezbędnego do wykonywania danej procedury np. zmiany pościeli,

**30% mniej energii** niezbędnej do wykonywania standardowej procedury np. obrócenie pacjenta na bok.

Możliwość wykonywania wszystkich czynności tylko przez **JEDNĄ osobę**.

 **KONKRET** ul. Dworcowa 15A, 86-200 Chełmno  
tel., fax: 056 / 692 02 10, e-mail: [konkret@konkret.net.pl](mailto:konkret@konkret.net.pl)



Pełen artykuł o zastosowaniu przechyłów bocznych w łóżkach w opiece nad pacjentem na stronie: [www.konkret.net.pl](http://www.konkret.net.pl)