

4/2024

BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE



FOT. URSZULA SOKOŁOWSKA



SPIS TREŚCI

BIULETYN

**Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze**
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68
www.oipip.jgora.pl

Konto

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy
przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

Biuro

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

Elżbieta GAJOWNICZEK
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00
po wcześniejszym telefonicznym
umówieniu się przez Sekretariat

Sekretarz ORPiP

Grażyna BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

Dorota PATYŃSKA
Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

Larysa PERSJANOW

Obsługa prawna

Adwokat Ilona GRABAS
Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
pielęgniarki i zawodu położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl.
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt i skład
Tereny Weny Agencja Reklamowa

OD REDAKCJI

Życzenia

3

INFORMACJE OIPIP

Spotkanie edukacyjne dla pielęgniarek

4

INFORMACJE NRPIP

Pismo do MZ w sprawie prac legislacyjnych dotyczących utworzenia
nowych stanowisk pracy

7

Pismo MZ dotyczące zmian legislacyjnych w standardzie opieki
okołoporodowej

10

Komunikat w sprawie warunkowego wykonywania zawodu
pielęgniarki i położnej

12

Opinia prawna w przedmiocie dopuszczalności odmowy
wykonywania czynności zawodowych przez pielęgniarki i położne

14

OPINIE

Jak odpoczywać, żeby... odpocząć

29

Kwalifikacje i zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania

31

Diagnozowanie insulinooporności to pomylenie skutku z przyczyną (przedruk)

35

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr Ewa Pielichowska, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5,
50-981 Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz,

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica,
T: 602 795 368, E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr Dorota Kaczor,

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1,
58-400 Kamienna Góra, T: 606 226 655, E: dorota.kaczor.ds@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO

– dr n. med. Monika Przestrzelska, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego
T: 71 784 18 24, 608 509 727, E: mprzestrzelska.konsultant@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor,

Dolnośląskie Centrum Onkologii i Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirsfelda 12,
53-413 Wrocław, T: 71 368 92 01 E: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr Dorota Rudnicka,

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1,
55-100 Trzebnica, T: 71 312 02 20, E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr Ewa Śniechowska-Krzyżanowska,

Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., T: 728 871 779, E: ewakrzyżanowska@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr Jerzy Twardak, Zakład Chorób

Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław, T: 668 193 147, E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. Wiesław Zielonka,

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039,
E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

Szanowne Koleżanki, Koledzy

*Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia
pragnę przekazać Wszystkim najserdeczniejsze życzenia.
Niech ten szczególny okres będzie dla Was czasem odpoczynku,
radości i ciepła, spędzonym w gronie najbliższych,
a świąteczna i magiczna atmosfera
napelni serca spokojem, miłością i radością.*

*Wszystkim Wam,
którzy każdego dnia oddajecie serce w swojej pracy,
życzę, by nadchodzący rok przyniósł spokój, spełnienie marzeń
oraz siłę do realizowania kolejnych zawodowych
i osobistych wyzwań.*

*Z całego serca życzę zdrowia, miłości
oraz nieustającej siły do realizowania
tak ważnej misji, jaką jest opieka nad drugim człowiekiem.*

*Wesołych Świąt,
pełnych spokoju, ciepła i niezapomnianych chwil.*

*Z wyrazami szacunku i wdzięczności,
w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych*

*Elżbieta Gajowniczek
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze*

SPOTKANIE EDUKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Dnia 28.11.2024 roku w restauracji Dwór Skalny w Miłkowie odbyło się spotkanie edukacyjne dla pielęgniarek, członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze.

W spotkaniu wzięło udział około 60 osób. Wykład pt. „Przemoc ma płęć” wygłosiła Pani Danuta Stefanik, natomiast szkolenie odbyło się pod hasłem: Pierwsza pomoc. Współpraca z zespołem pogotowia w formie zajęć teoretycznych i warsztatów prowadzili Panowie Waldemar i Piotr Woźniak – ratownicy medyczni Rescue-Ed W&W.

Szkolenie było doskonałą okazją do uwrażliwienia personelu medycznego na sytuacje przemocy zarówno wobec małych jak i kobiet. Było także szansą na odświeżenie, pogłębienie i uaktualnienie zagadnień związanych z pierwszą pomocą i ratowaniem ludzkiego życia.









Ministerstwo Zdrowia

Departament
Rozwoju Kadr Medycznych

RKIK.0212.643.2024.MS
Warszawa, 09 listopada 2024

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Pokory 78, lok. 10
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 31 lipca 2024 r. znak: NIPiP-NRPIP-DM.0025.151.2024.MK, w sprawie podjęcia prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia zmian w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2023 r. poz. 1515) w lp. 41 i 42 poprzez dodanie stanowisk pracy: zastępca pielęgniarki koordynującej i nadzorującej prace innych pielęgniarek oraz zastępca położnej koordynującej i nadzorującej prace innych położnych, Departament Rozwoju Kadr Medycznych uprzejmie informuje, że w przypadku podjęcia prac nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, przedmiotowa propozycja zostanie rozważona.

Należy jednak podkreślić, że dodanie do załącznika do ww. rozporządzenia wnioskowanych stanowisk nie będzie skutkowało obowiązkiem tworzenia takich stanowisk w poszczególnych podmiotach leczniczych.

Określona w załączniku do rozporządzenia lista stanowisk nie ma charakteru obligatoryjnego, a to oznacza, że już w obecnym stanie prawnym, kierownik podmiotu leczniczego w zależności od struktury organizacyjnej zakładu leczniczego oraz rodzaju działalności leczniczej, a także zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych może modyfikować listę stanowisk w danym podmiocie leczniczym (nie tworzyć niektórych stanowisk z załącznika do rozporządzenia bądź tworzyć inne, dodatkowe). Decyzje w tym zakresie powinny być jednak podejmowane w taki sposób by nie prowadziły do naruszenia obowiązujących przepisów prawa czy też ich obchodzenia. Jak wynika z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) podmiot leczniczy jest zobowiązany do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach. Przepis art. 50 ust. 4 tej ustawy stanowi z kolei, że w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą zatrudnia się pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska.

Z wyrazami szacunku

Mariusz Klencki
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa





NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.0025.151.2024.MK

Warszawa, dnia 31 lipca 2024 r.

Pani
Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia

szanowne Pani Minister

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia zmian w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2023 r., poz. 1515) w lp. 41 i 42 poprzez dodanie stanowisk pracy, tj. *zastępca pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek oraz zastępca położnej koordynującej i nadzorującej pracę innych położnych.*

Lp.	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje	Liczba lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje
41	pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek/ zastępca pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek	tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa	5 lat w podmiocie leczniczym
42	położna koordynująca i nadzorująca pracę innych położnych/ zastępca położnej koordynującej i nadzorującej pracę innych położnych	tytuł zawodowy magistra położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa	5 lat w podmiocie leczniczym

Wprowadzenie powyższej zmiany uzasadnione jest potrzebami zgłaszanymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przez pielęgniarki i położne zatrudnione w podmiotach leczniczych. Ponadto, uwzględnienie w ww. rozporządzeniu proponowanych zmian przyczyni się do usprawnienia funkcjonowania podmiotów leczniczych i przełoży się na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców.

Z wyprawami steciułki
Prezes NRPIP


Mariola Łodzińska



Minister
Zdrowia



ZPR.0210.6.2024.JK
Warszawa, 27 września 2024

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,
dziękuję za przesłaną propozycję zmiany legislacyjnej do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1324), której celem ma być ułatwienie dopełnienia przez podmioty lecznicze sprawujące opiekę nad kobietami w czasie ciąży i porodu obowiązku zapewnienia ciągłości opieki nad matką i dzieckiem przez położne podstawowej opieki zdrowotnej (poz) lub podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jednocześnie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Ministerstwo planuje doprecyzowanie przepisów ww. rozporządzenia, w taki sposób, aby zagwarantować możliwość skorzystania położnicy z ciągłej profesjonalnej opieki położnej poz w miejscu zamieszkania albo pobytu bez względu na to, czy dziecko jest hospitalizowane po urodzeniu, urodziło się martwe lub zmarło po urodzeniu. W tym celu planuje się doprecyzowanie w części XIII ust. 2 pkt 9, przepisów, które jasno wskażą, że podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad matką lub noworodkiem jest zobowiązany do dnia wypisu matki lub dziecka zgłoszenia o porodzie położnej poz lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie poz.

Planuje się również zagwarantowanie opieki położnej poz w miejscu zamieszkania dziecka, które opuści szpital w terminie późniejszym niż objęcie matki opieką. W tym celu przewiduje się, aby położna wykonała nie mniej niż dwie wizyty po powrocie dziecka do miejsca zamieszkania lub pobytu. W przypadku dziecka przedwcześnie urodzonego lub dziecka urodzonego o czasie ale wymagającego dłuższego pobytu w szpitalu profesjonalna opieka w miejscu zamieszkania albo pobytu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, dostosowanego do ich wieku i stanu zdrowia. Planuje się również zrezygnowanie z określania w standardzie terminu, w jakim następuje przekazanie przez położną poz opieki nad dzieckiem do pielęgniarki poz. (aktualnie jest to 8. tydzień życia). Dodatkowo, rozważa się możliwość, aby w przypadku poronienia, urodzenia dziecka martwego albo zgonu dziecka, podmiot wykonujący działalność leczniczą, w dniu wypisu poinformował kobietę o możliwości skorzystania z ciągłej profesjonalnej opieki położnej poz w miejscu zamieszkania albo pobytu, a w przypadku wyrażenia przez nią zgody, przekazał zgłoszenie położnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

To bardzo duże zmiany w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej, które umożliwią objęcie kompleksową, profesjonalną opieką przez położną poz w miejscu

zamieszkania albo pobytu wszystkie kobiety w okresie położnicy, kobiety po poronieniu, jak i dzieci hospitalizowane powyżej 8 tyg. życia.

Zaproponowany przez NRPIP załącznik nr 1 i 2 dotyczące obowiązku przekazania informacji przez szpital do położnej poz o wypisie kobiety w okresie ciąży nie mieści się w zakresie regulowanym w części XIII, który dotyczy opieki nad noworodkiem, jak również w części XIV, który obejmuje okres położnicy.

Ponadto, w zgłoszeniu ograniczony został katalog osób wyłącznie do położnej, które byłyby odpowiedzialne za jego sporządzenie i wystanie.

Zaproponowane załączniki w odniesieniu do kobiety w okresie ciąży, spełniałyby ponadto wymóg przekazywania informacji do położnej poz wyłącznie w przypadku, w którym kobiety te byłyby hospitalizowane.

Wydaje się, że obecna regulacja w tym zakresie jest wystarczająca i w sposób uproszczony (bez dodatkowych załączników) ale jednak kompleksowo reguluje skierowania kobiety w okresie ciąży, jak również w okresie położnicy do położnej poz.

Aktualnie obowiązek skierowania kobiety w okresie ciąży do położnej poz spoczywa na osobie sprawującej nad nią opiekę, o ile sama nie jest położną. Fakt skierowania do objęcia opieką przez położną poz, położna potwierdza przez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży. Obowiązek poinformowania o porodzie położnej poz wskazanej przez położnicę spoczywa na szpitalu, w którym odbył się poród.

Zaprezentowana koncepcja załącznika nr 2, w którym od pacjentki w ciąży lub położnicy przy wypisie z oddziału wymaga się wskazania szczegółowych danych w zakresie lekarza poz, położnej poz i pielęgniarki poz jest nadmiarowa i wykracza poza zakres tej regulacji. W celu zapewnienia ciągłości opieki niezwykle ważne jest poinformowanie położnicy, która nie wskazała położnej poz o możliwości jej wyboru lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Należy jednocześnie zaznaczyć, że wybór położnej poz i korzystanie z wizyt patronażowych jest prawem każdej pacjentki i nie może być odbierany przez nią jako obowiązek.

Ministerstwo w najbliższym czasie planuje nowelizację przepisów standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, również pod kątem większego zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego matkom i ich dzieciom w miejscu ich zamieszkania. Wyrażam nadzieję, że wspólnie wypracujemy najlepsze rozwiązania w ramach uzgodnień projektu, który zostanie skierowany jeszcze w tym roku na ścieżkę legislacyjną.

Z wyrazami szacunku

Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Warszawa, 23 października 2024 r.

Komunikat

Informujemy, iż stosownie do komunikatu Ministerstwa Zdrowia wnioski o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia na warunkowe wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez obywateli Ukrainy, którzy uzyskali kwalifikacje pielęgniarki lub położnej poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej można składać **wyłącznie do dnia 24 października 2024 r.** Wnioski złożone po 24 października 2024 r. nie będą rozpatrywane przez MZ.

(link do komunikatu poniżej)

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-terminu-skladania-wnioskow-o-wyrazenie-zgody-przez-ministra-zdrowia-na-warunkowe-wykonywanie-zawodu-pielęgniarki-lub-polożnej>

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 854) wprowadzono następujące zmiany do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, które **wejdą w życie z dniem 25 października 2024 r.**

1. Wydłużono do **30 dni** termin na przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce jego wykonywania w podmiocie wykonującym działalność leczniczą przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

2. Wprowadzono wymóg wykazania się znajomością języka polskiego minimum na poziomie B1 przez pielęgniarki i położne, które uzyskały kwalifikacje poza Unią Europejską i posiadają zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uzyskaną w ramach tak zwanej procedury uproszczonej. **Osoby, które uzyskają zgodę MZ na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej na podstawie wniosku złożonego do MZ od dnia 25 października 2024r.** będą zobowiązane do przedłożenia okręgowym radom pielęgniarek i położnych dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 w celu przyznania prawa wykonywania zawodu. Wykaz dokumentów poświadczających znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 ogłosi Minister Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej (do chwili obecnej wykaz nie został jeszcze ogłoszony). Po otrzymaniu ww. wykazu niezwłocznie zostanie on przesłany.

Powyższa ustawa wprowadziła również stosowne przepisy przejściowe.

W myśl tych przepisów osoby, które uzyskały zgodę MZ na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej na podstawie wniosku złożonego do dnia 24 października 2024r. włącznie a następnie uzyskały prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej (warunkowe albo na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą) będą obowiązane do przedłożenia właściwej okręgowej radzie pielęgniarek i położnych ww. dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego

minimum na poziomie B1 w terminie do dnia 1 maja 2026 r., pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej.

W związku z powyższym w praktyce wszystkie osoby, które miały dotychczas przyznane przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej na podstawie decyzji MZ (warunkowe albo na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą) będą zobowiązane do złożenia dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 w terminie do dnia **1 maja 2026 r.**, pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej.

Prosimy o zwracanie uwagi na datę złożenia wniosku do MZ o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej, która jest zawarta w uzasadnieniu decyzji MZ, którą otrzymują Państwo od cudzoziemca.

W przypadku gdy z uzasadnienia decyzji MZ wynika, że ww. wniosek został złożony do MZ do dnia 24 października 2024 r. uzasadnione będzie poinformowanie osoby, iż po przyznaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej będzie ona zobowiązana do przedłożenia okręgowej radzie pielęgniarek i położnych dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 w terminie do dnia 1 maja 2026 r. pod rygorem utraty PWZ.

Natomiast gdy z uzasadnienia decyzji MZ wynika, że ww. wniosek został złożony do MZ po dniu 24 października 2024 r. uzasadnione będzie poinformowanie osoby, iż w celu przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (podjęcia uchwały w przedmiotowej kwestii) niezbędne jest przedłożenie okręgowej radzie pielęgniarek i położnych dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1.



OPINIA PRAWNA

w przedmiocie:

dopuszczalności odmowy wykonywania czynności zawodowych przez
pielęgniarki i położne

sporządzona przez:

R.pr. prof. dra hab. Marka Chmaja

na zlecenie:

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 19 września 2024 r.

I. WYKAZ PRZYWOŁANYCH AKTÓW PRAWNYCH

(1).	Ustawa z dn. 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r., poz. 1465 ze zm.)
(2).	Ustawa z dn. 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 123)
(3).	Ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r., poz. 799)
(4).	Ustawa z dn. 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2021 r., poz. 628)
(5).	Ustawa z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2024 r., poz. 814)
(6).	Ustawa z dn. 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2022 r., poz. 2139)
(7).	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r., poz. 870 ze zm.)
(8).	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. z 2013 r., poz. 1562)
(9).	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r., poz. 497 ze zm.)
(10).	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r., poz. 2335)
(11).	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2023 r., poz. 1515)

II. WYKAZ SKRÓTÓW I AKRONIMÓW

(1).	„k.s.z.p.p.”	Załącznik do uchwały nr 18 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dn. 17 maja 2023 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”
(2).	„k.p.”	Ustawa z dn. 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy
(3).	„u.d.l.”	Ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(4).	„u.s.b.n.w.”	Ustawa z dn. 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych

(5).	„M.z.p.p.”	pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych Ustawa z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
------	------------	--

III. PRZEDMIOT OPINII

Niniejsza opinia ma na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy pielęgniarki i położne, które posiadają wyższe kwalifikacje zawodowe (studia II stopnia oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa, studia II stopnia lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa) ale pozostają zatrudnione przez podmiot leczniczy na stanowisku, na którym mogą być zatrudnione pielęgniarki o niższych kwalifikacjach (stanowiska zaliczone do niższej grupy wynagrodzenia), mogą odmówić wykonywania czynności zawodowych (świadczeń zdrowotnych) wymagających wyższych kwalifikacji.

IV. ANALIZA PRAWNA

1. STATUS PRAWNY PIELEŃNIAREK ORAZ ZASADY USTALANIA MINIMALNEGO WYNAGRADZANIA

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi (art. 2 u.z.p.p.). Pielęgniarki i położne mogą wykonywać zawód w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej, w ramach wolontariatu lub w ramach praktyk zawodowych (art. 19 ust. 1 u.z.p.p.). W dalszym toku opinii analizie zostanie poddana sytuacja pielęgniarek i położnych pozostających w stosunkach pracy.

Wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej polega przede wszystkim na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 4 ust. 1 i art. 5 ust. 1 u.z.p.p.). Wykonywanie określonych świadczeń (w tym świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych) wymaga posiadania przez pielęgniarkę/położną stosownych kwalifikacji, potwierdzonych odpowiednim wykształceniem.

W szczególności to, jakie świadczenia pielęgniarka/położna może wykonywać samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, określa m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. W rozporządzeniu tym wskazano, jakie świadczenia może wykonywać pielęgniarka/położna samodzielnie w zależności od posiadanych kwalifikacji – w odniesieniu do niektórych świadczeń, wymagane jest ukończenie kursu specjalistycznego, kursu kwalifikacyjnego, posiadanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie lub posiadanie tytułu magistra. Podobnie,

w art. 15a u.z.p.p. wskazano na możliwość samodzielnego ordynowania leków i wyrobów medycznych oraz wystawiania recept przez pielęgniarki i położne posiadające określone w przepisie kwalifikacje.

Niezależnie od powyższego, pielęgniarka/położna co do zasady nie może wykonywać świadczeń (również na zlecenie lekarskie) w sytuacji, gdy nie posiada do tego kwalifikacji (art. 15 ust. 2 u.z.p.p.) o czym będzie jeszcze mowa dalej.

U.z.p.p. nie określa stanowisk pracy dla pielęgniarek i położnych. Wskazuje natomiast, że pielęgniarka i położna posiadająca ukończone szkolenie specjalizacyjne przysługujące prawo posługiwania się tytułem zawodowym specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa¹ albo dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (art. 8 ust. 4 u.z.p.p.).

W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, stanowiska i kwalifikacje wymagane do ich objęcia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W szczególności, wyróżnia ono stanowiska: zastępcy kierownika ds. pielęgniarstwa i naczelnej pielęgniarki; (zastępcy) przełożonej pielęgniarek (położnych); specjalisty ds. epidemiologii; (zastępcy) pielęgniarki (położnej) oddziałowej; starszego asystenta pielęgniarki (położnej); asystenta pielęgniarki (położnej); młodszego asystenta pielęgniarki (położnej); pielęgniarki (położnej) koordynującej; specjalisty pielęgniarki (położnej); starszej pielęgniarki (położnej); pielęgniarki i położnej. Rozporządzenie precyzuje, jakie wykształcenie (średnie, licencjackie, magisterskie, tytuł specjalisty) oraz staż pracy są niezbędne dla możliwości objęcia stanowiska. Rozporządzenie nie określa natomiast zakresów obowiązków przypisanych do danego stanowiska.

W przypadku podmiotów będących przedsiębiorcami, zasady wynikające z ww. rozporządzenia nie znajdują zastosowania.²

Należy również zauważyć, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić warunki realizacji świadczenia gwarantowanego obejmujące warunki dot. personelu medycznego. W określonych przypadkach, świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić obecność określonej liczby pielęgniarek/położnych (albo równoważnika określonej liczby etatów), które posiadają tytuły specjalisty, ukończyły określone kursy kwalifikacyjne, są w trakcie szkoleń albo posiadają odpowiedni staż pracy (zob. § 4 ust. 4 pkt 2 i § 4 ust. 5 pkt 2 lit. b

¹ Artykuł 8 ust. 4 u.z.p.p. posługuje się zwrotem „*tytułem zawodowym specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa*”, jakkolwiek rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, przewiduje w § 1, że specjalizacje dla położnych oraz pielęgniarek i położnych prowadzone są w dziedzinach pielęgniarstwa.

² J. Cicchoriski, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX/el. 2024, komentarz do art. 50 u.d.l., uwaga 10.

rozporządzenia oraz załącznik nr 3 do rozporządzenia, który w różnych przypadkach przewiduje obowiązek zapewnienia równoważnika określonej liczby etatów: „specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa [określenie dziedziny] lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa [określenie dziedziny], lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa [określenie dziedziny], lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie [określenie dziedziny] lub pielęgniarstwa po kursie specjalistycznym w dziedzinie [określenie dziedziny]”).

Zgodnie z art. 94 pkt 1 k.p., pracodawca ma obowiązek zapoznać pracowników m.in. z zakresem ich obowiązków. Jeżeli szczegółowy zakres obowiązków nie wynika z treści umowy o pracę (zgodnie z art. 29 § 1 pkt 1 k.p. umowa o pracę powinna określać rodzaj pracy – przy czym może to czynić w sposób ogólny), to powinien on wynikać z regulacji wewnętrznych pracodawcy albo indywidualnych ustaleń pomiędzy pracownikiem a pracodawcą (zwykle przyjmują one formę pisemną i są umieszczane w aktach osobowych pracownika). W przypadku pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, zakres ich zadań określa załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. W praktyce zdarza się, że ustalone przez pracodawcę zakresy obowiązków pielęgniarek i położnych mają charakter ogólny, szeroki, tożsamy dla wszystkich osób zajmujących te same stanowiska, nie wykluczając możliwości polcenia im przez pracodawcę wykonywania innych, niż wprost wymienionych w zakresie zadań.

U.s.u.n.w. określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego m.in. pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych, a zatem osób pozostających w stosunku pracy (por. art. 2 pkt 3 ustawy). W świetle u.s.u.n.w., wynagrodzenie osoby zajmującej określone w załączniku stanowisko, w odniesieniu do którego wymagane jest posiadanie określonych kwalifikacji, nie może być niższe, niż iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie (art. 3 ust. 1 ustawy). W świetle załącznika:

- 1) wynagrodzenie pielęgniarki/położnej na stanowisku, dla którego zajmowania niezbędne jest posiadanie tytułu magistra oraz specjalizacji, ustalone jest przy zastosowaniu współczynnika 1,29 (grupa 2);
- 2) wynagrodzenie pielęgniarki/położnej na stanowisku, dla którego zajmowania niezbędne jest posiadanie tytułu magistra albo posiadania tytułu licencjata lub posiadanie średniego wykształcenia oraz specjalizacji, ustalone jest przy zastosowaniu współczynnika 1,02 (grupa 5);
- 3) wynagrodzenie pielęgniarki/położnej na stanowisku, dla którego zajmowania niezbędne jest posiadanie tytułu licencjata albo posiadanie średniego wykształcenia, bez wymogu posiadania specjalizacji, ustalone jest przy zastosowaniu współczynnika 0,94 (grupa 6).

W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, poziom kwalifikacji wymaganych na danym stanowisku należy ustalać w oparciu o ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Należy również zauważyć, że jakkolwiek świadczeniodawcy udzielający świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego mają obowiązek, w określonych sytuacjach, zapewniać personel posiadający wyższe kwalifikacje w postaci specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego albo kursu specjalistycznego, to odbycie kursu kwalifikacyjnego/specjalistycznego ani nie zostało uwzględnione jako przesłanka przyporządkowania do danej grupy wynagrodzenia na stanowiskach pielęgniarek i położnych w ramach u.s.u.n.w., ani jako wymóg niezbędny do objęcia takich stanowisk w myśl ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 10 lipca 2023 r.

Na gruncie u.s.u.n.w. może wystąpić sytuacja, w której dana osoba (pielęgniarka, położna), posiadająca wyższe kwalifikacje (np. tytuł magistra, specjalizację), będzie zatrudniona jako pracownik w podmiocie leczniczym na stanowisku niewymagającym tych kwalifikacji, z czym wiąże się niższa grupa wynagrodzenia minimalnego. Co istotne, u.s.u.n.w. odnosi się do wynagrodzenia na stanowiskach, na których wymagane są dane kwalifikacje, a nie do kwestii rzeczywiście posiadanych przez danego pracownika kwalifikacji.³

W wyżej opisanej sytuacji, jeżeli dana osoba posiada kwalifikacje uprawniające ją do objęcia stanowiska (np. z grupy 5), ale zatrudniona jest na stanowisku niewymagających tych kwalifikacji (np. z grupy 6) i zakres wykonywanych przez nią czynności odpowiada temu stanowisku, to jej minimalne wynagrodzenie – co do zasady – określone będzie wedle grupy dalszej (mniej korzystnej).

Jednakże dla ustalenia, czy wynagrodzenie w danym przypadku, ustalone na poziomie minimalnym, będzie w istocie odpowiednie, powinien decydować zakres czynności i obowiązków przypisanych do danego stanowiska oraz zakres czynności rzeczywiście wykonywanych przez pielęgniarkę albo położną.

W świetle art. 78 § 1 k.p., „Wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy”. Uzalniczenie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek/położnych w zależności od posiadanych przez nie kwalifikacji jest

³ Tak np. wyrok SO w Łomży z dn. 22 maja 2024 r., sygn. III Pa 4/24 (LEX nr 3720965), gdzie wskazano, że „Nie sposób zatem przyjąć wykładni pożądanego, że do czerwca 2022 r. przepisy miały wysokość zasadniczego wynagrodzenia z posiadanych kwalifikacjami a od lipca 2022 r. już z wymaganymi. Nie się w tym zakresie nie zmieniło. I poprzednio i obecnie współczynniki pracy powiązano ściśle z kwalifikacjami wymaganymi.” oraz wyrok SO w Łomży z dn. 22 kwietnia 2022 r., sygn. III Pa 5/22 (LEX nr 3341136); tak samo również pismo Ministerstwa Zdrowia z dn. 21 lipca 2021 r., znak DSW.0212.171.2021.MM; odmiennie wyrok SO w Siedlcach z dn. 29 grudnia 2023 r., sygn. IV Pa 20/23 (LEX nr 3731612), gdzie wskazano: „Prawidłowo Sąd Rejonowy podkreślił, że ww. ustawa wiąże wysokość współczynnika pracy z kwalifikacjami posiadanymi przez pielęgniarkę lub położną [...] powódka spełniała wszystkie przesłanki do tego, aby zakwalifikować ją do grupy zawodowej, według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku”.

dopuszczalne, a nawet pożądane, albowiem przyczynia się do podnoszenia kwalifikacji przez pracowników, a przez to również poziomu systemu ochrony zdrowia.⁴ Co za tym idzie, zróżnicowanie poziomu wynagrodzenia pielęgniarek/położnych, posiadających różny poziom kwalifikacji, choćby nawet posiadających ten sam zakres obowiązków i wykonujących porównywalną ilościowo i jakościowo pracę, jest dopuszczalne i nie stanowi naruszenia prawa do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości (art. 18^{3c} k.p.).⁵ Mimo tego samo posiadanie wyższego wykształcenia przez pracownika nie sprawia, że na pracodawcy ciąży obowiązek zróżnicowania jego wynagrodzenia względem pielęgniarek i położnych mniej wykwalifikowanych a zajmujących takie samo stanowisko.⁶

Jeżeli pielęgniarka/położna jest zatrudniona na stanowisku wymagającym niższych kwalifikacji, ale posiada wyższe kwalifikacje i jednocześnie wykonuje zadania ogólnie właściwe dla tego stanowiska ale w szerszym zakresie, niż osoby nieposiadające kwalifikacji (np. wykonuje świadczenia zdrowotne wymagające wyższych kwalifikacji), uzasadnione będzie również zróżnicowanie poziomu jej wynagrodzenia względem osób posiadających niższe kwalifikacje.⁷ W tym wypadku zróżnicowanie wynagrodzenia dyktowane będzie nie tylko różnymi kwalifikacjami, ale również różnymi obowiązkami powiązаныmi z tymi kwalifikacjami.

Powyższe wynika z faktu, że u.s.u.n.w. określa stawki wynagrodzenia minimalnego, jednakże nie oznacza to, że pracodawca nie może i nie powinien różnicować go w zależności od kwalifikacji pracownika i zakresu wykonywanych przez niego zadań. W świetle uzasadnienia rządowego projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych,⁸ celem ustawy nie było wprowadzenie siatki wynagrodzeń ani wprowadzenie górnych stawek wynagrodzenia zasadniczego. Miała ona na celu zwiększenie zainteresowania kształceniem w zawodach medycznych, promowanie podejmowania zatrudnienia na terenie kraju oraz zachęcenie już zatrudnionej kadry do podwyższania kwalifikacji zawodowych w drodze specjalizacji. Ustawa nie wyłącza stosowania przepisów ogólnych k.p., dotyczących zasad ustalania wynagrodzenia. Projektodawca wskazał w tym zakresie na art. 78 k.p. sygnalizując, że wynagrodzenie przysługujące konkretnemu pracownikowi może być wyższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze i powinno odpowiadać w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniać ilość i jakość świadczonej pracy. Przywołał również art. 18^{3c} k.p., w tym § 3, zgodnie z którym *„Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami*

⁴ Wyrok SO Warszawa-Praga w Warszawie z dn. 7 kwietnia 2021 r., sygn. VII Pa 86/20 (LEX nr 3259681) oraz wyrok SO w Kielcach z dn. 22 września 2023 r., sygn. V P 10/22 (LEX nr 3672215).

⁵ Odmiennie wyrok SR w Bydgoszczy z dn. 16 stycznia 2024 r., sygn. VII P 212/23 (LEX nr 3711613).

⁶ Przywołany wyżej wyrok SO w Łomży o sygn. III Pa 5/22.

⁷ Wyrok SO w Łodzi z dn. 25 stycznia 2024 r., sygn. VIII Pa 93/23 (LEX nr 3706623).

⁸ Druk Sejmu VIII kadencji nr 1583.

przewidywanymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku”.

Jeszcze inaczej sytuacja prezentuje się, gdy pielęgniarzka/położna jest zatrudniona na stanowisku wymagającym niższych kwalifikacji, ale gdy przydzielane są jej zadania właściwe dla stanowisk, które wymagają wyższych kwalifikacji (gdy przydzielane jej zadania należą do zakresów obowiązków przypisanych do wyższych stanowisk).

Zgodnie z art. 100 § 1 k.p., pracownik ma obowiązek wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę. Jak zostało wyżej wskazane, zakres obowiązków wynikać powinien z umowy o pracę, aktów wewnętrznych pracodawcy (np. regulaminów) lub indywidualnie ustalanych zakresów obowiązków. Polecenie pracownikowi wykonywania innej pracy, niż wynikająca z umowy o pracę (regulaminów, indywidualnie ustalonego zakresu), bez wcześniejszego dokonania zmiany umowy o pracę (w drodze porozumienia stron albo wypowiedzenia zmieniającego warunki pracy), jest dopuszczalne jedynie czasowo, na okres do 3 miesięcy w roku kalendarzowym, tylko w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, jeżeli nie prowadzi do obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika (art. 42 § 4 k.p.).⁹ Długotrwałe (przekraczające okres 3 miesięcy w roku) powierzenie pracownikowi obowiązków wchodzących w zakres innego stanowiska pracy w sytuacji, gdy pracownik taki stan rzeczy akceptuje może prowadzić do uznania, że strony stosunku pracy, w sposób dorozumiany, dokonały wypowiedzenia warunków pracy.

2. MOŻLIWOŚĆ ODMOWY WYKONANIA CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH

Należy dalej rozważyć, czy pielęgniarzka/położna może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego wiążącego się z posiadanymi przez nią wyższymi kwalifikacjami, gdy ta osoba zajmuje stanowisko niewymagające tych kwalifikacji.

W tym miejscu trzeba wskazać, że w świetle przepisów prawa pracy, pracownik może odmówić wykonania polecenia służbowego gdy warunki pracy nie odpowiadają wymogom BHP i stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika lub innych osób (art. 210 k.p.) oraz gdy polecenie nie dotyczy ono pracy, jest sprzeczne z prawem, jest sprzeczne z umową o pracę (art. 100 § 1 k.p.), przy czym należy pamiętać o możliwości czasowego powierzenia pracownikowi innych obowiązków (art. 42 § 4 k.p.). Nieuzasadniona odmowa wykonania polecenia stanowi podstawę do wypowiedzenia pracownikowi umowy o pracę z jego winy.¹⁰

⁹ Poza przywołanym przypadkiem, powierzenie pracownikowi innej pracy jest również dopuszczalne w sytuacji przestoju (art. 81 § 3 k.p.).

¹⁰ Zob. np. wyrok SN z dn. 3 kwietnia 1997 r. I PKN 40/97 (Legalis nr 30894).

Jednakże możliwość odmowy wykonania polecenia, polegającego na nałożeniu na pielęgniarkę lub położną spełnienia określonego świadczenia medycznego, warunkowana jest nie tylko konkretnym zakresem obowiązków danego pracownika, ale również specyfiką pracy w ww. zawodach.

Jak zostało wskazane wyżej, zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Nie jest do końca jasne, co ustawodawca rozumiał pod pojęciem „samodzielności”. Jeżeli chodzi o zakres czynności, które osoba wykonująca taki zawód może wykonywać samodzielnie (bez nadzoru lekarza i bez zlecenia lekarza), to są one określone głównie w u.z.p.p. i rozporządzeniach. Wskazuje się, że w tym zakresie pielęgniarki i położne są wolne w wykonywaniu czynności zawodowych, ale w granicach wyznaczonych przez prawo, aktualny stan wiedzy i praktyki medycznej oraz etyczne i deontologiczne zasady wykonywania zawodu.¹¹ Wskazuje się również, że charakter zawodów pielęgniarki i położnej, w przypadku wykonywania ich w ramach stosunku pracy, nosi cechy tzw. podporządkowania autonomicznego, tj. stosunku, w którym podporządkowanie pracownika pracodawcy sprowadza się do określenia przez pracodawcę czasu pracy i wyznaczaniu zadań, natomiast nieingerowania co do sposobu ich realizacji.¹²

Należy dalej wskazać, że zgodnie z art. 12 ust. 1 u.z.p.p., *„Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego”*. Zgodnie natomiast z ust. 2 tego artykułu, *„Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1”*.

Co za tym idzie, pielęgniarki i położne – niezależnie od tego, czy pozostają w stosunku pracy, czy też są zatrudnione na podstawie innego stosunku prawnego – mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego albo wykonania innego świadczenia zdrowotnego w przypadkach gdy zwłoka w jego udzieleniu nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, a jednocześnie:

- 1) wykonanie świadczenia stoi w sprzeczności ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej co do stanu zdrowia pacjenta, także na wyraźne żądanie pacjenta, lub
- 2) wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z sumieniem pielęgniarki/położnej, lub
- 3) wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez pielęgniarkę/położną kwalifikacji, lub

¹¹ M. Sadowska, [w:] M. Sadowska, W. Lis, *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, LEX/el., komentarz do art. 2 u.z.p.p.

¹² D. Karkowska, [w:] D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013, LEX/el., część III, rozdział 2, pkt 2, pkt 2.1.

- 4) z przyczyn natury pozamedycznej, gdzie wskazuje się na przypadki agresywnej postawy pacjenta lub jego opiekuna albo zbyt dużej liczby pacjentów połączonej z przeciążeniem pracą pielęgniarki (co jest kwestią dyskusyjną).¹³

Z ww. przepisami koresponduje art. 15 ust. 1 u.z.p.p., zgodnie z którym „*Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej*” (przy czym, zgodnie z ust. 2, ww. przepis nie odnosi się do zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego – w takim wypadku, zlecenie lekarskie może zostać wydane ustnie).

Co za tym idzie, przepisy prawa nie przewidują możliwości odmowy przez pielęgniarkę lub położną wykonania zlecenia lekarskiego albo wykonania innego świadczenia zdrowotnego z tej przyczyny, że pielęgniarka/położna zajmuje stanowisko, do którego objęcia nie były niezbędne te kwalifikacje, które są niezbędne dla wykonania świadczenia.

Należy podkreślić, że zlecenie lekarskie nie stanowi polecenia przełożonego w rozumieniu art. 100 § 1 k.p., kierowanego do pracownika – tym bardziej, że pielęgniarka/położna nie musi wykonywać zawodu w ramach umowy o pracę. Takie polecenie ma charakter administracyjnoprawny i kierowane jest do nieokreślonego co do tożsamości wykonawcy.¹⁴ Należy mieć też na uwadze, że podporządkowanie pracodawcy nie wyłącza obowiązku realizowania zleceń lekarskich. Natomiast pielęgniarka/położna pozostająca w stosunku pracy, odmawiając wykonania zlecenia, może jednocześnie dopuścić się naruszenia w zakresie wykonywania pracowniczych, w tym obowiązków określonych w art. 100 § 1 k.p.¹⁵ Podobnie, gdy pielęgniarka/położna wykonuje swoje obowiązki względem pacjentów nie na zlecenie lekarskie, to wciąż wykonuje je w ramach stosunku pracy, stosownie do zakresu obowiązków i poleceń pracodawcy. W tym zakresie nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczenia również może być traktowana jako naruszenie wskazanego przepisu.

Należy przy tym pamiętać, że zawody pielęgniarki i położnej są zawodami zaufania publicznego. Znajduje to wyraz choćby w posiadaniu samorządu zawodowego (ustawa z dn. 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych) i szczególnej ochronie prawnej, przysługującej im podczas i w związku z wykonywaniem czynności zawodowych (art. 11 ust. 2 u.z.p.p.). Ponadto, w świetle przyrzeczenia wyartykułowanego w k.e.z.p.p., pielęgniarki i położne zobowiązują się nieść pomoc każdemu człowiekowi, strzec godności zawodu i przy wykonywaniu czynności

¹³ Zob. szerzej M. Sadowska, [w:] M. Sadowska, W. Lis, *Ustawa...*, komentarz do art. 12 u.z.p.p. oraz D. Karkowska, [w:] D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo...*, część II, rozdział 2, pkt 8, ppkt 8.1 i część II, rozdział 2, pkt 9 ppkt 9.1 i 9.2.

¹⁴ Zob. np. D. Karkowska, [w:] D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo...*, część II, rozdział 2, pkt 8, ppkt 8.1 oraz A. Kowalska, *Odmowa wykonania zlecenia lekarskiego*, „*Studia Prawnoustrojowe*”, nr 29/2015, s. 133.

¹⁵ D. Karkowska, [w:] D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo...*, część III, rozdział 2, pkt 2, ppkt 2.1–2.3.

kierować się przede wszystkim dobrem pacjenta. Kodeks etyki zawodowej wskazuje też, że czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą powodować szkód dla zdrowia i życia ludzkiego (art. 5 ust. 1) oraz że bezpieczeństwo pacjentów jest przedmiotem szczególnej troski pielęgniarki i położnej (art. 7 ust. 2). Warto również zwrócić uwagę na fakt, że ewentualna dopuszczalność przeprowadzenia strajku przez pielęgniarki i położne jest uzależniona od wcześniejszego zagwarantowania pacjentom bezpieczeństwa i nie może nastąpić na stanowiskach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu (o czym stanowi art. 19 ust. 1 ustawy z dn. 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych).¹⁶

Co za tym idzie, zawody pielęgniarki i położnej są zawodami, w których istocie leży szczególna troska o dobro pacjenta. Jest ono dobrem priorytetowym. To wszystko, w powiązaniu z treścią art. 12 u.z.p.p., przemawia przeciwko możliwości odmowy wykonania czynności z omawianych przyczyn, nawet w sytuacji, gdy dana czynność wykracza poza zakres obowiązków na danym stanowisku służbowym pielęgniarki lub położnej.

Co za tym idzie, w świetle przywołanych przepisów prawa, zajmowanie przez pielęgniarkę/położną, posiadającą wyższe kwalifikacje, stanowiska, na którym są wymagane kwalifikacje niższe, nie upoważnia pielęgniarki/położnej do odmowy wykonania świadczeń zdrowotnych wymagających wyższych kwalifikacji. Co więcej, w przypadku, gdy dana osoba pozostaje w stosunku pracy, odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego może być kwalifikowana jako odmowa wykonania polecenia pracodawcy, stanowiąca naruszenie podstawowych obowiązków pracownika, co może być podstawą dla rozwiązania stosunku pracy z winy pracownika.

3. ŚRODKI OCHRONY PRAW PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Mimo że na pielęgniarkach i położnych ciąży obowiązek wykonywania świadczeń zdrowotnych w najszerszym, określonym ich kwalifikacjami zakresie, nie oznacza to jednak, że prawo pozwala na naruszanie ich prawa do świadczenia pracy w zakresie przewidzianym umową (nakładanie na nie obowiązków właściwych dla innego stanowiska) oraz prawa do sprawiedliwego wynagrodzenia za wykonywaną pracę. W celu ochrony praw, takim osobom przysługiwać będą różne środki ochrony prawnej.

W przypadku, gdy dana pielęgniarka albo położna zajmuje stanowisko wymagające określonych kwalifikacji i otrzymuje wynagrodzenie na poziomie niższym, niż przewidziane w u.s.u.n.w. dla danej grupy wynagrodzenia (np. pielęgniarka zajmuje stanowisko, dla którego wymagane jest posiadanie wykształcenia magisterskiego

¹⁶ Tak np. D. Karkowska, [w:] D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo...*, część II, rozdział 2, pkt 9, ppkt 9.4.

i specjalizacji – grupa 2, ale otrzymuje wynagrodzenie właściwe dla grupy dalszej), przysługuje jej roszczenie do pracodawcy o zapłatę (wyrównanie zaległego wynagrodzenia – do poziomu minimalnego, właściwego dla rzeczywistej grupy zaszergowania) oraz ewentualnie roszczenie o ustalenie treści stosunku prawnego (umowy o pracę) w zakresie obejmującym stawkę wynagrodzenia.

W przypadku, gdy dana pielęgniarka/położna posiada wyższe kwalifikacje, zajmuje niższe zaszergowane stanowisko niewymagające tych kwalifikacji, ale z uwagi na posiadane kwalifikacje wykonuje czynności wprawdzie wchodzące w ogólny zakres obowiązków na stanowisku, ale możliwe do wykonania jedynie przez osobę wyżej wykwalifikowaną, to sytuacja taka stanowi argument w ubieganiu się przez taką osobę o podwyższenie wynagrodzenia. Jeżeli nie mamy do czynienia z nakładaniem na pracownika nowych obowiązków albo wykonywanie danego rodzaju świadczeń mieści się w zakresie obowiązków na stanowisku, pielęgniarki/położnej nie będzie przysługiwać roszczenie o podniesienie wynagrodzenia.¹⁷ W takim wypadku kwestia podwyżki pozostanie w sferze ustaleń pomiędzy pracownikiem a pracodawcą. Roszczenie o podwyżkę (oraz roszczenie o wyrównanie zaległego wynagrodzenia oraz ew. odszkodowanie) będzie natomiast przysługiwać pracownikowi w przypadku, gdy dojdzie do jego niecównego traktowania względem innych pracowników¹⁸ (np. dwóch pracowników posiadających takie same wyższe kwalifikacje będzie zatrudnionych na różnych stanowiskach z różnym wynagrodzeniem, pomimo że w rzeczywistości obaj wykonywać będą taką samą pracę, wymagającą wyższych kwalifikacji). Roszczenie o podwyżkę i wyrównanie zaległego wynagrodzenia może okazać się uzasadnione również w sytuacji, gdy pracodawca powierzy pielęgniarce/położnej dodatkowe obowiązki albo będzie jej regularnie zlecał zadania wykraczające poza zakres obowiązków (w tym wypadku zajdzie potrzeba dokonania wyceny dodatkowej pracy).¹⁹ Należy podkreślić, że takie sytuacje wymagają indywidualnej analizy w zakresie istnienia podstaw do wystąpienia z roszczeniem.

Jeżeli dana pielęgniarka/położna posiada wyższe kwalifikacje, zajmuje niższe zaszergowane stanowisko niewymagające tych kwalifikacji, ale z uwagi na posiadane kwalifikacje regularnie wykonuje czynności wchodzące w zakres obowiązków stanowisk wymagających wyższych kwalifikacji, to oznaczać to może, że taka osoba w istocie wykonuje pracę właściwą dla innego (wyższego) stanowiska. Jeżeli zlecanie takich zadań przekroczy wymiar 3 miesięcy w roku kalendarzowym, to w tym wypadku pracownikowi przysługiwać będzie roszczenie do pracodawcy o zapłatę (wyrównanie zaległego wynagrodzenia – do poziomu minimalnego, właściwego dla grupy zaszergowania na wyższym stanowisku, a jeżeli na tym wyższym stanowisku w podmiocie leczniczym oferowane jest wynagrodzenie wyższe, niż minimalne – do

¹⁷ Por. I. Maniewska, [w:] K. Jaśkowski, E. Maniewska, *Kodeks pracy. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2024, komentarz do art. 78 k.p., uwaga 2 oraz P. Prusinowski, [w:] K.W. Baran (red.), *Kodeks pracy. Komentarz. Tom 1. Art. 1-93*, Warszawa 2022, LEX/el., komentarz do art. 78 k.p., uwaga 5.

¹⁸ E. Maniewska, [w:] K. Jaśkowski, E. Maniewska, *Kodeks...*, komentarz do art. 78 k.p., uwaga 2.

¹⁹ P. Prusinowski, [w:] K.W. Baran (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 78 k.p., uwaga 5 i przywołane tam orzecznictwo SN.

poziomu tego oferowanego wynagrodzenia) oraz ewentualnie roszczenie o ustalenie treści stosunku prawnego (umowy o pracę) w zakresie obejmującym stawkę wynagrodzenia oraz zajmowane stanowisko i związany z nim zakres obowiązków.

Niezależnie od powyższego należy zwrócić uwagę na daleko idące niedoskonałości obowiązujących aktów prawnych, w tym zwłaszcza u.s.u.n.w. oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Podstawowym mankamentem, leżącym u podstaw sytuacji, do których odnosi się nin. opinia, jest właśnie powiązanie wysokości wynagrodzenia minimalnego z poziomem kwalifikacji wymaganych na danym stanowisku, a nie – z poziomem rzeczywiście posiadanych przez pracownika kwalifikacji. W istocie, pracodawcy nadużywają przepisów zatrudniając wyżej wykwalifikowane pielęgniarki i położne na stanowiskach w mniej korzystnych grupach zaszerogowania i oczekując od nich wykonywania zadań, do których wymagane są wyższe kwalifikacje. Stan ten umożliwia konstrukcja ww. rozporządzenia, które przewiduje możliwość zatrudnienia na danych stanowiskach zarówno osób posiadających wyższe, jak i niższe kwalifikacje, różnicując dostępność stanowisk długością stażu pracy. Ponadto ww. akty prawne pomijają w ogóle kwestię podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki i położne w inny sposób, tj. poprzez odbywanie kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych.

Odpowiedzią na powyższe mankamenty jest obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych²⁰ – będący aktualnie przedmiotem prac legislacyjnych. W toku prac nad projektem zostały przedstawione różne argumenty, odnoszące się nie tylko do zagadnień budżetowych (kosztów związanych z koniecznością podniesienia wynagrodzeń), ale również czysto praktycznych. W szczególności wskazano na sytuacje odwrotne do problemów analizowanych na gruncie nin. opinii, gdy pielęgniarki/położne, posiadając wyższe kwalifikacje, ale zajmując stanowiska tych kwalifikacji niewymagające, wykonują taką samą ilościowo i jakościowo pracę, co mniej wykwalifikowane pielęgniarki/położne, zajmujące te same stanowiska. Niektórzy argumentują, że obecna regulacja koresponduje z art. 78 § 1 k.p. w wymiarze, w jakim przepis mówi o wynagrodzeniu odpowiadającym kwalifikacjom wymaganych (a nie: posiadanych) na danym stanowisku.²¹

Należy mieć na względzie, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach

²⁰ Druk Sejmu IX kadencji nr 3421, aktualnie: druk Sejmu X kadencji nr 33.

²¹ D. Dzieniszuk, *Opinia prawna z dn. 19 stycznia 2024 r. dotycząca obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 33)*, s. 5–6 oraz W. Zgliczyński, *Opinia merytoryczna z dn. 22 stycznia 2024 r. do obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk nr 33)*, s. 8.

stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami dopuszcza obejmowanie stanowisk przez osoby posiadające różne wykształcenie, nierzadko wprowadzając dodatkowy wymóg posiadania odpowiedniego stażu dla osób z wykształceniem niższym. Jest to rozwiązanie zrozumiałe i trudno wyobrazić sobie, aby ta kwestia była rozwiązana w inny sposób.

W powyższym kontekście rozwiązaniem kompromisowym może być jednoczesne uzależnienie wysokości wynagrodzenia minimalnego zarówno od kwestii posiadanego przez pracownika medycznego wykształcenia, jak i od kwestii wykształcenia wymaganego na danym stanowisku. Wymagałoby to jednak dalszego zróżnicowania siatki wynagrodzeń (wprowadzenie podgrup albo większej liczby grup wynagrodzenia). Dla przykładu, w świetle załącznika do ww. rozporządzenia z dn. 10 lipca 2023 r., dla objęcia stanowiska pielęgniarki (lp. 47) niezbędne jest posiadanie wykształcenia średniego albo tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa. Bez względu na posiadane wykształcenie, w świetle załącznika do u.s.u.n.w., osoba zajmująca to stanowisko jest uprawniona do minimalnego wynagrodzenia określonego dla 6. grupy zawodowej. Proponowana zmiana polegać by mogła na rozróżnieniu sytuacji zawodowej osób znajdujących się w tej grupie, w zależności od faktycznie posiadanego wykształcenia, różnicując minimalne wynagrodzenie osób w ramach tej grupy. W takim wypadku osoba z wykształceniem magisterskim lub specjalizacją, zajmująca stanowisko pielęgniarki (które takiego wykształcenia nie wymaga), byłaby uprawniona do wyższego wynagrodzenia minimalnego, niż osoba na tym samym stanowisku z wykształceniem średnim – ale już nie do wynagrodzenia przysługującego osobie zajmującej stanowisko z grupy 5. lub 2. (tj. na stanowisku, które bezwzględnie wymaga wyższego wykształcenia).

Jednocześnie należy podkreślić, że nie tylko posiadanie wyższego wykształcenia lub specjalizacji, ale również ukończenie kursu kwalifikacyjnego lub specjalistycznego stanowi wymóg warunkujący możliwość spełniania świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, a przez to – pośrednio – zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Z tych przyczyn, w ramach ww. propozycji, uzasadnione byłoby rozważenie dodatkowego zróżnicowania siatki wynagrodzeń, z uwzględnieniem tych dodatkowych kwalifikacji (kursów), które mogą posiadać pielęgniarki i położne.

Powyższe rozwiązanie może stanowić odpowiedź na stawiane projektowi ustawy zarzuty, wyważając – z jednej strony – konieczność uwzględniania poziomu wykwalifikowania pracowników przy ich wynagradzaniu i – z drugiej strony – kwestie zakresów obowiązków przypisanych do rzeczywiście zajmowanych stanowisk.

V. KONKLUZJE

1. Mając na uwadze normy wynikające z art. 12 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a także szczególny charakter tych zawodów i obowiązujące je normy deontologii zawodowej, pielęgniarki i położne nie mogą odmówić spełnienia świadczenia zdrowotnego (na zlecenie lekarskie oraz bez zlecenia) z tej przyczyny, że świadczenie wymaga posiadania przez pracownika wyższych kwalifikacji, a zakres czynności na zajmowanym stanowisku przez pracownika tych kwalifikacji nie wymaga.
2. Odmowa wykonania świadczenia może być traktowana jako naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych.
3. Źródłem niedopuszczalnych praktyk pracodawców, polegających na zatrudnianiu pielęgniarek i położnych na stanowiskach wymagających niższych kwalifikacji w celu uniknięcia wypłaty wyższego wynagrodzenia, ma swoje źródło w niedoskonałościach ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która uzależnia wysokość wynagrodzenia minimalnego od kwalifikacji wymaganych na danym stanowisku, a nie kwalifikacji rzeczywiście posiadanych przez pracowników medycznych.
4. W tym zakresie uzasadniona byłaby nowelizacja ustawy albo poprzez powiązanie minimalnego wynagrodzenia z posiadanymi kwalifikacjami, albo poprzez zróżnicowanie wysokości minimalnego wynagrodzenia pracowników posiadających różne kwalifikacje, a zajmujących stanowiska niewymagające bezwzględnie posiadania tych kwalifikacji.
5. W obecnym stanie prawnym pielęgniarkom i położnym, którym regularnie zlecane są zadania wymagające wyższych kwalifikacji, zwłaszcza gdy zadania te nie wchodzą w zakres zadań na danym stanowisku, może przysługiwać roszczenie o podniesienie wynagrodzenia i zapłatę zaległego wynagrodzenia, jak również o ukształtowanie treści stosunku pracy w zakresie wykonywanych obowiązków.



Prof. dr hab. Marek Chmaj
radca prawny

JAK ODPOCZYWAĆ, ŻEBY... ODPOCZAĆ

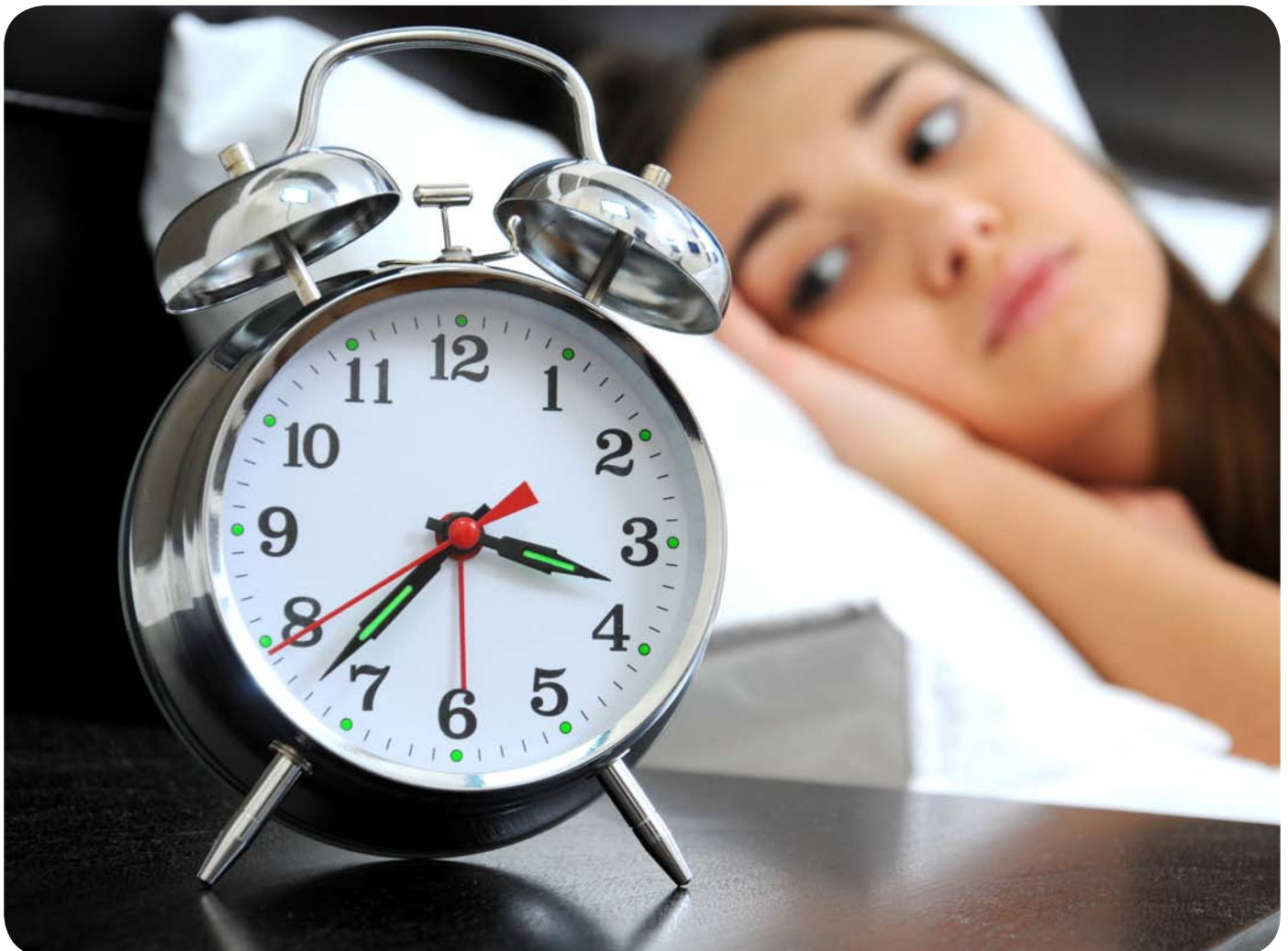
Też masz wrażenie, że wszyscy wokół narzekają, że są zmęczeni? Jesteś świeżo po urlopie, a czujesz się, jakby go w ogóle nie było? Czas uzupełnić energię. Możesz to zrobić choćby w weekend, a nawet dzisiaj po południu. Rozmowa z Bianką Beatą Kotoro.

Bianka Beata Kotoro: Szczerze? Jestem przekonana, że powodem twojego niekończącego się zmęczenia jest przede wszystkim twoje podejście do odpoczynku. Skąd ta pewność? Niestety większość z nas sama sobie robi krzywdę, karmiąc się błędnymi przekonaniem na temat odpoczyniania. Wciąż słyszymy historie o tym, że aby osiągnąć sukces, trzeba być mega aktywnym, że ludzie ambitni wcześniej wstają, robią tysiąc rzeczy. OK, rób to wszystko, ale pomiędzy tą aktywnością dawaj sobie chwile, kiedy pozwalasz sobie na coś, co jest absolutnie dla ciebie relaksem. Weź też pod uwagę kilka kwestii:

Już samo podejście do odpoczynku determinuje to, jak się czujemy. Zwróć uwagę, że wiele osób, gdy mówi im się „odpocznij”, na sam dźwięk tego słowa reaguje zdenerwowaniem. Czemu? Funkcjonuje takie przeświadczenie, że jak usiadziemy z przysłowiową kawą na balkonie czy położymy się na kanapie, to będziemy tymi, którzy NIC nie robią, będziemy nieproduktywni. Nie patrzmy na to, że mamy prawo do odpoczynku, że to jest coś niezbędnego do naszego dobrego funkcjonowania zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Powinniśmy umieć docenić czas, kiedy możemy zwolnić tempo. Tymczasem mamy wręcz

wdrukowane, że odpoczynek to lenistwo: „bo przecież tyle rzeczy mogłam zrobić!”, „to jak już mam odpoczywać, to przynajmniej dokończę książkę”. Oczywiście nie mówię, że czytanie książek jest czymś złym – chodzi mi o to, że mamy problem z tym, żeby sobie odpuścić. Odpoczynek nie jest marnowaniem czasu.

Możesz nic nie robić, i to jest w porządku. Odpoczywanie ma być dokładnie przeciwwagą dla naszej aktywności zawodowej. I nie, nie musi wiązać się z żadnym ruchem, challenge’ami, zaliczonymi miejscami na mapie. To trochę jak ze snem, podczas którego nic nie robimy, a daję



nam tak wiele. A skoro o śnie mowa, wiele osób odsypia np. przez pół soboty zmęczenie z całego tygodnia, a w niedzielę katuje się wyrzutami sumienia, że zmarnowały czas, zamiast sobie w tę niedzielę pomyśleć: „Cudownie! Wyleżałem się, dzisiaj może sobie coś obejrzę albo upiekę ciasto”. Chodzi o to, by docenić fakt, że mogliśmy ten dzień przeleżeć, zrelaksować się.

Zdarzyło ci się myśleć, że „ojejku, mogłam odwiedzić przyjaciół, pójść do kina czy posprzątać mieszkanie, a zmarnowałam całe wolne”? Za tym idą stres i wyrzuty sumienia. I to nie koniec, bo później pojawia się myśl: „w poniedziałek muszę iść do pracy”, „Boże, jutro tyle muszę zrobić”. Tak, to prawda, po wolnym wracamy do pracy, ale jest tu i teraz, i w tym momencie możemy wciąż delektować się wolnym czasem. Dajmy sobie na to pozwolenie. Jeżeli nakręcamy nasz umysł tym, jak bardzo jest lub będzie niefajnie, to jak on ma odpocząć? Nie róbmy sobie sami krzywdy.

Jak nie wyjedziesz, to... też odpoczniesz. Pytani o wrażenia z urlopu ludzie, którzy nigdzie nie wyjechali, często mówią: „byliśmy w domu, co to za urlop”, „siedzieliśmy tydzień na działce, to nie to samo, co gdzieś wyjechać”. To mit, że trzeba zmienić klimat, być daleko od domu, aby urlop był wartościowy. Nie jest istotne, czy jesteśmy w domu, na Hawajach czy na działce, tylko z jakim nastawieniem podejmiemy do tego urlopu. Możemy być na Hawajach, ale mieć poczucie winy, że nie pracujemy, a co więcej słono za to zapłaciliśmy.

Zdarzyło ci się lecieć gdzieś na krótki urlop albo np. na weekend (a najlepiej tanimi liniami, czyli de facto był to „ekonomiczny” wyjazd) i zamiast posiedzieć w tej Barcelonie czy Mediolanie z kawą i ciasteczkami, gnać przez miasto z poczuciem: „muszę zwiedzać, muszę zobaczyć jak najwięcej”? Nie chodzi o to, że jest coś złego w zwiedzaniu czy intensywnym odpoczynku, tylko pytanie, czy nam to rzeczywiście na ten moment jest potrzebne? Poczucie, że coś możemy stracić, jakiegoś „must-see” nie obejrzeć, wpędza nas w zakłępy krąg gnania i zdobywania. I nas wyczerpuje.

„Dłużej” nie znaczy „lepiej”. Badania pokazują, że idealny czas potrzebny nam do odpoczynku to 21 dni – 7 dni to czas odreagowania i kolejne 7 wejścia w stan odpoczynku, a dopiero po 2 tygodniach łapiemy chillout. Tak jak w przypadku urlopu na Hawajach z przykładu powyżej, tak i w przypadku 2-tygodniowego urlopu na Mazurach, nie mamy jednak gwarancji, że to nas w 100% zregeneruje – zawsze

bardziej niż czas i miejsce liczy się jakoś urlopu i nasze podejście.

Co więcej, wierzę, że w przeciągu dwóch dni jesteśmy w stanie się dobrze zregenerować. Jeżeli jesteśmy osobami, którymi ciągle brakuje snu (a zakładam, że tak jest), dajmy sobie możliwość tego pierwszego dnia dłużej pospać. Przy czym „dłużej” nie oznacza pół dnia. Musimy pamiętać, że za długie spanie nie działa dobrze i na nasze ciało, i na nasz mózg. Tak samo jest z kwestią drzemek w ciągu dnia – są pożądane, ale tylko jeżeli drzemka wynosi 15-20 minut. Zdrzemnięcie się nam godzinę czy dwie oznacza, że później będziemy nieprzytomni.

Wracając do odpoczynku w dwa dni – tak, to możliwe, gdy będziemy czerpać radość z tych dwóch dni, upajać się tym, że nasze życie w tym czasie jest fajne, robimy coś, co daje nam satysfakcję. I niech to będzie to, co MY chcemy robić – przesadzanie kwiatków, maraton filmowy z rodziną czy wycieczka na starówkę i udawanie turystów.

Jeśli umiemy odpoczywać, to nawet w ciągu połowy dnia możemy złapać oddech, pod warunkiem że to będzie takie pół dnia, w którym jesteśmy tu i teraz. Jeżeli siedzimy z koleżanką na kawie i mamy radość z tego, że tu siedzimy, to ładuje to nasze baterie. Ale jeśli się umówimy, ale z tyłu głowy mamy: „ojejku, nie powinienam tak tutaj siedzieć, powinienam poprosować”, to po co ta kawa? To rzeczywiście jest wtedy zmarnowany czas. Musimy praktykować podejście, że jest tylko jedna rzecz, której oddajemy się w danym momencie, i jeżeli ją wybraliśmy, to robimy właśnie ją, a nie rozpamiętujemy, że moglibyśmy robić coś innego.

Odfatcz się. Zasadniczą kwestią w dzisiejszych czasach jest to, byśmy na czas odpoczynku, niezależnie, czy jest to jedno popołudnie, czy tydzień, przestali być online. Socjologowie od wielu lat alarmują, że ulegamy FOMO (fear of missing out), czyli obawie, że coś nam umknie, że nie będziemy mieli poczucia kontroli i wiedzy, co się dzieje, a to niestety odciąga nas od tego, żeby być realnie w danym miejscu. Musimy sobie jasno powiedzieć, że nie, nigdy nie będziemy wszystkiego wiedzieć i pewne rzeczy nas ominą i że czasem trzeba wejść w tryb samolotowy (co u wielu osób budzi wręcz przerażenie!). I koniec, kropka.

Cały czas myślisz o tym, co się dzieje w pracy, myślisz o koleżankach, pacjentach? Odpuść. Jako ludzie mamy potrzebę kontrolowania wszystkiego, co więcej mamy poczucie, że mamy na wszystko wpływ, że jesteśmy niezastąpieni, ale prawda jest taka, że gdy nas nie ma, świat funkcjonuje dalej. To cenne, że pacjenci są

dla nas ważni, ale jeżeli mamy dzień wolnego, to po to, żeby nabrać sił i z nową energią móc zaangażować się w opiekę nad nimi i innymi osobami.

Jeśli wręcz męczą cię wyrzuty sumienia, że odpoczywasz, gdy inni pracują, zrób sobie... rachunek sumienia. Zastanów się, czy te wyrzuty są racjonalne, czy nie? Może jest tak, że masz mnóstwo zaległości, czas przelatuje ci przez palce, twoja organizacja jest zerowa i to się ciągnie tygodniami i miesiącami? Jeśli tak jest, być może problem tkwi głębiej? Może się okazać, że nie chodzi tutaj o sprawę odpoczynku, tylko jakichś problemów do rozwiązania, być może depresji? I tutaj zasadniczą kwestią jest, żeby wyciągnąć się z tego dołka.

Czerp energię z małych rzeczy. Nie chcę tu zabrznieć jak szamanka z Instagrama, ale naprawdę jest wiele małych aktywności, które działają niesamowicie energetyzująco, a które możemy robić każdego dnia – np. pójść z rana po bułeczki i cieszyć się, jak są chrupiące i że będą smakowały bliskiej nam osobie. Ale... możemy też iść obrażeni, że musimy chodzić rano do sklepu. Wszystko, co się dzieje, dzieje się w naszej głowie – to my nadajemy znaczenia poszczególnym rzeczom.

Istnieje całe mnóstwo czynności (nie chcę nazywać ich obowiązkami), które i tak muszą być zrobione – czemu więc trochę ich nie ocieplić? Powiedzmy, że musimy przygotować obiad dla rodziny. Możemy podejść do tego tak, że to „musimy zrobić”, albo zmienić to w przyjemną czynność. Zamiast kombinować, wstawić prostą do wykonania zupę, w tle włączyć muzykę i mieć poczucie, że to przyjemne działanie jest naszym wyborem. Trochę to sztuczne? Owszem, ale dobrze działa. Odpoczywanie i uzupełnianie energii to nie jest proces, który możemy ograniczyć wyłącznie do wolnych dni, świąt czy urlopu. Tak naprawdę w każdym dniu, w możliwie wielu działaniach, powinniśmy szukać przeciwwagi dla ciężkiej pracy i zmęczenia.

Bianka Beata Kotoro

psycholog, psychoseksuolog, terapeuta, psychoonkolog, superwizor ECE, wykładowca, przyjmuje m.in. w Instytucie Psychologiczno-Psychoseksuologicznym Terapii i Szkoleń BEATA VITA w Warszawie, autorka książek edukacyjnych dla dzieci i młodzieży.

Źródło: Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa nr 7-8.2024

KWALIFIKACJE I ZADANIA PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA

Wskazujemy szczegółowo rodzaje oraz zakresy realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotne dzieci i młodzieży, promując jednocześnie zdrowy styl życia. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych obejmuje nie tylko działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej, ale także interwencje w sytuacjach nagłych, edukację zdrowotną oraz współpracę z rodzicami, dyrektorem szkoły lub placówki i nauczycielami. Kompetencje pielęgniarki w tym zakresie są szerokie i różnorodne, a jej obowiązki – kluczowe dla tworzenia bezpiecznego i zdrowego środowiska edukacyjnego.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r., poz. 1078 ze zm.) pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania to pielęgniarka, która:
1) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub
2) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub

3) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub

4) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego zdobyty po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego po dniu 23 sierpnia 2015 r., lub

5) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego, lub

6) pielęgniarka, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego uzyskany po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego przed dniem 23 sierpnia 2015 r., lub

7) położna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo równoważny oraz posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania

- z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opie-

ki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizująca opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1427 ze zm.) pielęgniarka planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad świadczeniobiorcami na terenie szkoły lub w placówce. Świadczenia udzielane w środowisku nauczania i wychowania w zakresie:



- 1) wykonywania i interpretowania testów przesiewowych,
- 2) kierowania postępowaniem poprzez sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,
- 3) czynnego poradnictwa dla uczniów z problemami zdrowotnymi,
- 4) sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole,
- 5) udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc,
- 6) doradztwa dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole,
- 7) edukacji w zakresie zdrowia jamy ustnej,
- 8) prowadzenia u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni,
- 9) udziału w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki nauczania i wychowania.

2.1. Świadczenia są realizowane od poniedziałku do piątku, w dniach i godzinach dostępności szkoły, zgodnie z warunkami umowy zawartej ze świadczeniodawcą, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, według norm dotyczących zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę, traktowanej dla poszczególnych typów szkół jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego:

- 1) szkoła podstawowa z wyłączeniem szkół, o których mowa w pkt 3, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 880–1100 uczniów,
- 2) szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach):
 - a) z klasami, do których uczęszczają uczniowie niepełnosprawni, z wyjątkiem klas lub oddziałów specjalnych oraz sportowych - do ogólnej liczby uczniów w szkole należy dodać liczbę uczniów niepełnosprawnych pomnożoną przez wskaźnik i podzielić przez 880, przy czym dla uczniów:

- z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i sprawnych ruchowo, z niepełnosprawnością ruchową, słabowidzących i niewidomych, słabosłyszących i niesłyszących, przewlekłe chorych (wymagających dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole) - wskaźnik wynosi 7,

- z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawnych ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym i sprawnych ruchowo - wskaźnik wynosi 10,

- z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym i niepełnosprawnych ruchowo - wskaźnik wynosi 30, b) z klasami sportowymi - liczba wyliczona zgodnie z lit. a, z tym że wskaźnik dla uczniów uczęszczających do klas sportowych wynosi 2,

3) szkoła podstawowa, w której liczba uczniów nie przekracza 150 osób – 440–550 uczniów,

4) szkoły prowadzące naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoły sportowe – 700 uczniów,

5) szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży - liczba uczniów na jedną pielęgniarkę zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów oraz specyfiki danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie przed zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

a) typ A – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawni ruchowo, słabowidzący i niedowidzący, słabosłyszący i niesłyszący, przewlekłe chore (w tym osoby w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie) - 150 uczniów,

b) typ B – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawni ruchowo – 80 uczniów,

c) typ C – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawni ruchowo – 30 uczniów.

2.2. W szkołach, o których mowa w ust. 2.1 pkt 1 i 2, w których liczba uczniów zawiera się w przedziale 400–499 osób, dopuszcza się dostępność pielęgniarki w szkole nie mniej niż 3 razy w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie.

2.3. W szkołach, o których mowa w ust. 2.1 pkt 1 i 2, w których liczba uczniów zawiera się w przedziale 251–399 osób, dopuszcza się dostępność pielęgniarki w szkole nie mniej niż 2 razy w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie.

2.4. W szkołach, o których mowa w ust. 2.1 pkt 1–3, w których liczba uczniów nie

przekracza 250 osób, dopuszcza się dostępność pielęgniarki w szkole nie mniej niż 1 raz w tygodniu, nie mniej niż 4 godziny dziennie.

Realizacja opieki zdrowotnej nad uczniami przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania.

Na podstawie ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078 ze zm.):

1) pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w gabinecie profilaktyki zdrowotnej zlokalizowanym w szkole, a w przypadku braku gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 1).

2) profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów. Rodzice na pierwszym zebraniu rodziców oraz pełnoletni uczniowie na pierwszych zajęciach z wychowawcą w roku szkolnym uzyskują informację o zakresie opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu, o którym mowa powyżej, złożonego w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego opiekę. Sprawowanie opieki nad uczniami przewlekłe chorymi lub niepełnosprawnymi, wymaga pisemnej zgody rodziców albo pełnoletnich uczniów. Zgodę wyraża się przed objęciem ucznia opieką (art. 7 ust. 2, 3 i 5).

3) pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania integruje opiekę zdrowotną nad uczniami w celu wsparcia rodziców oraz pełnoletnich uczniów w realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych (art. 8 ust. 2).

4) współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z rodzicami albo pełnoletnimi uczniami polega na:

- przekazywaniu informacji o: stanie zdrowia i rozwoju psychofizycznym ucznia, terminach i zakresie udzielania świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, możliwościach i sposobie kontaktowania się z osobami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami,

- informowaniu i wspieraniu rodziców lub pełnoletnich uczniów w: organizacji korzystania ze świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami, w tym profilaktycznych badań lekarskich, badań przesiewowych, przeglądów stomatologicznych oraz szczepień ochronnych, realizacji zaleceń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza dentysty, uczestniczeniu w zebraniach z rodzicami albo zebraniach rady rodziców, w celu omówienia zagad-



nień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów (art. 17 ust. 1).

5) pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania współpracuje z dyrektorem szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym.

Współpraca polega na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz rozpoznanych czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły. W ramach współpracy pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania doradza dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.

Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania przedstawia zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów na posiedzeniach rady pedagogicznej, z zachowaniem prawa do tajemnicy o stanie zdrowia uczniów (art. 18 ust. 1-4).

6) współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z rodzicami, albo pełnoletnimi uczniami oraz z dyrektorem

szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, pod warunkiem że administratorzy i podmioty przetwarzające dane osobowe wdrożą środki techniczne i organizacyjne zapewniające odpowiedni stopień bezpieczeństwa tych danych w procesie ich przekazywania, określony w przepisach o ochronie danych osobowych (art. 19).

Kompetencje dyrektora szkoły lub placówki w kontekście realizowania świadczeń gwarantowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania.

Na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r., poz. 737 ze zm.):

1) dyrektor szkoły współpracuje z pielęgniarką sprawującą profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą, w tym udostępnia imię, nazwisko i numer PESEL ucznia celem właściwej realizacji tej opieki (art. 68 ust. 1 pkt 11).

2) na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania

przedstawia na posiedzeniach rady pedagogicznej zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów, z zachowaniem w tajemnicy informacji o stanie zdrowia uczniów (art. 69 ust. 8).

3) w zebraniach rady rodziców może uczestniczyć pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w celu omówienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów, z zachowaniem w tajemnicy informacji o stanie zdrowia uczniów (art. 83 ust. 1a).

Wyposażenie gabinetu w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze:

1) wyposażenie gabinetu:

- a) kozetka,
- b) stół zabiegowy lub stanowisko pracy - urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki szkolnej,
- c) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych,
- d) biurko oraz szafka kartoteczna - przeznaczone do przechowywania dokumentacji medycznej,
- e) waga medyczna ze wzrostomierzem,
- f) parawan,

g) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych,

h) stetoskop,

i) tablice Snellena do badania ostrości wzroku,

j) tablice Ishihary do badania widzenia barwnego,

k) tablice - siatki centylowe wzrostu i masy ciała oraz inne pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników,

l) środki do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów,

2) przenośna apteczka pierwszej pomocy wyposażona w:

a) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,

b) gaziki jałowe, gazę jałową, bandaże dziane i elastyczne, chustę trójkątną, przyłepiec, przyłepiec z opatrunkiem, rękawiczki jednorazowe, octawian glinu (al-tacet), wodę utlenioną, środek odkażający skórę, tabletki przeciwbólowe i rozkurczowe, neospasminę, maseczkę twarzową do prowadzenia oddechu zastępczego, szyny Kramera, stażę automatyczną, nożyczki, pakiet do odkażania.

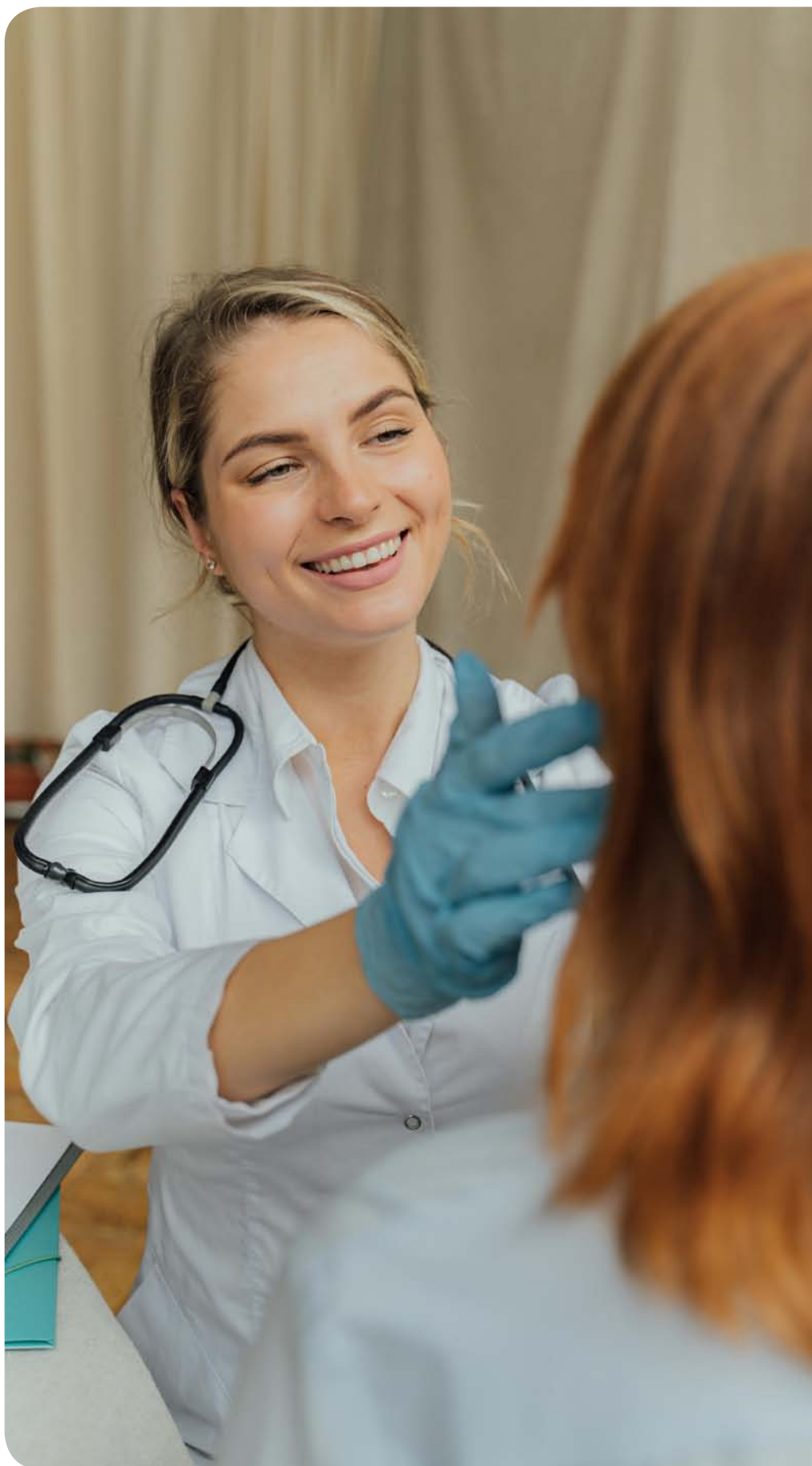
Warto dodać, że wyposażenie gabinetu zapewnia szkoła, a za apteczkę i jej wyposażenie odpowiada pielęgniarka, która realizuje świadczenia w szkole w ramach swojej praktyki zawodowej, lub podmiot leczniczy, który zatrudnił pielęgniarkę.

Udział pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania są niezwykle istotne dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego uczniów. Pielęgniarki pełnią ważną rolę w promowaniu zdrowego stylu życia, prewencji chorób, wczesnym wykrywaniu problemów zdrowotnych oraz wsparciu psychologicznym dzieci i młodzieży. Współczesne wyzwania zdrowotne, takie jak rosnąca liczba przypadków otyłości, innych chorób cywilizacyjnych, chorób przewlekłych czy problemów emocjonalnych młodych ludzi, stawiają przed pielęgniarkami nowe zadania i wymagają ciągłego doskonalenia zawodowego. Dlatego tak ważne jest, aby pielęgniarki miały dostęp do aktualnych szkoleń i wsparcia, które pozwolą im sprostać tym wyzwaniom.

Marcin Kosmalski,

prawnik, Dział Merytoryczny NIPiP.

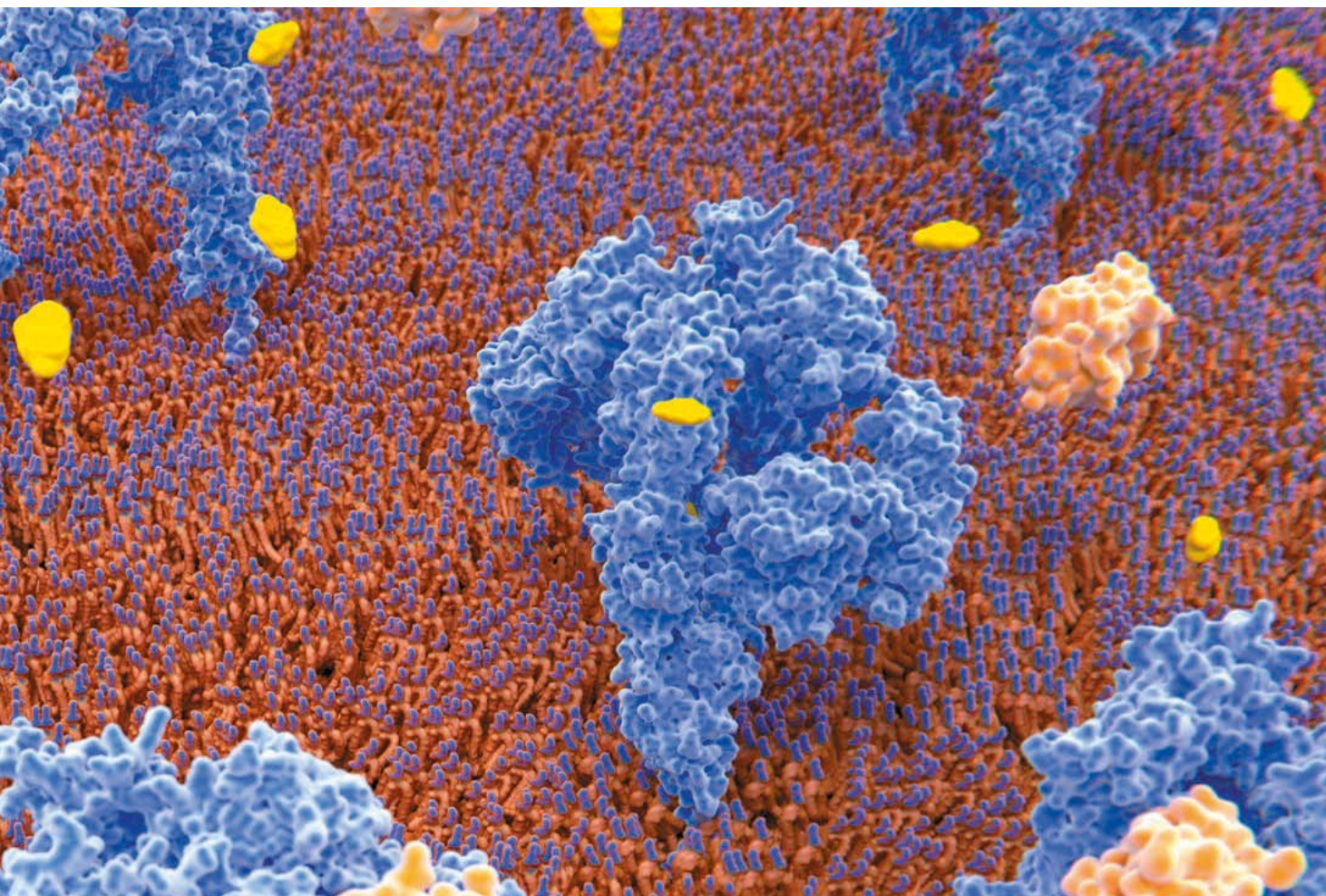
Źródło: Magazyn pielęgniarki i położnej nr 7-8.2024





DIAGNOZOWANIE INSULINOOPORNOŚCI TO POMYLENIE SKUTKU Z PRZYCZYNĄ

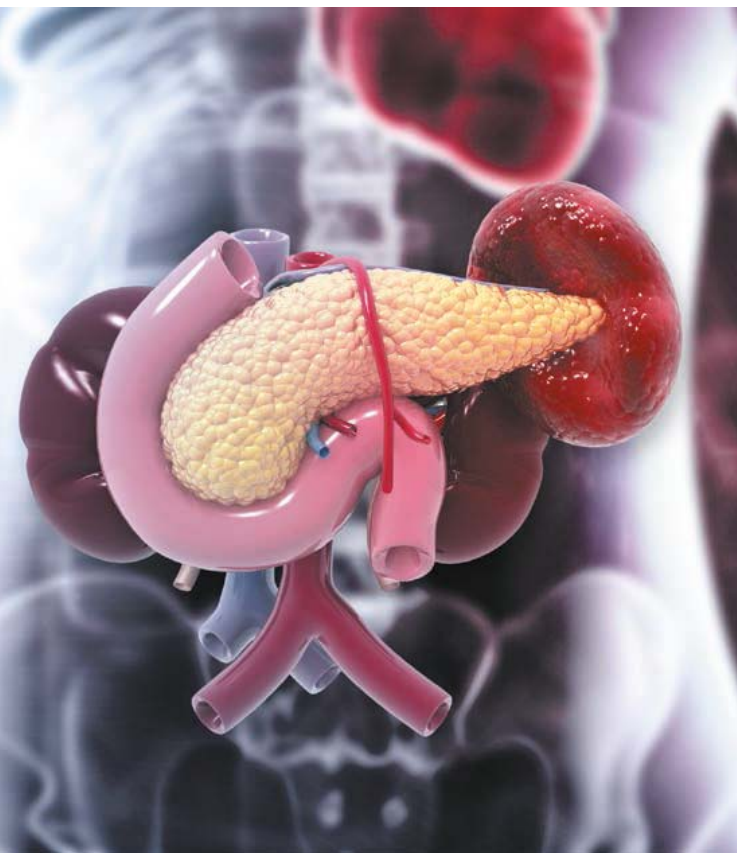
Insulinooporność początkowo wykrywano u osób chorych na cukrzycę i wcześniej opisywano ją jako wymagającą stosowania ponad 200 jednostek insuliny dziennie. Jednak ze względu na rosnącą świadomość konieczności leczenia problemów związanych z otyłością i nadwagą, w ostatnich latach wzrosło zainteresowanie tą... no właśnie – chorobą?



A mgr farm. JUSTYNA
GRZECHOCIŃSKA

Insulinooporność to stan metabolizmu, w którym komórki stają się niewrażliwe na insulinę, co powoduje gromadzenie się glukozy w krążeniu. Niezwykle istotne jest zrozumienie, że insulinooporność to stan, który może prowadzić do rozwoju różnych problemów zdrowotnych, w tym cukrzycy typu 2 i chorób układu krążenia. Wraz ze wzrostem liczby osób dotkniętych insulinoopornością wzrasta ryzyko chorób przewlekłych i konieczność interwencji medycznej. Z klinicznego punktu widzenia insulinooporność to stan, w którym organizm potrzebuje więcej insuliny niż zwykle, aby kontrolować poziom glukozy w krążeniu. Zasadniczo IR jest przewlekłym i prawdopodobnie odwracalnym stanem zmniejszonej reaktywności na insulinę w głównych docelowych tkankach metabolicznych, takich jak tkanka tłuszczowa, wątroba i mięśnie szkieletowe. W rezultacie organizm doświadcza długotrwałej

hiperinsulinemii, czego efektem jest hipoglikemia. Dochodzi do niego, gdy trzustka zostaje pobudzona do wypuszczenia nadmiernej ilości insuliny, a tkanki stają się odporne na jej działanie. Insulinooporność najczęściej wywołana jest znacznym przepełnieniem komórek nadmiarem zapasów energii, który powstaje w wyniku gromadzenia się w nich tkanki tłuszczowej. To uruchamia szereg działań, które ograniczają przyszłe wejście glukozy i kwasów tłuszczowych. Jeden z tych mechanizmów polega na tworzeniu produktów rozkładu triglicerydów, takich jak diacyloglicerole, drugi natomiast polega na zmniejszeniu liczby receptorów insuliny. Uważa się, że na poziomie komórkowym insulinooporność wiąże się z defektami szlaków sygnalizacji insuliny, które mogą zakłócać zdolność komórek do pobierania glukozy z krwiobiegu. Może to być spowodowane różnymi czynnikami, w tym stanem zapalnym, stresem oksydacyjnym i nagromadzeniem niektórych tłuszczów w komórkach. Na szerszym poziomie na insulinooporność wpływają również czynniki genetyczne i środowiskowe, takie jak historia rodziny, pochodzenie etniczne, dieta i poziom aktywności fizycznej. Dieta wysokotłuszczowa, a także nadmier-



ne spożycie kalorii mogą przyczyniać się do rozwoju insulinooporności. Insulinooporność powiązano z kilkoma zaburzeniami medycznymi, w tym otyłością, zespołem policystycznych jajników i bezdechem sennym. Choroby te mogą nasilać insulinooporność i zwiększać ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 i innych problemów zdrowotnych. Należy jednak ciągle pamiętać, że insulinooporność nie jest chorobą. Nie posiada kodu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, kryteriów rozpoznania i wyzdrowienia, a także nie zaleca się stosowania żadnych leków. Insulinooporność można traktować jako mechanizm obronny indukowany w reakcji na znacznie zwiększoną wewnątrzkomórkową akumulację składników odżywczych. Jeżeli jednoczesna hiperinsulinemia nie przezwycięży IR tkanki w celu utrzymania normoglikemii, zmniejszenie spożycia glukozy i kwasów tłuszczowych do komórek spowodowane IR może umożliwić powrót do stanu równowagi energetycznej. Fizjologiczna aktywność insuliny nie ogranicza się do metabolizmu glukozy; ułatwia także przenikanie kwasów tłuszczowych do komórek i hamuje lipolizę, co może skutkować zwiększoną akumulacją tłuszczu. W rezultacie pojawia się insulinooporność. Wykrywalną oznaką zmian jest hiperinsulinemia na czczo, powstająca wtórnie w celu utrzymania normoglikemii.

Podsumowując, IR to pewien mechanizm adaptacyjny naszego organizmu do nadmiernego gromadzenia energii w ciele w postaci tłuszczu. Komórka ma taki mechanizm, że jeśli ma w sobie dużo energii, w pewnym momencie nie chce jej więcej. Gdy zdarzy się, że człowiek jest pozbawiony tego mechanizmu, wówczas tyje niemal w niekończoność.

Tu docieramy do sedna sprawy

Obecna globalna epidemia otyłości staje się coraz bardziej powszechna i dotyka dużej liczby osób na całym świecie. Dlaczego o tym mowa? Bo osoba z „rozpoznaną” insulinoopornością to najczęściej osoba otyła. Przychodzi do lekarza i mówi: gruba jestem, a nic nie jem; dlaczego? Lekarz oznacza stężenie insuliny we krwi i stwierdza: ma pani wysoki poziom insuliny, i to dlatego jest pani otyła, ma pani ciężką insulinooporność. I to jest przykład błędnego myślenia. Ta pacjentka ma chorobę zwaną nadwagą lub otyłością. To insulinooporność jest skutkiem otyłości, a nie na odwrót. Wydaje się, że mechanizm rozpoznawania insulinooporności to desperacka próba wyjaśniania otyłej przeważnie pacjentce, dlaczego jest otyła i nie może schudnąć. Otyłość to ciężka, przewlekła choroba, bardzo trudna do leczenia. Insulinooporność zaś sama w sobie chorobą nie jest, jest co najwyżej jej objawem, którego zresztą ogóle nie potrzeba oceniać czy mierzyć. Otyłość widać gołym okiem i nie jest ona skutkiem insulinooporności, ale jej przyczyną.



Czy możliwe jest „leczenie” insulinooporności

Biorąc pod uwagę, że insulinooporność (IR) nie jest chorobą, dyskusja o lekach na IR stanowi wyzwanie. Istnieją terapie, które mogą zmniejszać IR, takie jak metformina i agoniści receptora PPAR (pioglitazon i rozyglitazon), jednak są to tak naprawdę leki przeciwcukrzycowe, a jednym z mechanizmów ich działania jest zwiększenie wrażliwości na insulinę. Badania kliniczne i wytyczne dotyczące tych leków pokazują, że ich celem jest normalizacja poziomu glukozy i że podawanie ich osobom z prawidłowym poziomem glukozy, z wyjątkiem osób z PCOS, nie daje żadnych korzyści zdrowotnych. W rezultacie podawanie metforminy u osób, które nie mają problemów z tolerancją węglowodanów, zmniejszenie insulinemii jest złym pomysłem, ponieważ nie ma naukowych dowodów na to, że to działa. Niestety, pomimo coraz lepszego zrozumienia regulacji gospodarki cukrowej i szeroko omawianej kwestii insulinooporności główne metody leczenia tego stanu w dalszym ciągu sprowadzają się do ćwiczeń fizycznych i starannie zbilansowanej diety. Pacjenci rzadko są w stanie poradzić sobie sami, co wymaga pomocy wielu ekspertów, takich jak lekarze, dietetycy, trenerzy, a nawet psychoterapeuci. Choć przyczyn tej dolegliwości jest wiele, jej postęp jest niestety spowodowany stylem życia, w którym dominują złe nawyki żywieniowe i brak aktywności fizycznej. Pomimo łatwego dostępu do różnorodnych źródeł informacji na temat zdrowego trybu życia, osoby cierpiące na insuli-

nooporność często wymagają pomocy specjalisty, aby skutecznie zarządzać swoim stanem zdrowia. Wymagają one kompleksowej strategii obejmującej nie tylko zdrową dietę i częstą aktywność fizyczną, ale także regularne monitorowanie poziomu cukru we krwi, potrzebę modyfikacji stylu życia, a w niektórych przypadkach pomoc psychologiczną. Dlatego też pacjenci z insulinoopornością potrzebują zespołu profesjonalistów, którzy będą ich wspierać na każdym etapie terapii i zmiany stylu życia. Lekarze, dietetycy, trenerzy i psychoterapeuci to tylko niektórzy specjaliści, którzy pomogą pacjentom zrozumieć pierwotne przyczyny ich stanu i opracować skuteczne plany wyjścia z insulinooporności. Pacjenci będą mieli większe szanse na sukces w walce z insulinoopornością, a w rezultacie ich życie stanie się zdrowsze i bardziej satysfakcjonujące. ■



