

MEDYCZNO-SPOŁECZNE I PRAWNE ASPEKTY OPIEKI NAD DZIECKIEM

MEDICO-SOCIAL AND LEGAL ASPECTS OF CHILDCARE

Andrzej Tytuła^{1A,B,C,D,E,F,G}, Anita Jaształ-Kniażuk^{1A,B,C,D,E,F,G}, Paweł Szczepan Błaszkiwicz^{2A,B,C,D,E,F,G},
Ewa Kulbaka^{2A,B,C,D,E,F,G}, Katarzyna Bartosik^{2A,B,C,D,E,F,G}

¹Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, Polska

²Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

¹Regional Council of Nurses and Midwives in Lublin, Poland

²Chair and Department of Biology and Parasitology, Medical University of Lublin, Poland

Authors' contribution | Wkład autorów:

A. Study design/planning | zaplanowanie badań • B. Data collection/entry | zebranie danych
• C. Data analysis/statistics | dane – analiza i statystyki • D. Data interpretation | interpretacja
danych • E. Preparation of manuscript | przygotowanie artykułu • F. Literature analysis/search |
wyszukiwanie i analiza literatury • G. Funds collection | zebranie funduszy

Adres do korespondencji:

Andrzej Tytuła
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie
ul. Czechowska 3A,
20-072 Lublin,
tel. 81 536 67 62, 500 141 262
e-mail: a.tytula@oipip.lublin.pl

PRZESŁANE: 1.07.2018

AKCEPTACJA: 10.09.2018

DOI: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2018.80809>

STRESZCZENIE

Opieka nad dzieckiem to zagadnienie, które należy rozpatrywać na poziomie kilku płaszczyzn uwarunkowanych sytuacją rodzinną, społeczną oraz zdrowotną dziecka. Wśród wybranych aspektów opieki nad dzieckiem, których znajomość stanowi integralny element praktyki pielęgniarskiej, należy wymienić aspekty medyczno-społeczne oraz prawne. Pielęgniarka jako profesjonalista wykonuje zawód, opierając się na zapisach ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, podejmując szereg działań służących należytej jakości realizowanych przez nią świadczeń, oraz ponosi pełną odpowiedzialność za realizację świadczeń, które pozostają w gestii jej kompetencji zawodowych. Z tego względu aktywność zawodowa pielęgniarek poddawana jest ustawicznym ocenom wynikającym z norm zawartych w kodeksach deontologiczno-etycznych oraz aktach prawnych regulujących obszar praktyki zawodowej. Przedmiotowa ocena zawsze ma oddźwięk społeczny, a podejmowane przez pielęgniarkę decyzje rodzą określone skutki w zakresie odpowiedzialności prawnej, karnej, cywilnej, materialnej, zawodowej i etycznej. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na fakt, że wykonywanie zawodu pielęgniarki w kontekście sprawowania opieki nad dzieckiem, niezależnie od formy aktywności zawodowej, rodzaju i miejsca udzielanych świadczeń zdrowotnych, niesie za sobą konieczność pełnej świadomości medyczno-społecznych oraz prawnych aspektów opieki nad dzieckiem. Aspekty te w kontekście opieki nad dzieckiem przedstawione zostały na przykładzie obszarów, które od kilku lat pozostają przedmiotem burzliwych dyskusji wśród przedstawicieli środowisk medycznych, ruchów społecznych, mediów i opinii publicznej, tj. kontroli prewalencji wszawicy głowowej, szczepień ochronnych, a także udziału pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w procesie leczenia dzieci przebywających w miejscu zamieszkania, którym zaordynowano antybiotykoterapię w drodze iniekcji.

W tym celu wykorzystano metodę systematycznego przeglądu piśmiennictwa, w tym aktów prawnych, oraz doświadczenia własne w obszarze udziału pielęgniarki w realizacji świadczeń zdrowotnych, które zgromadzono dzięki danym dostępnym w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Słowa kluczowe: pacjent pediatriczny, wszawica, szczepienia ochronne, iniekcje antybiotyków w warunkach domowych.

ABSTRACT

Childcare is a multi-faceted problem that should be considered depending not only on family situation of a particular child, but also on his social and health conditions. Among the selected aspects of childcare, awareness of which constitutes an integral element of practical nurse, the medical, social and legal aspects should be enumerated. The nurses, as a professionals perform their profession according to the Polish Act of 15 July 2011 concerning professions of nurses and midwives. They undertake many activities to ensure an adequate quality of services and bear full responsibility for implementation of services that constitute a part of their professional competence. For that reason, the professional activities of nurses are constantly evaluated in accordance with standards which are incorporated in deontological and ethical codes and legal acts regulating nurses' professional practice. This evaluation is always connected with a social resonance and the decisions made by the nurses have specific consequences in terms of the legal, criminal, civil, material, professional and ethical liability.

The aim of this study is to emphasise the fact that the pursuit of the occupation of nurse in the aspect of childcare must be related to a full professional awareness of medico-social and legal aspects of childcare, regardless of the form of the professional activity or the type and place of provided health services. These aspects of the childcare were

presented by the example of the various fields such as: control of pediculosis prevalence, protective vaccination, the role of the primary care nurses in treatment of homebound children prescribed antibiotic therapy via injections, which became subjects of heated debates among medical community representatives, social movements and mass-media. For the purpose of this investigation the legal acts, the scientific literature and our own experience in the field of contribution of the nurses in the implementation of health services based on data from District Chamber of Nurses and Midwives in Lublin have been analyzed.

Key words: pediatric patient, pediculosis, protective vaccination, antibiotic therapy administered by injection.

WSTĘP

Zagadnienie medyczno-społecznych oraz prawnych aspektów w kontekście opieki nad dzieckiem stanowi integralny element codziennej praktyki pielęgniarskiej. Zgodnie z zapisem art. 4 ust. 1 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, a także na edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Czynna zawodowo pielęgniarka, zgodnie ze wskazaniem art. 61 ust. 1 przywołanej wyżej ustawy, ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Nałożony na pielęgniarkę przez ustawodawcę obowiązek stanowi o tym, że jej aktywność zawodowa pozostaje zależna od stopnia rozwoju nauk medycznych oraz obowiązujących przepisów prawa [1, 2]. Pielęgniarka jako profesjonalista podejmuje wiele działań służących należytej jakości realizowanych przez nią świadczeń oraz ponosi pełną odpowiedzialność za realizację tych świadczeń, które pozostają w gestii jej kompetencji zawodowych. Z tego względu aktywność zawodowa pielęgniarek poddawana jest ustawicznym ocenom wynikającym z norm zawartych w kodeksach deontologiczno-etycznych oraz aktach prawnych regulujących obszar jej praktyki zawodowej. Należy wyraźnie podkreślić, że przedmiotowa ocena zawsze ma oddźwięk społeczny, a podejmowane przez pielęgniarkę decyzje rodzą określone skutki w przedmiocie odpowiedzialności prawnej, karnej, cywilnej, materialnej, służbowej, zawodowej i etycznej [1–3].

CEL PRACY

Celem pracy było omówienie problemu wykonywania zawodu pielęgniarki w kontekście sprawowania opieki nad dzieckiem, niezależnie od formy ak-

tywności zawodowej, rodzaju i miejsca udzielanych świadczeń zdrowotnych, w odniesieniu do konieczności pełnej świadomości medyczno-społecznych oraz prawnych aspektów opieki nad dzieckiem. Z uwagi na fakt, że zakres zadań zawodowych podejmowanych przez pielęgniarkę w kontekście opieki nad dzieckiem jest bardzo szeroki, wskazane zostały tylko te obszary, które ze względu na swój aspekt medyczny, społeczny i prawny są przedmiotem szerokich dyskusji na płaszczyźnie życia społecznego i zawodowego.

MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę systematycznego przeglądu piśmiennictwa, na podstawie którego omówiono zagadnienia dotyczące kontroli i redukcji prewalencji inwazji *Pediculus humanus capitis* oraz szczepień ochronnych. Zagadnienie dotyczące udziału pielęgniarki w procesie leczenia omówiono w oparciu o analizę ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej regulującej zasady wykonywania zawodu oraz w oparciu o analizę stanowisk, opinii i zaleceń wojewódzkich oraz krajowych konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa pediatricznego i pediatrii. Ponadto wykorzystano doświadczenia własne w obszarze udziału pielęgniarki w realizacji świadczeń zdrowotnych, które zgromadzono dzięki danym dostępnym w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie ze szczególnym uwzględnieniem odmowy wykonania przez pielęgniarkę zlecenia lekarskiego.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Kontrola i redukcja prewalencji inwazji *Pediculus humanus capitis*

Wszawica głowowa to choroba pasożytnicza będąca konsekwencją infestacji wszą głowową (*Pediculus humanus capitis*). Obecnie stanowi duży problem o charakterze medyczno-społeczno-prawnym, z uwagi na fakt, iż występuje dość powszechnie zarówno w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych jak i w placówkach szkolno-oświatowych, pozostając tym samym w obszarze zainteresowań praktyki zawodowej pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania [4–6]. Wszawica z uwagi na ryzyko społecznego naznaczenia zarażonych dzieci i ich rodzin zaliczana jest do grupy chorób wstydlivych, co utrudnia i zwykle opóźnia podjęcie leczenia oraz sprzyja podtrzymywaniu źródeł

zarażenia. Mimo że wszawica od kilku lat pozostaje istotnym problemem higienicznym i społecznym, nie została ujęta w wykazie chorób zakaźnych stanowiącym załącznik do obowiązującej ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [7]. W związku z powyższym monitorowanie prewalencji wszawicy głowowej i odzieżowej nie jest objęte zakresem działania powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, gdyż zgodnie z obowiązującym prawem nie ma obowiązku zgłaszania występowania wszawicy w szkole do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co z kolei wynika z faktu, że na terenie Polski od lat nie występują niebezpieczne choroby zakaźne przenoszone przez wszy odzieżowe, np. tyfus plamisty (dur plamisty) [4, 8–10]. Z tego względu, a także na podstawie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą [11] oraz stanowiska Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia w sprawie zapobiegania i zwalczania wszawicy u dzieci i młodzieży, odstąpiono od procedury kontroli czystości uczniów, pozostawiając problem wszawicy w zakresie działań instytucji opiekuńczo-wychowawczych i pomocy społecznej. Zalecana jest jedynie okresowa kontrola higieniczna czystości głowy i skóry u dzieci prowadzona przez pielęgniarkę w sposób indywidualny, w szkolnym gabinecie profilaktyki zdrowotnej, w uzasadnionych przypadkach, na podstawie zgody rodziców na objęcie dziecka opieką, w tym również opieką zdrowotną przez pielęgniarkę szkolną [8, 9, 12]. Dlatego przedstawiciele środowisk zawodowych oraz stowarzyszeń pacjenckich przy okazji podjęcia prac nad nowelizacją ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wnioskowali o rozszerzenie wykazu chorób zakaźnych oraz nadanie tym samym pielęgniarkom środowiska nauczania i wychowania szerszych uprawnień w zakresie wykrywania, profilaktyki i leczenia m.in. wszawicy. Wnioskowane zmiany umożliwiłyby pielęgniarkom podjęcie skutecznych działań zmierzających do redukcji prewalencji wszawicy, a także korespondowałyby wprost z zapisami ustawy z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe [13], która nakłada na placówki oświatowo-wychowawcze obowiązek zapewnienia warunków organizacyjnych do bezpiecznego i higienicznego pobytu dzieci w placówkach oświatowych i opiekuńczych, gdyż obecnie walka z wszawicą obejmuje jedynie:

- działania mieszczące się w obszarze akcji oświatowej skierowanej do uczniów, młodzieży i rodziców,
- okresowe, przeprowadzane jedynie w uzasadnionych przypadkach i po spełnieniu określonych warunków przeglądu czystości uczniów przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania [8, 9, 12, 13].

Skala problemu, jakim pozostaje wszawica, daje podstawę do wysnucia wniosku, że obowiązujące regulacje prawne oraz procedury postępowania w przypadku stwierdzenia wszawicy w placówce nie przyczyniają się do zmniejszenia skali tego problemu – pomimo akcji oświatowych prowadzonych wśród dzieci i ich opiekunów. Niezbędne zatem jest podjęcie kroków służących eliminacji wszawicy poprzez wdrożenie odpowiednich działań mających umocowanie prawne czy też udostępnienie narzędzi, z których wykorzystaniem możliwa będzie znaczna redukcja prewalencji infestacji *Pediculus humanus capitis*.

Szczepienia ochronne

Szczepienia ochronne stanowią temat, który budzi bardzo wiele emocji zarówno w środowiskach medycznych, jak i wśród rodziców dzieci podlegających ustawowemu obowiązkowi szczepień ochronnych [7, 14, 15]. Mimo że zagadnienie szczepień ochronnych uregulowane zostało na mocy ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w ślad za którą Minister Zdrowia wydał szereg rozporządzeń regulujących obszar obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych, sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne, a także sposobu przechowywania szczepionek i niepożądanych odczynów poszczepiennych [7, 14–16], od wielu lat toczy się burzliwa dyskusja na temat „szczepić czy nie szczepić?”, w którą zaangażowany jest prężnie działający ruch antyszczepionkowy. Istotą działania ruchów antyszczepionkowych jest pozostawanie w opozycji w stosunku do faktów naukowych dotyczących obszaru szczepień ochronnych. Obawa przed wystąpieniem niepożądanych odczynów poszczepiennych, w szczególności zagrażających zdrowiu i życiu dziecka, jest czynnikiem, który powoduje, że niemożliwe do przyjęcia są argumenty naukowe na temat szczepień ochronnych [16, 17]. Z tego względu sytuacja, jaką można obserwować od kilku lat, jest przedmiotem dyskusji podczas licznych konferencji oraz akcji informacyjnych podjętych głównie z inicjatywy epidemiologów, a jej celem jest „zaszczepienie w sobie chęci szczepienia” [17, 18]. Jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli opublikowanego w 2016 r., obowiązujący w Polsce system szczepień obowiązkowych jest bezpieczny i działa sprawnie, chroniąc przed chorobami zakaźnymi dzieci i osoby dorosłe [19]. Z tego względu groźna dla całej populacji może okazać się tendencja do unikania szczepień [17, 20, 21]. Wyraźnie należy również zaznaczyć, że sytuacja epidemiologiczna w kraju jest na bieżąco monitorowana, czego wynikiem jest dostosowywanie obowiązujących w danym roku kalendarzy szczepień ochronnych do wspomnianej wyżej sytuacji epidemiologicznej w Polsce [14, 18, 19]. Ponadto obowiązek

poddania się szczepieniom ochronnym jest nie tylko wyrazem dbałości o zdrowie indywidualnego pacjenta, ale wynika także z konieczności zadbania o tzw. zdrowie publiczne [21]. Z tego względu obowiązek ten ma swoje poparcie w przepisach, np. w Konstytucji RP w art. 31 ust. 3, jak również w wyrokach sądów administracyjnych [21, 22]. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad dzieckiem uczestniczy w procesie szczepień ochronnych zarówno na poziomie oddziałów noworodkowych, jak i podstawowej opieki zdrowotnej, a jej udział w realizacji kalendarza szczepień wyraża się m.in. w realizacji zlecenia wykonania szczepienia poprzedzonego kwalifikacją do szczepienia oraz potwierdzeniem faktu wykonania szczepienia w dokumentacji medycznej. Z tego względu pielęgniarka zobowiązana jest posiadać odpowiednie przygotowanie zawodowe w formie ukończonego kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych, a następnie na bieżąco monitorować i stosować w praktyce zawodowej przepisy prawa regulujące obszar szczepień ochronnych, w tym kalendarz szczepień ochronnych [1]. Należy zaznaczyć, że zagadnienie obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce zostało uregulowane w sposób, który pozostaje dość klarowny, ale równocześnie podlega dynamicznym zmianom wyrażonym w obowiązujących na dany rok kalendarzach szczepień. Z tego względu pielęgniarka zaangażowana zawodowo w realizację kalendarza szczepień zobowiązana jest przede wszystkim do nabycia stosownych uprawnień, a następnie ustawicznej aktualizacji wiedzy w zakresie szczepień ochronnych wśród dzieci i młodzieży [1, 18, 20, 21]. Pielęgniarka, która uczestniczy w szczepieniach ochronnych bez ukończonego kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych, działa bezprawnie, w wyniku czego jej aktywność zawodowa narażona zostaje na konsekwencje prawne [1].

Udział pielęgniarek w procesie leczenia dzieci przebywających w miejscu zamieszkania, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji dotyczącej odmowy wykonania przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej zlecenia lekarskiego

W ostatnim czasie zagadnienie to pozostawało przedmiotem wielu burzliwych dyskusji, głównie na poziomie doniesień medialnych, a dotyczy zasad wykonywania zawodu pielęgniarki, które określone zostały w ustawie z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej [1]. Zgodnie z art. 4 ust. 1 przedmiotowej ustawy wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu szeregu świadczeń zdrowotnych, w tym również realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, które jak wynika z zapisu art. 11 ust. 1 tejże ustawy, pielęgniarka zobowiązana

jest wykonywać z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ustawodawca, określając zasady wykonywania zawodu, poddał regulacji ustawowej również zagadnienie dotyczące odmowy wykonania przez pielęgniarkę określonego świadczenia. Zagadnienie to uregulowane zostało w art. 12 ust. 1–4 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, którego zapisy nawiązują do obowiązku posiadania przez pielęgniarkę odpowiednich kwalifikacji zawodowych oraz obowiązku udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy – jak stanowi przepis – zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Artykuł ten, regulując obszar odmowy wykonania przez pielęgniarkę zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia, powołuje się na sytuację, w której wykonanie zlecenia lub innego świadczenia jest niezgodne z sumieniem pielęgniarki lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, przy czym pielęgniarka, korzystając z prawa do odmowy, winna podać przyczynę odmowy, odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej oraz poinformować pacjenta, jego faktycznego opiekuna lub przedstawiciela ustawowego o realnych możliwościach uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki lub w podmiocie leczniczym. Z uwagi na realizację zapisów dotyczących należytej staranności w wykonywaniu zawodu oraz dbałości o bezpieczeństwo pacjenta, korzystanie przez pielęgniarkę z prawa do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia zdrowotnego w sytuacji wystąpienia okoliczności uzasadniających tę odmowę jest wyrazem jej odpowiedzialności zawodowej [1, 23]. Rozpatrując to zagadnienie w kontekście opieki nad dziećmi, w szczególności w kontekście podawania iniekcji niemowlętom w ich środowisku zamieszkania, należy zauważyć, iż od lat jest ono przedmiotem dyskusji. Wobec powyższego znane są powszechnie i zalecane do stosowania w codziennej praktyce zawodowej pielęgniarek takie dokumenty, jak stanowiska konsultantów krajowych i wojewódzkich zarówno w dziedzinie pediatrii, jak i pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie podawania antybiotyków u noworodków i niemowląt do 3. miesiąca życia, z których treści wynika wprost, że wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych u noworodków i niemowląt do 3. miesiąca życia w ich środowisku zamieszkania jest postępowaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną [23–25]. W ocenie krajowego konsultanta w dziedzinie pediatrii podjęcie decyzji o prowadzeniu leczenia u tak małych dzieci w warunkach domowych wskazuje na dobry stan dziecka, a w takim przypadku dziecko może i powinno być leczone doustną podażą antybiotyków [23, 24]. Z kolei w komunikacie świętokrzyskiego konsultanta w dziedzinie pediatrii oraz w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie podawania antybiotyków noworodkom i niemowlętom

do 3. miesiąca życia można przeczytać, że podawanie antybiotyków u noworodków i niemowląt do 3. miesiąca życia, ale również starszych niemowląt, które nie mają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, jest wykluczone w warunkach ambulatoryjnych jako niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i niebezpieczne dla dziecka [23]. Z uwagi na fakt, że art. 11 ust. 1 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na pielęgniarkę m.in. obowiązek wykonywania zawodu z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej [1], w tym miejscu należy podkreślić obowiązek znajomości przez pielęgniarkę takich dokumentów, jak np. charakterystyka produktu leczniczego [26, 27]. Mimo że to lekarz podejmuje decyzję o sposobie leczenia dziecka, która jest wynikiem postępowania diagnostycznego, to pielęgniarka poprzez udział w realizacji zleceń lekarskich również uczestniczy w procesie leczenia [1]. Z tego względu ważne jest, aby pielęgniarka odpowiedzialna za realizację konkretnego zlecenia lekarskiego, dokładając wszelkiej staranności, miała wiedzę na temat podawanego produktu leczniczego, w szczególności z uwagi na to, iż codzienna praktyka zawodowa bogata jest w przypadki, w których w świetle aktualnej wiedzy medycznej zaordynowane leczenie lub forma wystawionego zlecenia może budzić uzasadnione wątpliwości. Realizacja przez pielęgniarkę zlecenia lekarskiego pomimo uzasadnionych wątpliwości skutkuje zaryzykowaniem bezpieczeństwa zdrowia i życia podopiecznego oraz wszczęciem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej [1, 2]. W tego typu sytuacjach pielęgniarka winna kierować się w szczególności bezpieczeństwem dziecka, a decyzję o wykonaniu lub odmowie wykonania zlecenia opierać na podstawie aktualnej wiedzy medycznej oraz aktów prawnych regulujących obszar wykonywania zawodu [1, 2]. Podejmowanie przez pielęgniarkę niepopularnych medialnie decyzji nie powinno być powodem krytyki w sytuacji, w której podyktowane jest bezpieczeństwem podopiecznego

PODSUMOWANIE

Pielęgniarka jako profesjonalista zaangażowany w sprawę ochrony zdrowia i aktywnie uczestniczący w procesie realizacji świadczeń zdrowotnych musi być świadoma medyczno-społecznych oraz prawnych aspektów związanych z wykonywaniem zawodu, gdyż determinują one takie elementy, jak jakość świadczonych przez pielęgniarkę usług w kontekście ich bezpieczeństwa dla zdrowia i życia podopiecznego, profesjonalizację i prestiż zawodu wyrażone oceną współpracowników – również profesjonalistów, a także opinii społecznej. Świadomość zawodowa pielęgniarki jest tym czynnikiem, który w sposób znaczący koresponduje z zagadnieniem odpowiedzialności zawodowej wyrażonym bezpieczeństwem podopiecznego

oraz bezpieczeństwem pracy własnej i zespołu terapeutycznego. Wszystkie formy oraz zasady wykonywania zawodu pielęgniarki, które wymienione zostały w ustawie z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, określają wachlarz jej obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności, co wskazuje jedynie skalę odpowiedzialności zawodowej i konieczność ustawicznego kształcenia podyplomowego. Kwestią bezsporną pozostaje fakt, że pielęgniarki odgrywają istotną rolę w profilaktyce i zwalczaniu chorób zakaźnych, w tym pasożytniczych, wśród dzieci i młodzieży, a także pełnią ważną funkcję edukacyjną w zakresie szczepień ochronnych, pozostając jednym z pierwszych źródeł rzetelnej wiedzy na ich temat. Z tego względu współczesna pielęgniarka, świadoma społeczno-prawnych aspektów opieki nad dzieckiem oraz spoczywającej na niej odpowiedzialności za udział w procesie realizacji świadczeń medycznych, nie może pozwolić sobie na bierność w zakresie rozwoju zawodowego i poprzestać na poziomie wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie kształcenia przeddyplomowego. Profesjonalizacja zawodu, odpowiedzialność za zdrowie i życie podopiecznego, rodzaj udzielanych przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych, wymagania stawiane pielęgniarkom przez płatnika tych świadczeń, ustawodawcę, jak również pracodawców, a także oddźwięk społeczny dotyczący każdego z obszarów aktywności zawodowej pielęgniarki powodują, że każda z nich ponosi odpowiedzialność za decyzje podejmowane na polu aktywności zawodowej. Pielęgniarki pozostają odpowiedzialne za kreowanie wizerunku zawodowego, w tym ocenę opinii publicznej. Z tego względu, jako aktywni członkowie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, pielęgniarki zobowiązane są do znajomości medyczno-społecznych oraz prawnych aspektów opieki nad dzieckiem. Obowiązek ten spełniony zostanie jedynie poprzez stałe aktualizowanie swojej wiedzy i umiejętności zawodowych.

Oświadczenie

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 123).
2. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 916).
3. Wrońska I, Mariański J. Etyka w pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich. Czelej, Lublin 2002.
4. Buczek A. Choroby pasożytnicze. Epidemiologia, diagnostyka, objawy. Koliber, Lublin 2010; 353-362.
5. Chodorowska G, Juszkiwicz-Borowiec G, Wojnowska D i wsp. Wszawica głowowa – współczesne problemy epidemiologiczne. W: Stawonogi. Różnorodność form i oddziaływań. Buczek A, Błaszak C (red.). Koliber, Lublin 2005; 171-176.
6. Pontius DJ. Demystifying pediculosis: school nurses taking the lead. *Pediatr Nurs* 2014; 40: 226-235.

7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r., poz. 151).
8. Izdebska JN. Wszy. Poznaj i pokonaj problem. Informator. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014; 45-49.
9. Stanowisko Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie zdrowia w sprawie zapobiegania i zwalczania wszawicy u dzieci i młodzieży. Ministerstwo Zdrowia. www2.mz.gov.pl.
10. Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych. Ostrega W, Oblacińska A (red.). Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2017; 229-233.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).
12. Zdrowie ucznia – Ministerstwo Zdrowia – Portal.gov.pl. Dostępne na: www.gov.pl/zdrowie/zdrowie-ucznia (dostęp: 26.06.2018 r.).
13. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. prawo oświatowe (Dz. U. z 2018 r., poz. 996 i 1000).
14. Szczepienia obowiązkowe – GIS. Dostępne na: <https://gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-obowiazkowe/> (dostęp: 27.06.2018 r.).
15. Rostowska W. Nieszczepione dzieci w placówkach POZ. Prawne i Praktyczne aspekty szczepień ochronnych. MPiP. Wydanie specjalne 2018; 16-17.
16. Andrzejewska D. Niepożądane odczyny poszczepienne. Prawne i Praktyczne aspekty szczepień ochronnych. MPiP. Wydanie specjalne 2018; 12-13.
17. Misik M. Fakty, mity na temat szczepień. Prawne i Praktyczne aspekty szczepień ochronnych. MPiP. Wydanie specjalne 2018; 6-9.
18. Nowak V. Zaszczepić chęć szczepienia. Prawne i Praktyczne aspekty szczepień ochronnych. MPiP. Wydanie specjalne 2018; 2-5.
19. Najwyższa Izba Kontroli. Raport: „System szczepień ochronnych dzieci”. Nr ewidencyjny: P/15/080, 8 kwietnia 2016 r.
20. Gajewska K. Odmowa szczepień. Prawne i Praktyczne aspekty szczepień ochronnych. MPiP. Wydanie specjalne 2018; 14-15.
21. Gajewska K. Obowiązek poddania się szczepieniom. Prawne i Praktyczne aspekty szczepień ochronnych. MPiP. Wydanie specjalne 2018; 10-11.
22. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci. *Pediatr Pol* 2013; 88: 120-126.
23. Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla województwa lubelskiego w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji małym dzieciom w miejscu zamieszkania z dnia 15.02.2018 r. *Nasz Głos* 2018; 2: 34.
24. Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii w sprawie zlecenia przez lekarzy rodzinnych do wykonania w domu wstrzyknięć dożylnych bądź domięśniowych antybiotyków u dzieci do trzeciego miesiąca życia z dnia 18 lutego 2004 r. zweryfikowane w dniu 22 stycznia 2007 r. Dostępne na: www.sipip.szczecin.pl (dostęp: 25.06.2018 r.).
25. Zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 12-03-2018 w sprawie podawania antybiotyków u dzieci na zlecenie lekarskie w domu chorego. Dostępne na: www.nipip.pl (dostęp: 25.06.2018 r.).
26. Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla województwa lubelskiego w sprawie odmowy realizacji świadczeń przez pielęgniarkę z dnia 22.02.2018. *Nasz Głos* 2018; 2: 33.
27. Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla województwa lubelskiego w sprawie podawania leków we wstrzyknięciach domięśniowych z dnia 22.02.2018. *Nasz Głos* 2018; 2: 34.