



# BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

Nr 3/87/2013



**BIULETYN INFORMACYJNY  
OKRĘGOWEJ IZBY  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca: OIPIP w Białej Podlaskiej  
ul. Okopowa 3 pok. 218  
21-500 Biała Podlaska  
tel.: 83 342 86 28; tel/fax.: 83 343 60 83  
e-mail: [oiipbp@poczta.onet.pl](mailto:oiipbp@poczta.onet.pl)  
[www.oiip-bp.pl](http://www.oiip-bp.pl)

**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych**  
Czynne pon. - pt. w godz. 8<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>

**INFORMATOR OIPIP**

W biurze OIPIP dyżury pełnią:

Radca Prawny  
mgr Irena Hołubowicz  
czwartek w godz. 12<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Pielęgniarek i Położnych  
mgr Janina Dziedzic-Płanda  
II i IV poniedziałek miesiąca, godz. 15<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek  
i Położnych  
mgr Agnieszka Czekiel  
I środa miesiąca w godz. 14<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>









Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:  
BANK SPÓŁDZIELCZY  
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010

Rada Programowa Biuletynu  
dr n. med. Aneta Stanisławek  
mgr Barbara Cydejko  
mgr Dorota Fedoruk  
mgr Elżbieta Macech

**Redakcja Biuletynu:**  
Elżbieta Celmer vel Domańska, Iwona Denicka,  
Danuta Pawlik, Joanna Głowacka,  
Anna Olisiejuk, Ilona Bilko,

Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

# Spis treści

Od redakcji .....	1
 Kalendarium OIPIP .....	4
 Uchwały ORPiP .....	5
 Uchwały i stanowiska NRPiP .....	6
 Informacje .....	17
 Opinie konsultantów .....	21
 Kształcenie podyplomowe .....	27
 Referaty .....	30
 Z żałobnej karty .....	35

## ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

Koleżanki, koledzy pielęgniarki i położne jeżeli chcecie złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje, zamieścić prace własne - **NAPISZCIE** - my wydrukujemy.

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo skracania przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

OIPIP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.



## OD REDAKCJI

**Szanowni Państwo,**

Pielęgniarki to grupa zawodowa posiadająca od lat własny samorząd zawodowy.

Samorząd to forma zaspokajania potrzeb zbiorowych określonej społeczności przez nią samą lub wyłonionych przez nią przedstawicieli.

Samorząd pielęgniarek i położnych jest jedną z postaci samorządu zawodowego reprezentującego osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, jakie w świetle art. 17 Konstytucji RP mogą istnieć w demokratycznym państwie prawnym celem sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tychże zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Polskie pielęgniarki od lat 90. XX w. mają swój własny kodeks etyczny uchwalony przez samorząd zawodowy. Zgodnie z ustawą o samorządzie organem uprawnionym do określenia zasad etyki zawodowej jest Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych będący najwyższym organem naszej korporacji zawodowej.

Jednym z zadań samorządu pielęgniarek jest orzekanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Odpowiedzialność zawodowa jest to odpowiedzialność za popełnienie przewinienia pozostającego w związku z wykonywaniem zawodu. Jest to szczególny rodzaj odpowiedzialności związany z przynależnością do określonej, samodzielnej i ważnej dla społeczeństwa grupy zawodowej. Odpowiedzialność zawodowa pracowników medycznych jest związana z postępowaniem sprzecznym z zasadami etyki (odpowiednio: lekarskiej, pielęgniarskiej, itp.) lub z naruszeniem przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Tyle chciałam przytoczyć, w ramach przypomnienia i nawiązania do obowiązujących nas aktów prawnych.

Na drodze do rozwoju etycznego współczesnego pielęgniarstwa stanąć może jednak rosnący rozdźwięk pomiędzy teorią a praktyką.

Poza wszelką wątpliwością - pielęgniarki pracujące przy łóżku pacjenta stają wobec szeregu dylematów moralnych. Z całą pewnością przyznać należy, iż nie powinny pozostawać z tymi trudnymi doświadczeniami zupełnie same.

Niejednokrotnie prasa, telewizja, fora internetowe lub „anonimowe uprzejmie donoszę” aż kipi od skrajnych komentarzy o negatywnych incydentach w postępowaniu personelu medycznego.

Jeśli postąpiono źle – nie bądźmy obojętni, reagujmy, nie czekajmy na skargę pacjenta lub interwencję prasy. Wykażmy tyle odwagi cywilnej i odpowiedzialności zawodowej, by nieetyczne zachowania eliminować.

Jednak zdecydowanie podkreślić pragnę, iż nikt z nas na podstawie doniesień nie chce i nie może rozstrzygać o czyjejsz winie.

Cytując dr n. med. Grażynę Rogalę-Pawelczyk:

„Etyka jest jedna, sytuacji w życiu zawodowym i prywatnym bardzo wiele i w tej mnogości postaw, oczekiwań czy praw i sposobów różnych osób i grup społecznych nie może zatracić się zasadnicza idea zawodu medycznego, zawodu pielęgniarki i położnej: **dobro człowieka stanowi wartość najważniejszą.**”

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

*Leszek Długosz*

*To już jesień*

Po czerni jeżyn  
Po liściu kalin  
- Jesień, jesień już  
Po ciszy na stawie  
Po kłyżku żurawi  
- Jesień, jesień już  
Po astrach, po ostach  
To widać, to proste że  
- Jesień, jesień już  
I po tym że wcześniej  
Noc ciągnie ze zmierzchem  
- Jesień, jesień już  
Po pustym już polu  
Po pełnej stodołę  
- Jesień, jesień już  
Strachowi na wróble  
Już nad czym się trudzić?  
- Jesień, jesień już  
I po tym że w górze  
Wiatr wróży kłuzu, tak,  
- Jesień, jesień już  
I po tym że przecież  
Jak zwykle, po lecie  
- Jesień, jesień już  
Ach, ten dzień w kolorze świrówym!  
- Berbersu i głogu ma smak...  
Stawia drzewom pieczętki  
- Żeby było w porządku  
Że już pora  
Że trzeba iść spać...  
A my tak - po kieliszku, po troszeczkę  
Popijamy calutki ten dzień  
- Próbuje nalewkę  
Z dzikiej róży, z porzeczki  
Żeby sprawdzić - czy zima  
To wypić się da?...  
- To się w głowie nie mieści  
Że tak szumi szeleści  
Tak bliżutko, o krok, prawie tuż  
Głębokimi rzekami, pachnącymi szu-  
warami  
Idzie jesień  
I prosto w nasz próg...  
- Ale co tam! przecież taką jesień  
złota  
Nie jest zła!  
- Ale co tam! Przecież taką jesień  
złota  
Niechaj trwa...



## KALENDARIUM OIPIP

11.07.2013r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPIP w Białej Podlaskiej.
16.07.2013r.	Egzamin po przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarka.
16.07.2013r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej.
22.08.2013r.	Posiedzenie Komisji Konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Oddziałów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Internistyczno Kardiologicznego w SP ZOZ Parczewie.
01.09.2013r.	Udział Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Pikniku „Grunt to rodzinka” organizowanym przez Urząd Miasta Biała Podlaska i Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
04.09.2013r.	Szkolenie we współpracy z firmą Pofam-Poznań nt: „Opieka pielęgniarska nad chorym z przetoką jelitową (stomią)” oraz Szkolenie ORZOZ w Białej Podlaskiej nt.: „Odpowiedzialność prawna pielęgniarek i położnych” w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim.
05.09.2013r.	IX Naukowy Zjazd Położnych Regionu Siedleckiego „Od wczesnej młodości do późnej starości” – uczestniczyły: Elżbieta Celmer vel Domańska, Grażyna Papińska, Anna Migasiuk.
09.09.2013r.	Egzaminy po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat dwóch pielęgniarek.

10.09.2013r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
16.09.2013r.	Konferencja organizowana przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych realizowana w ramach projektu systemowego „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego” – uczestniczyły Elżbieta Celmer vel Domańska i Danuta Pawlik.
18.09.2013r.	Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Elżbiety Celmer vel Domańskiej z pielęgniarkami z Niepublicznego Pielęgniarsko Opiekuńczego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim.
22.09.2013r.	Bezpłatny kurs doszkalający dla pielęgniarek- „Profilaktyka w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo – płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia” organizowany przez Wyższą Szkołę Medyczną w Sosnowcu oraz OIPIP w Białej Podlaskiej.
24.09.2013r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów
25.09.2013r.	I Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Medycyna ratunkowa i służby ratownicze w sytuacjach zagrożenia życia” oraz warsztaty szkoleniowe "Nowe techniki w ratownictwie medycznym" organizowana przez Zakład Ratownictwa Medycznego Instytutu Zdrowia PSW w Białej Podlaskiej – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska.

### Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 62/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 lipca 2013r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
2.	Uchwała Nr 63/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 lipca 2013r. w sprawie wydania zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarka przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
3.	Uchwała Nr 64/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 lipca 2013r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego.



## UCHWAŁY ORPiP

## Uchwały podjęte podczas posiedzeń ORPiP w Białej Podlaskiej

L.p	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 103/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie dokonania korekty planu budżetowego na rok 2013
2.	Uchwała Nr 104/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
3.	Uchwała Nr 105/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie zawieszenia dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
4.	Uchwała Nr 106/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
5.	Uchwała Nr 107/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
6.	Uchwała Nr 108/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
7.	Uchwała Nr 109/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

8.	Uchwała Nr 110/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
9.	Uchwała Nr 111/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
10.	Uchwała Nr 112/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
11.	Uchwała Nr 113/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
12.	Uchwała Nr 114/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie powołania pełnomocnego przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
13.	Uchwała Nr 115/VI/13 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 10 września 2013r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia

Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej dokonano:

**5 stwierdzeń prawa wykonywania zawodu dla pielęgniarek (4) i położnej (1),**

**1 wpis do rejestru pielęgniarek,**

**2 skreślenia z rejestru pielęgniarek.**

Danuta Pawlik  
Sekretarz ORPiP  
w Białej Podlaskiej



## INFORMACJE Z NRPIP

Poniżej prezentujemy zestawienie Uchwał z wrześniowego posiedzenia NRPIP w 2013 roku. Pełna treść uchwał dostępna na stronie <http://www.nipip.pl>.

- Uchwała Nr 131/VI/2013 w sprawie zmiany uchwały dotyczącej Regulaminu działania komisji problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych oraz wyboru osób do sprawowania nadzoru nad ich pracą
- Uchwała Nr 126/VI/2013 w sprawie Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych
- Uchwały Nr 120-123, 127, 128/VI/2013 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
- Uchwała Nr 119,124,125/VI/2013 w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego
- Uchwała Nr 118/VI/2013 w sprawie wyrażania zgody na aktualizację danych w rejestrze pielęgniarek i położnych przez Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych
- Nr 117/VI/2013 sprawie wskazania przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych do współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w opracowaniu programu kursu specjalistycznego w zakresie łagodzenia bólu porodowego, przeznaczonego dla położnych
- Uchwała Nr 116/VI/2013 w sprawie limitu miejsc szkoleniowych na szkolenia specjalizacyjne dofinansowane ze środków publicznych
- Uchwała Nr 115/VI/2013 w sprawie ustalenia wzorów pieczęci organów samorządu pielęgniarek i położnych
- Uchwała Nr 114/VI/2013 w sprawie zmiany uchwały dotyczącej zasad i trybu kompensacji wynagrodzenia przez organy samorządu pielęgniarek i położnych za czas zwolnień od pracy oraz trybu zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członków samorządu
- Uchwała Nr 113/VI/2013 w sprawie treści pieczętki pielęgniarki lub położnej
- Uchwała Nr 112/VI/2013 w sprawie odmowy rozwiązania umowy o pracę
- Uchwała Nr 111/VI/2013 w sprawie zmiany uchwały dotyczącej składu osobowego komisji problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała Nr 110/VI/2013 w sprawie zmiany uchwały dotyczącej powołania komisji i zespołów problemowych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała Nr 109/VI/2013 w sprawie sposobu postępowania przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych w przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lub jego podjęcia
- Uchwała nr 108/VI/2013 w sprawie wyboru Wiceprezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Zgodnie z **Uchwałą Nr 113/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2013r. w sprawie treści pieczętki pielęgniarki lub położnej** pieczętka pielęgniarki lub położnej powinna zawierać następujące dane:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) tytuł zawodowy:
  - a) magister pielęgniarstwa lub magister położnictwa,
  - b) licencjat pielęgniarstwa lub licencjat położnictwa
  - c) pielęgniarka dyplomowana lub położna dyplomowana,
  - d) pielęgniarka lub położna
- 3) uzyskane specjalizacje,
- 4) numer prawa wykonywania zawodu.

## Notatka ze spotkania 9 lipca 2013 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).

Notatka ze spotkania Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Zarządu Powiatów Polskich, Pracodawców RP na temat ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).

Dotyczy: spotkania w dniu 9 lipca 2013 r. w Sali Kolegialnej Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15.

Ministerstwo Zdrowia reprezentowali: Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu, Aleksander Sopliński, Podsekretarz Stanu, Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Jakub Bydłoń, Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego, 4 przedstawiciele DPiP.

Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowali: Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes, Izabela Kowalska, Wiceprezes, Joanna Walewander, Sekretarz, Zofia Małas, Członek, Maria Matusiak, Członek.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych reprezentowali: Lucyna Dargiewicz, Przewodnicząca, Longina Kaczmarzka, Wiceprzewodnicząca, Izabela Szczepaniak, Członek.

Pracodawców RP reprezentowali: Andrzej Mądrala, Wiceprezydent, Robert Starzec, Dorota Karpacka, Małgorzata Stelmach, Grzegorz Byśzewski, Wiesława Cieplicka - przedstawiciele. W spotkaniu nie uczestniczyli przedstawiciele Zarządu Powiatów Polskich.

Gospodarz spotkania: Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Prowadzący spotkanie: Aleksander Sopliński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Cel spotkania: przedstawienie wyników prac z dokonanej analizy informacji zgromadzonych od podmiotów zgłaszających uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami oraz dyskusja nad nowelizacją przedmiotowego rozporządzenia.

Pan Aleksander Sopliński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wskazał, że Minister Zdrowia w grudniu 2012 r. zwrócił się z zapytaniem w formie ankiety do wszystkich szpitali publicznych i niepublicznych w kraju, w kwestii dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia. Ankieta z pytaniami została wysłana do 722 szpitali (587 publicznych i 135 niepublicznych).

Odpowiedzi udzieliło 315 szpitali co stanowi 43,6% ogólnej liczby szpitali do których skierowano pytania. Minimalne normy zatrudnienia na podstawie rozporządzenia z 1999 r. zostały ustalone w 282 szpitalach co stanowi 89,5% szpitali, które odpowiedziały na ankiety.

W 33 szpitalach z 315 nie ustalano minimalnych norm zatrudnienia, co stanowi 10,5%. 236 szpitali wskazało następujące braki kadrowe przy wprowadzeniu sposobu ustalania norm określonego w „nowym” rozporządzeniu:

- 6 460,4 pielęgniarek co stanowi 9,2% ogólnej liczby zatrudnionych pielęgniarek (70 203,58) w tych szpitalach;
- 394,89 położnych co stanowi 5,2 % ogólnej liczby zatrudnionych położnych (7 584,74) w tych szpitalach;

-79 podmiotów (co stanowi 25% podmiotów, które udzieliło odpowiedzi) odpowiedziało, że zastosowanie sposobu ustalania norm określonego w nowym rozporządzeniu nie spowoduje potrzeby wzrostu zatrudnienia.

-315 szpitali posiada łącznie 99 795 łóżek, co przy obecnym stanie zatrudnienia 70 203 pielęgniarek oznacza średnio 1,42 łóżka na 1 pielęgniarkę.

Ponadto, Pan Minister poinformował, że Związek Powiatów Polskich na etapie konsultacji zewnętrznych projektu rozporządzenia przekazał szczegółową symulację dodatkowych kosztów, które miałyby ponieść podmioty lecznicze w sytuacji wprowadzenia rozporządzenia w treści przekazanej do uzgodnień zewnętrznych. Związek Powiatów Polskich nie udzielił odpowiedzi na pismo z grudnia 2012 r. W związku z powyższym, Minister Zdrowia zwrócił się ponownie do Prezesa Zarządu ZPP, z prośbą o przekazanie odpowiedzi wraz z wypełnioną przez podmioty lecznicze uwzględnione w symulacji tabelą z danymi.

Podczas spotkania zgłoszono następujące oczekiwania:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych:

- nowelizację rozporządzenia MZ z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, przez przywrócenie zapisów jak w projekcie przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którymi: - obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organizacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki i położne na zmianie;
- do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się kadry kierowniczej

pielęgniarskiej i położniczej; przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne,

- w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich odpowiedni do kategorii opieki, w bloku operacyjnym na jeden czynny stół operacyjny (jednego operowanego pacjenta), świadczenia lecznicze powinna wykonywać co najmniej jedna pielęgniarka albo położna operacyjna i jedna pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarsce albo położnej operacyjnej;

- utrzymanie czasów świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, jakie należy zastosować dla pacjentów zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii opieki, które były w projekcie rozporządzenia z dnia 18 października 2012 r.

- rozporządzenie powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych bez względu na ich formę prawną.

Pracodawcy RP:

Pan Andrzej Mądrała, Wiceprezydent Pracodawców RP wskazał, że przepisy rozporządzenia o normach powinny obowiązywać w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jak również w szpitalach, które są przedsiębiorstwami. Pan Wiceprezydent poprosił o:

- przekazanie przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych dokumentu

zawierającego konkretne oczekiwania środowiska pielęgniarskiego w kwestii zmian do przedmiotowego rozporządzenia.

- zaproszenie przez Kierownictwo resortu na kolejne robocze spotkanie przedstawicieli dużych szpitali oraz Związku Powiatów Polskich.

Pan Wiceprezydent Pracodawców RP podniósł także problem finansowania niepublicznych szpitali.

Pan Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia odnosząc się do możliwości poprawy finansowania świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, że aktualnie przygotowywane są założenia do planu finansowego NFZ na 2014 r. oraz prowadzone są rozmowy z Ministrem Finansów, w celu utrzymania wysokości przyszłorocznego budżetu NFZ na poziomie z roku 2013 r.

Pani Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych poinformowała, że przy nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Ministerstwo Zdrowia przewiduje ujednoczenie trybu postępowania w sprawie przyjmowania norm w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jak również w przedsiębiorstwach, o ile zostanie wprowadzona ustawowa

zmiana dotycząca stosowania minimalnych norm zatrudnienia we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na ich formę prawną.

Projektowana zmiana dotyczyłaby dodania do rozporządzenia dokumentu - załącznika, w którym dany podmiot leczniczy potwierdzałby przyjęcie norm w zakładzie, przez złożenie podpisu przez kierownika podmiotu i osób, o których mowa w art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217). Uzasadnieniem dla podjęcia takich działań są wyniki kontroli w podmiotach leczniczych przeprowadzane przez ich organy założycielskie i Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczące o tym, że pracownicy kontrolujący mają trudności ze stwierdzeniem, w jaki sposób normy zostały przyjęte.

Ustalenia:

■ 23 lipca 2013 r. odbędzie się kolejne robocze spotkanie w powyżej sprawie;

■ NRPiP prześle do DPiP MZ i Pracodawców RP dokument zawierający konkretne oczekiwania środowiska pielęgniarskiego w kwestii zmian do przedmiotowego rozporządzenia.

■ Zaproszenie na spotkanie w dniu 23 lipca 2013 r. przedstawicieli Związku Powiatów Polskich w celu poznania ich opinii o ww. rozporządzeniu.

DYREKTOR

Departamentu Pielęgniarek i Położnych - Beata Cholewka

Protokół sporządziły:

Pani Danuta Biegańska-Wyciskiewicz

Pani Kinga Witczak

Pani Barbara Witkowska



**Informacja o spotkaniu, w dniu 23.08.2013r. przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panią Agnieszką Pachciarz - Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawicieli NFZ.**

W spotkaniu uczestniczyli:

1) z ramienia Narodowego Funduszu Zdrowia:

- Agnieszka Pachciarz - Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia,

- Marcin Pakulski – Z-ca Prezesa ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia,

- Krzysztof Kilchowicz – Kierownik Sekcji do Spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Stomatologii i Ratownictwa Medycznego Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia,

- Hanna Klimczak – Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej

- Krystyna Łakomska – Kierownik Sekcji do Spraw Opieki Długoterminowej NFZ;

2) z ramienia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych:

- Aleksandra Śnieg - Wiceprezes NRPIP,

- Izabela Kowalska - Wiceprezes NRPIP,

- Teresa Kuziara – członek NRPIP,

- Maria Matusiak – Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych,

- Mariola Głowacka - Przewodnicząca Komisji Prawa i Legislacji,

- Elżbieta Pleczyńska, Sabina Wiatkowska, Tadeusz Wadas - przedstawiciele Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych:

Celem spotkania było omówienie kwestii (propozycji) dotyczących kontraktowania świadczeń pielęgniarskich w podstawowej opiece zdrowotnej oraz opiece długoterminowej, podnoszonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w korespondencji kierowanej w 2013 r. do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przedmiotowe kwestie, które zostały przedstawione i omówione na spotkaniu dotyczą:

1) niskich stawek kapitacyjnych, które przy obecnej sytuacji gospodarczej nie pozwalają na poprawne funkcjonowanie podmiotów i realizację świadczeń, min. wyposażenie gabinetów, funkcjonowanie, koszty sprzętu i środków medycznych, itp.

2) przedstawienia propozycji wysokości stawek kapitacyjnych za procedury, zawarte w „Katalogu świadczeń opieki zdrowotnej wraz z procedurami: dla pielęgniarki POZ / pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, dodatkowo finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia” tj. (dokumentu opracowanego przez NRPIP i przesłanego do NFZ w maju 2013r.).

3) roli pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej w edukacji zdrowotnej, jako podstawowego zadania związanego z przygotowaniem rodziny i pacjenta do samoopieki.

4) wprowadzenia oddzielnych druków deklaracji wyboru dla lekarza poz, pielęgniarki poz/rodzinnej; położnej poz/rodzinnej,

5) pobierania materiału do badań diagnostycznych w domu pacjenta i transportu tego materiału do laboratorium,

6) wzrostu finansowania świadczeń pielęgniarki poz poprzez zmianę współczynnika odpowiedniego dla grupy wiekowej (ujednoczenie podziału na grupy wiekowe, analogicznie jak u lekarza poz),

7) rozdzielenia funkcji pielęgniarki gabinetu zabiegowego i punktu szczepień / pielęgniarki rodzinnej,

8) udziału położnej w Programie Profilaktycznym Raka Szyjki Macicy.

Istotną informacją, przekazaną na spotkaniu przez przedstawicieli NFZ jest to, że położna poz, posiadająca kwalifikacje określone w programie

profilaktycznym włączono do programu raka szyjki macicy.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania

9) świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania: wzrost stawki bazowej, wzrost stawki kapitacyjnej za grupową profilaktykę fluorową; harmonogramu pracy - zapewnienie dostępności pielęgniarki szkolnej (pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania) proporcjonalnie

do liczby uczniów objętych opieką oraz planu godzin lekcyjnych, wg wartości na jeden etat przeliczeniowy.

Opieka długoterminowa

10) zmniejszenie liczby świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem zamieszkania z 12 do 10 świadczeniobiorców,

11) harmonogram godzin pracy pielęgniarskiej opieki długoterminowej, 12) podwyższenie wskaźnika korygującego wartość osobodnia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej z 0,4 na 0,5;

13) zmiana Karty czynności pielęgniarskich dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej,

14) zapewnienia pacjentowi materiału opatrunkowego przy długotrwałym leczeniu ran,

15) problemów dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych (ZPO i ZOL).

Ze spotkania (przez przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia) zostanie sporządzony protokół, który po zaopiniowaniu przez przedstawicieli NRPIP zostanie podpisany przez strony uczestniczące w spotkaniu, w dniu 23 sierpnia 2013r.

**O ustaleniach zostaną Państwo poinformowani w późniejszym terminie.**

(-) Aleksandra Śnieg – Wiceprezes NRPIP

(-) Maria Matusiak – Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Poniżej zamieszczamy odpowiedź Pana Leszka Szalaka, p.o. Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, na liczną korespondencję Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczącą podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej.

Narodowy Fundusz Zdrowia  
Centrala w Warszawie  
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
NFZ/CF/DSOZ/2013/076/0234/W/15493/HKL

Warszawa, dnia 11.06.2013r.

**Pani**  
**Grażyna Rogala-Pawelczyk**  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo znak: MPiP-NRPiP-DM.0021.52.13 z dnia 14 maja 2013 r. oraz wcześniejszą korespondencję dotyczącą tematyki poruszanej w przedmiotowym piśmie, uprzejmie informuję:

W odniesieniu do kwestii przedstawienia szczegółowej informacji dotyczącej planowanych przez Fundusz od 1 czerwca 2013 r. zmian w kontraktowaniu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

Jak sygnalizowano wstępnie w trakcie spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) w dniu 27 listopada 2012 r., w przypadku świadczeń pielęgniarki poz, planowane zmiany miały dotyczyć wyodrębnienia na podstawie obowiązującego zakresu zadań pielęgniarki poz, grupy świadczeń szczególnie kosztochłonnych i objęcie ich odrębnym, poza stawką kapitulacyjną, finansowaniem na podstawie cen jednostkowych. Wprowadzenie wzmiankowanych rozwiązań od 1 czerwca 2013 r. (termin ten podtrzymał Pan Prezes Zbigniew Teter w swoim piśmie znak:CF/DSOZ/2013/076/0234/W/04948/HKL) miało być powiązane ze zmianami w zakresie kwalifikacji świadczeniobiorców z list poz do kapitulacyjnego finansowania świadczeń, wynikającymi z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”. Jednakże z uwagi na przedłużenie aktualnie obowiązujących zasad finansowania świadczeń

podstawowej opieki zdrowotnej do końca 2013r., (*zarządzenie Nr 24/2013/ DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2013r.*) zakładany wcześniej termin, musiał ulec przesunięciu. Fundusz nie posiada bowiem dodatkowych środków finansowych, które mógłby przeznaczyć w bieżącym roku na ich realizację zamierzonych zmian.

Dziękuję jednocześnie za przesłane przez NRPiP pismami z dnia 11, 25 i 26 kwietnia bieżącego roku, propozycje katalogu świadczeń pielęgniarskich, które mogłyby podlegać finansowaniu na podstawie cen jednostkowych. Wskazane rozwiązania przyjęte zostały do wiadomości i po dokonaniu analizy przesłanego materiału, w miarę posiadanych możliwości finansowych, zostaną wzięte pod uwagę przy określaniu warunków finansowania świadczeń na 2014 rok.

W odniesieniu do proponowanych przez NRPiP zmian w obowiązujących przepisach prawa, przekazanych pismem znak: NPiP-NRPiP-DM.0021.93.12 z dnia 29 października 2012 r.:

Wyjaśniam, że w kwestiach zmian w obowiązującym prawodawstwie, Fundusz nie jest stroną uprawnioną do prowadzenia uzgodnień oraz podejmowania działań legislacyjnych. Dlatego też postulaty zawarte w w/w piśmie, nie były przedmiotem omówienia na spotkaniu w dniu 27 listopada 2012 r. (zgodnie z treścią pkt 1 protokołu spotkania, przedstawiciele Funduszu

przedstawili w jego trakcie jedynie stanowisko w sprawie postulatów, których realizacja nie wykracza poza kompetencje Funduszu), ani też obecnie, nie znajduje uzasadnienia organizowanie celowego spotkania w ich sprawie.

W odniesieniu do kwestii zapewnienia przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (poz) materiałów opatrunkowych pacjentom w całym okresie leczenia, w kontekście przepisów § 5 ust. 5 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 81, poz. 484) zwanych dalej „OWU”:

Przepisy aktów prawnych obowiązujące świadczeniodawców przy realizacji świadczeń będących przedmiotem umów zawartych z Funduszem, należy czytać i stosować łącznie. Zatem w przypadku świadczeń pielęgniarki poz, obowiązek zaopatrywania się przez świadczeniodawcę we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy (§ 5 ust. 5 OWU), odnosić się może wyłącznie do takiego zakresu w ramach zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń, jaki został objęty gwarancją finansowania świadczeń ze środków publicznych na podstawie odnośnych przepisów *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.). Wszelkie interpretacje wykra-

czające poza zakres wynikający z w/w rozporządzenia są nieuprawnione.

Wyjaśniam dodatkowo, że w lecznictwie ambulatoryjnym, w przypadkach postępowania w stanach przewlekłych, o ile przepisy szczególne lub warunki umowy nie stanowią inaczej, leki, produkty lecznicze i materiały opatrunkowe, zarówno te o charakterze podstawowym, jak też opatrunki specjalistyczne, dostępne są dla świadczeniobiorców w obrocie aptecznym, na ogólnie obowiązujących zasadach. Żaden podmiot leczniczy nie ma obowiązku zaopatrywania pacjentów w ten asortyment na własny koszt, ani też wykonywania świadczeń, których zakres wykracza poza warunki zawartej umowy.

Nadmieniam również, że o stanowisko do Funduszu w przedmiotowej sprawie zwróciło się także Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce. Wystąpienie dotyczyło treści odpowiedzi udzielonej przez Wielkopolski OW NFZ na zapytanie jednego z podmiotów realizujących umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz. Poza wyżej wymienionym, nie wpłynęły do Centrali Funduszu inne zgłoszenia. Kserokopię zajętogo stanowiska przekazuję w załączeniu.

W odniesieniu do postulatu o podjęcie przez Fundusz działań w zakresie wprowadzenia odrębnego druku deklaracji wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz:

Jak już wielokrotnie wyjaśniano w latach poprzednich, wprowadzenie w 2007 r. do stosowania, nowego wzoru deklaracji, zbierającego na jednym druku w/w oświadczenia woli ubezpieczonych, miało na celu w szczególności uproszczenie procedur administracyjnych obciążających ubezpieczonych w związku z koniecznością, wypełniania powtarzających się w bardzo wielu przypadkach, danych na trzech odrębnych egzemplarzach deklaracji (dane o umowach wskazują, że w POZ na jednego świadczeniodawcę przypa-

dają średnio 2,33 zakresy świadczeń będące przedmiotem realizowanych umów). W celu ograniczenia występowania kontrowersyjnych metod stosowanych przez świadczeniodawców POZ dla pozyskania pacjentów, wobec zgłoszeń środowiska pielęgniarek i położnych, Fundusz zamieścił bezpośrednio pod tytułem dokumentu uwagę informująca, że:

*- „Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (tzn. lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.”*

Stanowisko Funduszu w sprawie wskazywanych przez Panią Prezes praktyk stosowanych przez podmioty lecznicze wzajemnie wobec siebie, jest więc jawne i czytelne. W związku z brakiem istotnych merytorycznych przesłanek do zmiany wzoru dokumentu oraz niską oceną skuteczności powrotu do stosowania odrębnych druków dla wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, w przeciwdziałaniu występującym zjawiskom, w opinii Funduszu brak jest podstaw do wprowadzenia postulowanej zmiany.

W odniesieniu do zapytania o „istnienie możliwości udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej przez pielęgniarkę zatrudnioną w domu pomocy społecznej, w miejscu pobytu pacjenta innym niż miejsce zatrudnienia”:

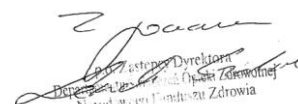
Podkreślenia wymaga, że zatrudnienie pielęgniarki w domu pomocy społecznej, nie ma żadnego związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umów zawieranych przez Fundusz ze świadczeniodawcami. Zatem zatrudnienie to, nie daje pielęgniarcze

uprawnień do udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zarówno na rzecz podopiecznych danego domu pomocy społecznej, jak też zamieszkałych poza nim.

Wyjaśniam jednocześnie, że Fundusz nie gromadzi informacji o miejscach zatrudnienia pielęgniarek zgłaszanych przez świadczeniodawców do realizacji umów i nie jest stroną w procesie decyzyjnym dotyczącym kwestii zatrudnienia personelu u świadczeniodawców. Wymaga natomiast, aby świadczeniodawcy w stosunku do osób zgłaszanych do realizacji umów, w celu zapewnienia świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń określonej ich warunkami, przestrzegali przepisu § 6 ust. 4 OWU. Pomimo, że przepis ten nie wskazuje na jednostki pomocy społecznej, czy też inne jednostki nie będące świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy, stosować go należy odpowiednio.

Zwracam jednocześnie uwagę, że zgodnie z przepisami § 36 ust. 6 OWU, w przypadku stwierdzenia przez Fundusz w toku prowadzonej kontroli realizacji umowy, przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez okresu wypowiedzenia.

W nawiązaniu do prośby o przekazanie informacji o świadczeniach wykonanych w 2012 r. przez pielęgniarki poz, położne poz, pielęgniarki szkolne oraz pielęgniarki długoterminowej opieki domowej, w załączeniu przesyłam odnośne zestawienia obrazujące wykonanie świadczeń objętych obowiązkiem sprawozdawczym z realizacji umów.

  
Zastępca Dyrektora  
Districetu Zdravotnej Opieki Zdravotnej  
Narodovho Funduzia Zdravotia  
Łaszek Szalatk

Poniżej zamieszczamy Odpowiedź Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia - Pana Andrzeja Soplińskiego na stanowiska podjęte na VII posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniach 19-20 marca 2013 r.

## MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu  
Aleksander Sopliński

Warszawa 12.07.2013r.

MZ-PP-0762-9168-1/JJ/13

Pani  
Grażyna Rogala - Pawelczyk  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W nawiązaniu do pisma (znak: NI-PiP-NRPiP-DS.-014.98.2013.KS, z dnia 10.04.2013r.) zawierającego w załączeniu stanowiska przyjęte podczas VII posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

**1.**  
Odnosząc się do stanowiska nr 8 w sprawie przekazania środków finansowych Ministra Zdrowia na przygotowanie przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych programów kształcenia podyplomowego, uprzejmie informuję, iż zgodnie art. 99 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. 1.3. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), termin wyznaczony CKPPiP na przygotowanie ww. programów kształcenia upłynie po 24 miesiącach od dnia ogłoszenia ustawy (23 sierpnia 2011 r.) tj. w sierpniu 2013 roku.

Zasadniczy wpływ na aktualny stan prac w omawianym zakresie miał fakt, iż ustawą o budżecie na 2012 rok utrzymane zostały na poziomie ustawy budżetowej z 2011 roku i nie było możliwości realizacji nowego zadania w ramach posiadanych przez Ministra Zdrowia środków Finansowych. Minister Zdrowia występował do Ministra Finansów, na podstawie art. 31 ustawy z dnia 22 grudnia 2011 r. o

*zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej* (Dz. U. Nr 291, poz. 1707) „o wyrażenie zgody na zwiększenie limitu wynagrodzeń bezosobowych dla części 46 - Zdrowie z przeznaczeniem min. na realizację omawianego zadania, Zgoda taka w 2012 roku nie została wyrażona, również w 2013 roku nie uzyskano takiego zapewnienia. Z tych też powodów, prace dotyczące opracowywania programów kształcenia, o których mowa w art. 78 ww. ustawy nie zostały podjęte. Niemniej jednak należy nadmienić, że w dalszym ciągu podejmowane są starania mające na celu objęcie tego zadania w limicie środków finansowych przeznaczonych na wynagrodzenia bezosobowe. Dlatego też wydatki na opracowanie nowych programów będą pokryte z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia, w ramach zwiększonego limitu wynagrodzeń bezosobowych w części 46 - Zdrowie. Jednocześnie należy wskazać, iż w chwili obecnej poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej jest przedmiotem prac Sejmu (w dniu 21 czerwca 2013 roku został przyjęty na posiedzeniu Sejmowej Podkomisji Zdrowia, a następnie skierowany pod obrady Sejmowej Komisji Zdrowia, które odbyły się w dniu 10 lipca br.)

Przedmiotowy projekt proponuje wprowadzenie regulacji umożliwiającej przesunięcie terminu opracowania programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych dostosowanie go do aktualnego stanu prac w tym zakresie. Przesunięcie terminu do sierpnia 2015 roku pozwoli na wprowadzenie nowych podstaw programowych w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

**2.**  
Odnosząc się do Stanowiska nr 9 w sprawie nowelizacji zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, informuję, iż w chwili obecnej zgodnie z ustaleniami z samorządem pielęgniarek i położnych oraz związkami zawodowymi, Minister Zdrowia rozpoczął cykl roboczych spotkań dotyczących nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia. Pierwsze spotkanie odbyło się w dniu 9 lipca br., natomiast kolejny termin spotkania wyznaczony został na 23 lipca br.

**3.**  
W zakresie „Stanowiska nr 10 w sprawie stanowiska małopolskiej obiegowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 lutego 2013r. w sprawie kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świad-

*czeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej*", informując, iż zasady oraz tryb postępowania w sprawie zawarcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uregulowane zostały w dziale VI ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych i zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest na gruncie obowiązujących przepisów sformalizowaną procedurą, która w swoim założeniu ma na celu wyłonienie świadczeniodawców dających gwarancję należytego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Bez znaczenia dla wskazanego postępowania pozostaje struktura własnościowa podmiotu ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (publiczny/niepubliczny), czy też jego wielkość. Zgodnie z art. 134 ust. 1 ww. ustawy, Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Preferowanie świadczeniodawców z uwagi na ich publiczny/niepubliczny charakter, wielkość podmiotu, bądź uprzednie związanie kontraktem z Funduszem byłoby niewątpliwie nie uzasadnionym różnicowaniem świadczeniodawców i naruszałoby podstawowe zasady przyjętego przez ustawodawcę kontraktowego systemu organizowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na

rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Należy zauważyć, iż podejmowane przed 2009 r. działania NFZ polegające na preferowaniu w postępowaniu konkursowych świadczeniodawców realizujących już umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zostały zakwestionowane przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i uznane za praktykę ograniczającą konkurencję (decyzja Prezesa UOKiK z dnia 10 lipca 2009 r. nr RWA - 9/2009).

Jednostką rozliczeniową w finansowaniu świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej jest osobodzień. Kontraktowanie w/w świadczeń odbywa się w trybie konkursu ofert lub rokowań. Cena jednostki rozliczeniowej jest przedmiotem oferty składanej przez świadczeniodawcę i podlega procedurze negocjacji w procesie kontraktowania, zgodnie z przepisami art. 142 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Jednocześnie należy nadmienić, iż obserwuje się konkurencję wśród świadczeniodawców przystępujących do konkursu ofert. Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wynika że świadczeniodawcy realizując świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej w Polsce, składają oferty w konkursach ofert, proponując stawki niższe, niż środki finansowe zaplanowane przez Oddziały Wojewódzkie NFZ na ten rodzaj świadczeń.

#### 4.

Odnosząc się do „*Stanowiska nr 11 w sprawie zmiany zapisu zarządzenia Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze*

*w ramach, opieki długoterminowej*”, informując, iż warunki realizacji świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.). Szczegółowy zakres świadczeń udzielanych w ramach świadczenia gwarantowanego realizowanego przez pielęgniarstwa opiekę długoterminową domową został określony w § 9 przedmiotowego rozporządzenia.

Natomiast świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zapewnia dostępność do świadczeń dla świadczeniobiorców objętych opieką, zgodnie z załącznikiem Nr 4 część III ust. 4 pkt 1 i 2 powyższego rozporządzenia od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy - w medycznie uzasadnionych przypadkach oraz wizyty nie mniej niż 4 razy w tygodniu. Ponadto, pielęgniarka w ramach 1 etatu przeliczeniowego nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami zamieszkania lub nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania.

Biorąc pod uwagę przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie *ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 81, poz. 484), świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub

określonej dziedzinie medycyny. Ponadto osoby te w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy, jak również u innego świadczeniodawcy.

W niniejszej sprawie ten przepis ma decydujące znaczenie, ponieważ zatrudnienie w jakimkolwiek miejscu nie może wpływać na udzielanie świadczeń w czasie określonym w harmonogramie.

Oznacza to, że jedna pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, która jest świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U, z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, późn. zm.) zabezpiecza świadczenia dla określonej w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, grupy świadczeniobiorców w godzinach od 8.00 do

20.00 i w tych godzinach nie może realizować świadczeń w innej jednostce organizacyjnej lub u innego świadczeniodawcy.

Natomiast w przypadku świadczeniodawcy, który zatrudnia więcej niż jedną pielęgniarkę (również na etaty częściowe) sporządza on grafik na realizację świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w taki sposób, aby zabezpieczyć świadczenia w godzinach 8.00 do 20.00, zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, i aby w wykazanych w grafiku pielęgniarka nie realizowała świadczeń z innego zakresu, na podstawie innej umowy.

Zatem, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej godzinami pracy wyznaczonymi w harmonogramie pracy lub grafiku może być

zatrudniona w innym miejscu pod warunkiem, iż zostały spełnione wymogi dotyczące realizacji świadczeń w pielęgniarskiej opiece domowej.

5. Odnosząc się do „Stanowiska nr 12 w sprawie cofnięcia rekomendacji dla konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych” informuję iż Pani Elżbieta Szwałkiewicz złożyła rezygnację z pełnienia funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło procedurę powołania konsultanta krajowego do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Z poważaniem

---

## Samorząd a sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu

Gdy powiemy pielęgniarka, położna przychodzi nam na myśl szereg osób, z którymi dane nam było się spotkać w naszym życiu. Położna witała nas, gdy przychodziliśmy na świat, pielęgniarki towarzyszyły w różnych sytuacjach związanych z umacnianiem zdrowia i pomocą udzielaną w związku z wystąpieniem urazu czy choroby. Kontekst sytuacyjny występujący w czasie wzajemnych relacji pomiędzy pielęgniarką, położną, a pacjentem i jego rodziną sprawia, że od przedstawicieli tych zawodów oczekujemy szeregu cech, m. in. wysokich kwalifikacji i kompetencji zawodowych, wysokiego poziomu moralnego, samodzielności i osobistej odpowiedzialności za należyte wykonanie świadczenia. Łączne występowanie tych elementów jest charakterystyczne dla wszystkich osób wykonujących zawody zaufania publicznego. Przedstawiciele poszczególnych profesji zaufania publicznego mają konstytucjonalne prawo do tworzenia samorządów zawodowych, w celu m.in. reprezentowania swoich członków i sprawo-

wania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Ustawodawca uregulował kwestie związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawą z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.

W swojej codziennej pracy pielęgniarka, położna powinna kierować się zapisami art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i wykonywać swój zawód

z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, obowiązującymi przepisami prawa, poszanowaniem praw pacjenta, przy wykorzystaniu aktualnej wiedzy medycznej. Mówiąc przystępniej etyka zawodowa, obowiązujące prawo i dobro chorego są wytycznymi w pracy pielęgniarek i położnych a świadomość ponoszenia różnego rodzaju odpowiedzialności zawodowej, pracowniczej, karnej cywilnej stanowi busołą przydatną w czasie podejmowania działań zawodowych. Jednak bywają sytuacje odbiegające od ideału, gdy w ocenie pacjenta lub jego rodziny, czasami według świadka zdarzenia, doszło do nieprawidłowości w pracy pielęgniarki, położnej. Co wtedy...? Art. 36 ust. 1 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych zawiera zapis, z którego wynika, iż członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Przejawem pieczy samorządu nad należytych wykonywaniem zawodu jest prowadzenie przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej okręgowych izb pielęgniarek i położnych postępowań wyjaśniających w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Jednym z warunków zainicjowania postępowania wyjaśniającego jest złożenie podpisanej skargi do rzecznika odpowiedzialności zawodowej okręgowej izby pielęgniarek i położnej na terytorium działania, której doszło do zdarzenia. Skargę można również przesłać do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgni-

rek i Położnych, który przekaże skargę zgodnie z właściwością.

W skardze należy opisać zdarzenie podać jego miejsce i czas, osoby biorące w nim udział i jeśli to możliwe ewentualnych świadków.

Każda skarga zgłoszona do rzecznika odpowiedzialności zawodowej jest dokładnie analizowana. Rzecznik podejmuje czynności sprawdzające celem, których jest ustalenie czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W ramach czynności, o których mowa, rzecznik może przesłuchać osobę składającą skargę lub zażądać uzupełnienia w określonym terminie faktów zawartych w skardze.

W sytuacji, gdy zarzuty podniesione w skardze są zasadne rzecznik wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego. Działania podejmowane w tym zakresie przez rzecznika służą ustaleniu czy popełniony czyn stanowi przewinienie zawodowe. Rzecznik szczegółowo i dogłębnie wyjaśnia okoliczności sprawy i przyczyny zdarzenia. W tym celu może przesłuchiwać osobę pokrzywdzoną i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych, gromadzić dokumenty i podejmować inne czynności procesowe.

Jeśli zarzuty podniesione w skardze są zasadne i rzecznik stwierdził wystąpienie przewinienia zawodowego wydaje postanowienie o przedstawieniu zarzutów, ogłasza je pielęgniarsce, położnej, która dopuściła się przewinienia, przesłuchuje ją w charakterze obwinionej i po przeprowadzeniu czynności kończą-

cych postępowanie kieruje wnioskiem o ukaranie do okręgowego sądu pielęgniarek i położnych właściwego ze względu na miejsce zdarzenia. Jeśli zgromadzony materiał dowodowy nie dostarczył podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego. Szczegółowe przyczyny wydania postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego są wymienione w art. 45 ust. 2 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, należą do nich m.in. nie popełnienie czynu lub brak danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia, dany czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo przepisy ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego.

Reasumując należy podkreślić, iż rzecznik odpowiedzialności zawodowej - członek samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sprawuje pieczę nad należytych wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej prowadząc m. in. postępowania wyjaśniające w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Pomimo iż działania podejmowane przez rzecznika mogą kojarzyć się z działaniami prokuratora, należy pamiętać, że w dużej mierze służą zbadaniu sprawy i szczegółowemu ustaleniu przyczyn i kontekstu sytuacyjnego danego zdarzenia w celu podjęcia działań zapobiegawczych, tak aby dana sytuacja nie powtórzyła się w przyszłości.

Źródło: <http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/odpowiedzialnosc-zawodowa/2368-samorzad-a-sprawowanie-pieczy-nad-nalezitym-wykonywaniem-zawodu>

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera działania Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy. Eksperti Programu stworzyli poradnik skierowany do pracowników sektora ochrony zdrowia „Jak skutecznie rekomendować szczepienia przeciw grypie pacjentom z grup ryzyka?”. Zachęcamy do skorzystania z lektury poradnika.

Więcej informacji na temat działalności Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy na stronie [www.opzg.pl](http://www.opzg.pl)

## Jak skutecznie rekomendować profilaktykę zdrowotną?

### ZASADY O KTÓRYCH ZAWSZE WARTO PAMIĘTAĆ:

#### ZASADA 1

#### LICZY SIĘ NIE TYLKO - CO MÓWISZ, ALE GŁÓWNIEMO TO - JAK O TYM MÓWISZ

W komunikacji z pacjentem główną rolę odgrywa Twoja mowa ciała – gesty rąk, mimika twarzy, spojrzenie, tembr głosu, intonacja. Jeśli chcesz przekonać pacjenta do swoich racji patrz mu w oczy, mów pewnym głosem, nie splataj rąk i dłoni.

#### ZASADA 2

#### KAŻDY PACJENT JEST INNY I DO KAŻDEGO WARTO MÓWIĆ INACZEJ

Pacjenci bardzo się od siebie różnią, w związku z tym do jednych należy mówić prostszym językiem, do innych wolniej, a do jeszcze innych głośnie. Pamiętaj, że używając zbyt trudnych słów sprawiasz, że pacjent wycofuje się i przestaje Cię słuchać.

#### ZASADA 3

#### NIE PRZEKONASZ NIKOGO DO SWOICH RACJI, JEŚLI SAM W TO NIE WIERZYSZ

Pacjenci są bardzo wyczuleni na fałsz. Jeśli wyczuwają w Twoim głosie lub w Twojej postawie wahanie, przestaną Ci wierzyć. Jeśli przekonasz ich do szczepień, sam musisz być przekonany o tym, że warto je stosować.

#### ZASADA 4

#### ARGUMENTY, KTÓRE PRZEKONUJĄ CIEBIE, NIE MUSZĄ PRZEKONAĆ TWOJEGO PACJENTA

Te argumenty, które przekonują Ciebie do szczepień, niekoniecznie muszą przekonać do nich pacjenta. Pamiętaj, że pacjent nie ma takiej wiedzy jak Ty i dlatego boi się szczepień. Podziel się z nim swoją wiedzą, dzięki temu przestanie się bać tego, co niewiadome.

#### ZASADA 5

#### BĄDŹ PRZYGOTOWANY NA PYTANIA I NIE TRAKTUJ ICH JAKO ATAK NA SIEBIE

Pacjenci mają bardzo duże zaufanie do lekarzy. Jeśli zadają pytania, czasem w nieprzyjemny sposób, to nie dlatego, że chcą zburzyć Twój autorytet. Po prostu jesteś często jedyną osobą, do której mogą się zwrócić po poradę. Twoja cierpliwość i opanowanie sprawi, że zaufają Ci jeszcze bardziej.

#### ZASADA 6

#### DAJ PACJENTOWI CZAS DO NAMYSŁU

Nie oczekuj od pacjenta decyzji tu i teraz. Pozwól pacjentowi na to, żeby mógł się zastanowić nad wyborem. Jeśli jednak zastosowałeś się do powyższych rad jest duża szansa, że pacjent nie będzie go potrzebował.

#### Opracował:

Dr Tomasz Sobierajski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski

## Parafraza wypowiedzi pacjenta i zadawanie pytań

Dwustopniowa technika, która otwiera dialog z pacjentem

### „Zaszczepiłem się przeciwko grypie, a i tak zachorowałem!”

➤ 1

PARAFRAZA



Parafraza zapewni okazanie zrozumienia i podsumowanie wypowiedzi pacjenta, nie wyrażając ani aprobaty, ani krytyki.

#### • Parafraza interpretacyjna (rozwińcie argumentacji):

„Zaszczepił się Pan, aby ochronić się przed grypą i mimo to wystąpiły u Pana objawy grypopodobne?”

#### • Parafraza dramatyczna (zaostrzenie argumentacji):

„Zaszczepił się Pan i nie wystąpiły u Pana żadne powikłania – czy nie o to chodziło?”

#### • Interpretacja wprost:

„Uważa Pan, że szczepienie przeciwko grypie ma chronić Pana przed wszystkimi wirusami i bakteriami, które mogą wywołać infekcję dróg oddechowych?”

➤ 2

ZADAWANIE  
PYTAŃ



Pytania otwarte umożliwiają pacjentowi wyrażenie swoich poglądów, poruszenia kwestii, które nie do końca rozumie.

### ➤ kto / które (jaki) / gdzie / co / kiedy / ile / jak

• „Jak zamierza Pan chronić się w tym roku przed płucnymi powikłaniami grypy?”

• „Co chciał Pan osiągnąć, szczepiąc się przeciw grypie?”

• „Jakie systematyczne działania zamierza Pan podjąć w najbliższych sześciu miesiącach, aby chronić swoje zdrowie, jeżeli nie chce Pan/Pani zaszczepić się przeciwko grypie?”

• „Ile dzieci, kobiet w ciąży lub osób starszych jest w Pana rodzinie lub pracy?”

• „Jakie wydarzenia jest Pan gotowy poświęcić tej zimy i leżeć w łóżku, chorując na grype?”

### ➤ Kiedy prowadzisz konsultacje z pacjentem, stosuj jedną parafrazę i dwa lub trzy pytania.

Więcej na temat tej metody oraz przykłady rozmów z pacjentami w poradniku „Jak skutecznie rekomendować szczepienia przeciw grypie pacjentom z grup ryzyka?”, który znajdziesz na stronie [www.opzg.pl](http://www.opzg.pl)



Ulotka finansowana ze środków  
Instytutu Oświaty Zdrowotnej Fundacji Haliny Osipińskiej  
w ramach realizacji projektu  
Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy



IOZOPZGUR0713







## INFORMACJE

Z radością informujemy, iż cztery pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego:

**Pani Anna Bukrzewska**

**Pani Barbara Dawidziuk**

**Pani Bogumiła Fijałek**

**Pani Iwona Semeniuk**

**Pani Magdalena Zień**

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej składam serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku i wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu.

Życzę wielu sił twórczych w zdobywaniu nowej wiedzy medycznej, zadowolenia i pomyślności oraz satysfakcji, tak w pracy zawodowej, jak i w życiu osobistym.



Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z przyjemnością przekazuje informację o tym, iż

**Pani Katarzyna Leszcz**

**uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej**

W imieniu Okręgowej Rady serdecznie gratuluję, uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych.

Pani wiedza i doświadczenie jest ważną wartością dla wszystkich pielęgniarek.

Życzę powodzenia w dalszym rozwoju naukowym oraz satysfakcji z pracy zawodowej i radości w życiu osobistym.



**Gratulacje z okazji uzyskania tytułu zawodowego magister pielęgniarstwa**

Trzy absolwentki, z terenu działania Okręgowej Izby w Białej Podlaskiej, kierunku Pielęgniarstwo ukończyły w roku akademickim 2012/2013 studia II stopnia na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

**Pani Elżbieta Parchomiuk**

**Pani Anna Lubańska**

**Pani Edyta Mikiciuk**

Koleżankom z okazji ukończenia studiów i obrony pracy magisterskiej serdeczne gratulacje oraz życzenia wielu pięknych chwil, radości i dobra płynącego z sukcesów naukowych i zawodowych. Oby Wasze wykształcenie, dobre serce i doświadczenia życiowe dały wiele dobra Wam samym jak i innym spotkanym na Waszej drodze.



W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej składam serdeczne gratulacje

**Pani Teresie Samoszuk**

z okazji wyboru na **Przewodniczącą Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego działającego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.**

Życzę radości w życiu osobistym, satysfakcji i dumy z pracy zawodowej, determinacji w dążeniu do podnoszenia poziomu naszego zawodu.

*Elżbieta Celmer vel Domańska*  
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej

## BEZPŁATNY KURS DOKSZTAŁCAJĄCY DLA PIELEŃNIAREK „Profilaktyka w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo – płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia”

Schorzenia układu moczowo - płciowego są ważnym problemem zdrowotnym i społecznym. Populacja mężczyzn w wieku 45+ liczy blisko 7 mln osób. W 2008 roku na nowotwory układu moczowo płciowego zachorowało ponad 15 tysięcy mężczyzn, co stanowiło 23% wszystkich nowych przypadków zachorowań. Ponad 1/3 tych zachorowań wystąpiła u mężczyzn w wieku 45-64 lata. Badania wykazują tendencję wzrostową zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe układu moczowo- płciowego. Według danych epidemiologicznych wykrywalność nowotworów, w tym nowotworów układu moczowo - płciowego następuje w zaawansowanym stadium chorobowym, co zmniejsza szansę na wyleczenie.

W związku z sytuacją epidemiologiczną wśród mężczyzn zainicjowana została Kampania M45+ realizowana przez Ministerstwo Zdrowia w partnerstwie z Centrum Onkologii - Instytutem im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie w ramach projektu Operacyjnego Kapitał Ludzki „*Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo – płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo – płciowego)*”. Wdrożenie programu profilaktycznego miało na celu poprawę stanu wiedzy oraz podniesienie świadomości społecznej dotyczącej znaczenia profilaktyki w zakresie wczesnego wykrywania chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego u mężczyzn. Ukierunkowane było w szczególności na pracowników wykonujących zawody o podwyższonym prawdopodobieństwie zachorowania na te choroby – osoby zatrudnione w

przemśle: metalurgicznym, koksowniczym, hutniczym, gumowym, chemicznym oraz paliwowo-energetycznym.

W ramach Kampanii M45+ w dniu 22 września 2013r. został przeprowadzony kurs dokształcający dla pielęgniarek/pielęgniarzy z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, pt. „Profilaktyka w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo – płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia”.

Celem kursu było:

- uzyskanie przez uczestników wiedzy w zakresie: czynników ryzyka związanych z chorobami nowotworowymi układu moczowo-płciowego (nowotwór gruczołu krokowego, nerki oraz pęcherza moczowego), podstawowych informacji z zakresu objawów i diagnostyki chorób nowotworowych układu moczowo – płciowego, profilaktyki pierwotnej związanej ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia ww. chorób;
- nabycie przez uczestników kursu praktycznych umiejętności w zakresie komunikowania się z mężczyznami w wieku 45+ w szczególności w zakresie informowania ich o czynnikach ryzyka oraz znaczeniu profilaktyki pierwotnej w zmniejszeniu ryzyka wystąpienia chorób nowotworowych układu moczowo – płciowego oraz nabycia umiejętności wpływania na postawy zdrowotne mężczyzn.

Kurs obejmował trzy moduły tematyczne: moduł uroonkologiczny, rola pielęgniarki w profilaktyce oraz moduł psychologiczny. W kursie uczestniczyło 80 osób. Uczestnicy otrzymali materiały informacyjno-promocyjne (dostępne na stronie projektu -<http://www.mezczyzna45plus.pl/main/materiały-informacyjne-kampanii-m45.html>). Realizatorem kursu była Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu. Szkolenie było współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.



## Notatka z III posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 08.07.2013r.

Posiedzenie Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia odbyło się zgodnie z porządkiem obrad, który przesyłam w załączeniu.

Poniżej przedstawiam następujące informacje:

- Zaopiniowano Plan finansowy Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2014r. - pozostaje na poziomie roku 2013.
- Została zwiększona kwota na świadczenia w opiece długoterminowej z kwoty 48 150. na 49 950.
- Została zwiększona kwota za osobodzień o 1 zł tj. z 75 zł na 76 zł w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych.

Po wyczerpaniu porządku obrad posiedzenie zostało zamknięte.

Notatkę sporządził  
Andrzej Tytuła

---

### Informacja EFN w sprawie modernizacji Dyrektywy 36/2005/UE)

W dniu 12 czerwca 2013 r. podpisano porozumienie trójstronne, w sprawie zmienionej dyrektywy o wzajemnym uznawaniu kwalifikacji zawodowych (dyrektywa 2005/36/WE). Po formalnym zatwierdzeniu tekstu, w dniu 27 czerwca 2013 r. przez COREPER, 9 Lipca odbyło się głosowanie Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów Parlamentu Europejskiego, podczas którego z przeważającą większością głosów - 37 głosów za i 2 wstrzymujących się, zatwierdzono wyniki dyskusji unijnych prowadzonych w Komisji Europejskiej, Parlamencie Europejskim i Radzie Unii Europejskiej.

Jednym z ważnych rezultatów dla pielęgniarek, który osiągnięto w czasie tego trudnego procesu jest włączenie 8 kluczowych efektów nauczania do art. 31, które koncentrują się na: planowaniu, organizowaniu, wdrażaniu, ocenie i zapewnieniu jakości opieki pielęgniarskiej.

Następnym krokiem będzie dalsze rozwijanie kompetencji w załączniku V do dyrektywy w drodze aktów delegowanych.

Dyrektywa wprowadza także europejską legitymację zawodową mającą na celu uproszczenie i przyspieszenie procesu wzajemnego uznawania kwalifikacji dla pielęgniarek, które chcą, aby przemieszczać się w obrębie UE. W czasach kryzysu i cięć etatów, jest to kluczowe rozwiązanie dla pielęgniarek. Po wejściu w życie dyrektywy, uruchomione zostanie kilka mechanizmów, takich jak system IMI, który zapewnia, że pielęgniarki europejskie, które chcą się przenieść w inne miejsce pracy może zażądać posiadania europejskiej legitymacji zawodowej, która dowiedzie, że ich kwalifikacje są w pełni rozpoznane/uznane.

Wreszcie dyrektywa podkreśla konieczność rewizji Profesjonalnego Kształcenia Ustawicznego (*Continuous Professional Development - CPD*) dla pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia. Uznano to jako priorytet dla Komisji Europejskiej, który ma zasadnicze znaczenie, co zostało wzmocnione w dyrektywie, w celu zapewnienia, że wszyscy pracownicy ochrony zdrowia są w stanie

regularnie aktualizować swoją wiedzę, umiejętności i kompetencje.

Biorąc to wszystko pod uwagę, można powiedzieć, że wiele jest jeszcze do zrobienia w tym ważnym procesie modernizacji, wiedząc, że gdy dyrektywa zostanie oficjalnie opublikowana (do końca roku), następne kroki będą miały na celu wprowadzenie w niezbędnych narzędzi do zapewnienia odpowiedniego i pełnego wdrożenia dyrektywy na szczeblu krajowym.

Ostateczne głosowanie w sprawie zmodernizowanego tekstu odbędzie się w dniu 7 października 2013 podczas sesji plenarnej Parlamentu Europejskiego w Strasburgu.

Podsumowując, EFN dziękuje twórcom polityki w UE za ich wsparcie dla pielęgniarek w procesie modernizacji i życzy im wszystkim powodzenia na przyszłość, w swoich przyszłych przedsięwzięciach zawodowych oraz w czasie najbliższych wyborów. Pielęgniarki rozpoznają w swoim głosowaniu na członków Parlamentu zwolenników pielęgniarek i pielęgniarstwa.

EFN, 9 Lipca 2013 r.  
z poważaniem

dr Dorota Kilańska, mgr pielęgniarstwa  
Członek Zarządu Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN)  
przewodnicząca Zarządu Oddziału  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział w Łodzi

## Systemy informatyczne w pracy pielęgniarki, położnej – eWUŚ



**Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców – eWUŚ** [www.ewus.csioz.gov.pl](http://www.ewus.csioz.gov.pl) jest systemem z którego mogą korzystać świadczeniodawcy, którzy mają dostęp do internetu i uzyskali od NFZ odpowiednie upoważnienie. System pozwala na potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadczeniobiorca musi wyznaczyć Lokalnego Administratora, któremu powierzy występowanie do Funduszu o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do uzyskania dostępu do usługi eWUŚ. W ramach składania wniosku o nadanie dostępu, upoważniona osoba podpisuje również oświadczenie o przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz o zachowaniu w tajemnicy i nieujawniania danych pozyskanych z Funduszu.

Administrator Lokalny nadaje i odbiera uprawnienia do pracy w systemie eWUŚ innym upoważnionym pracownikom świadczeniodawcy, określanym przez NFZ **Operatorami**. Posiada również uprawnienie do występowania o potwierdzenie ubezpieczenia lecz w większości przypadków to Operatorzy będą występować o potwierdzenia ubezpieczenia.

Biorąc pod uwagę specyfikę organizacji pracy u poszczególnych świadczeniodawców należy przypuszczać, iż dla pacjentów zgłaszających się do rejestracji, osoby tam zatrudnione (**w tym pielęgniarki i położne**) powinny być Operatorami upoważnionymi do weryfikacji ubezpieczenia.

W przypadku pacjentów podlegającym dłuższemu leczeniu, np. w szpitalu, Administrator Lokalny może „hurtowo” weryfikować uprawnienia pacjentów. Odbywa się to z użyciem narzędzi automatyzujących ten proces.

Zarówno Administrator Lokalny jak i Operatorzy **muszą przestrzegać przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzanych danych**, w szczególności ustawy o ochronie danych osobowych. W przypadku nie przestrzegania ww. przepisów lub stworzenia zagrożenia dla bezpieczeństwa przetwarzania danych NFZ może odebrać uprawnienia dla Operatora lub Administratora Lokalnego. Może być to równoznaczne z brakiem możliwości poświadczania uprawnień do ubezpieczenia.

### Podstawowe zasady „bezpiecznej” pracy w systemie eWUŚ:

- Prace w systemie eWUŚ można rozpocząć dopiero po uzyskaniu upoważnienia do przetwarzania danych zawartych w systemie eWUŚ.
- Wraz z upoważnieniem Administrator powinien przekazać do zapoznania się Instrukcję Zarządzenia Systemem Informatycznym e-WUŚ (zakres zawartości opisany tutaj).
- Należy przestrzegać zasad opisanych w IZSI.
- Nazwę i hasło użytkownika systemu eWUŚ Operatorowi powinien przekazać Lokalny Administrator.
- Przy pierwszym logowaniu należy zmienić hasło na znane tylko sobie.
- Nie wolno udostępniać nikomu hasła użytkownika do usługi eWUŚ. Nawet Administratorowi Lokalnemu, który powinien tylko przekazać hasło do pierwszego logowania. Również w trakcie kontroli NFZ lub Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych **nie wolno podawać hasła kontrolerom**.
- W przypadku podejrzenia ujawnienia hasła dostępowego należy niezwłocznie je zmienić.
- Nie wolno pracować na koncie innej osoby **gdyż NFZ może przechowywać historię operacji wykonywanych w usłudze eWUŚ**.

**Źródło: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)  
Zasady pracy w eWUŚ**



**Stanowisko konsultantów Krajowych w dziedzinie:  
Pielęgniarstwa Onkologicznego  
Pielęgniarstwa przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych  
Pielęgniarstwa Rodzinnego  
Pielęgniarstwa Pediatrycznego  
Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej  
Pielęgniarstwa Psychiatrycznego  
w sprawie stosowania Klasyfikacji ICNP® w praktyce klinicznej**

Mając na uwadze

1. Postanowienia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) z dnia 22 maja 2005 r. i 20 maja 2013 r.
2. Stanowisko XV KZD Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
3. Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z czerwca 2011 r.
4. Stanowisko Krajowego Zjazdu Delegatów NIPiP a także.
5. Komunikat Ministra Zdrowia, Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z dnia 3 lipca 2012 r.
6. Stanowisko Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek w sprawie Zapewnienia ciągłości opieki w transgranicznej opiece zdrowotnej
7. Informację WHO dotyczącą włączenia ICNP® do Rodziny Klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako narzędzia do opisywania praktyki pielęgniarskiej
8. Działania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w zakresie wdrożenia usług Telepielęgniarstwa
9. Rekomendację nr 1/2013 z dnia 24 lipca 2013 r. Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie
10. Komunikat Komisji Do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-

2020 - Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku, Bruksela, dnia 6.12.2012, gdzie zapisano, "(...)W przypadku specjalistów (pracowników medycznych i naukowych) działania te będą polegać przede wszystkim na opracowaniu, oparciu o dowody naukowe, wytycznych dla praktyki klinicznej

w zakresie telemedycyny, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek i pielęgniarzy oraz pracowników opieki społecznej (...). w zakresie telemedycyny i kształtowania umiejętności cyfrowych w zakresie e-zdrowia – „Telepielęgniarstwo” a ponadto

1)European Interoperability Framework 2.0 (Europejskie Ramy Interoperacyjności dla europejskich usług użyteczności publicznej", 16/12/2010, do komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „ W kierunku interoperacyjności europejskich usług użyteczności publicznej ")

2)Ustawę o informatyzacji podmiotów publicznych z dnia 12 lutego 2010 r., o zmianie ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne oraz niektórych innych ustaw.

3)Dyrektywę 24/2010/UE w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej,

4)Normę EN 13606 - 4: 2009 Informatyka w ochronie zdrowia. Przesyłanie elektronicznych dokumentów zdrowotnych - część 4: Bezpieczeństwo, Dyrektywa UE (95/46/EC) dotycząca ochro-

ny danych Rekomendacja 97/5 Rady Europy dotycząca ochrony danych medycznych.

5)Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U.2012.526)

6)Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

Wyrażamy pełne poparcie dla działań środowiska pielęgniarskiego na rzecz wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® jako obowiązującej na terenie kraju.

Zastosowanie ICNP® umożliwi:

-uporządkowanie systemu dokładnych, przejrzystych, ujednoliconych pojęć funkcjonujących w pielęgniarstwie i stworzenie wspólnego języka dla pielęgniarstwa o zasięgu krajowym a także międzynarodowym, określenie standardów i procedur pielęgniarskich, które będą spójne z obowiązującymi w całym kraju ale też krajach UE.

-zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa pacjenta,

-zastosowanie ujednoliconego systemu wskaźników opieki pielęgniarskiej, który pozwoli na zbadanie ciągłości i jakości świadczonej opieki,  
 -poprawę komunikacji pomiędzy specjalistami opieki zdrowotnej, która zapewni skuteczne mechanizmy wymiany informacji,  
 -identyfikację ról i obowiązków określonych dla pielęgniarek odpowiednio do poziomu wykształcenia,  
 -propagowanie autonomii zawodowej pielęgniarek poprzez rozwijanie możliwości zarządzania ochroną zdrowia i prowadzenia badań,

-znacząco umożliwi rozwój naukowy oraz profesjonalizację pielęgniarstwa,  
 -opracowanie systemu oceny rezultatów opieki pielęgniarskiej,  
 -powołanie formalnej sieci umożliwiającej wymianę najlepszych praktyk,  
 -multidyscyplinarne podejście w obrębie zintegrowanego systemu wymiany informacji,  
 W dokumentowaniu opieki pielęgniarskiej koniecznym jest wprowadzenie ujednoliconego wzoru dokumentacji pielęgniarskiej spójnej z pozostałą dokumentacją medyczną.

Dokumentacja medyczna brzmiąca niejednoznacznie i niespójna utrudnia, wręcz uniemożliwia porozumiewanie się w zakresie zastosowanych u pacjenta procedur medycznych na terenie kraju, ale też nie rzadko na terenie krajów UE, uniemożliwia jednoznaczną interpretację z oddziałami NFZ czy też Ministerstwem Zdrowia.  
 W związku z powyższym należy uczynić wszystko ażeby wyeliminować niejednoznaczną interpretację funkcjonujących w pielęgniarstwie pojęć i wprowadzić wspólny język, który będzie spójny dla pielęgniarstwa.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO  
 dr n. med. Anna Koper  
 KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
 dr n. med. Elżbiet Szwałkiewicz  
 KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO  
 dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek  
 KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO  
 mgr Beata Ostrzycka  
 KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ  
 mgr Izabela Kaptacz  
 KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO  
 prof. nadzw. dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

## **Merytoryczne uzasadnienie do Stanowiska konsultantów Krajowych w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego, Pielęgniarstwa przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych, Pielęgniarstwa Rodzinnego, Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, w sprawie stosowania Klasyfikacji ICNP® w praktyce klinicznej**

Wprowadzenie w szpitalach ICNP® Jako Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej. Zalety wprowadzenia tej klasyfikacji dla praktyki pielęgniarskiej

Osią systemu dokumentowania jest zintegrowana dokumentacja pacjenta (ZDP), z której korzysta cały zespół terapeutyczny. Oznacza to, że wszystkie dokumenty dotyczące pobytu pacjenta w szpitalu/oddziale znajdują się w jednym miejscu i tworzą spójną całość. Obecnie istnieją dwa systemy dokumentowania, w formie papierowej oraz na nośnikach informatycznych.

Pielęgniarka świadcząc profesjonalną opiekę nad pacjentem jest zobowiązana do pracy zindywidualizowanej i systematycznej. Systematycz-

ność tę zapewnia proces pielęgnowania wraz z niezbędną dokumentacją pielęgniarską, tj. kartą indywidualnej opieki pielęgniarskiej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania - Dz. U. nr 216, poz. 1607).

Proces pielęgnowania wymaga zatem dobrze skonstruowanego systemu dokumentacji, który służyć będzie każdemu zespołowi pielęgniarskiemu niezależnie od dziedziny specjalizacji. Narzędzie to powinno stwarzać możliwość:

- odwołania się do poprzednich zapisów,

- zapewnienia ciągłości opieki pielęgniarskiej,  
 - uzyskania wiarygodnych informacji, m.in. dla celów prawnych.,  
 - oceny procesu pielęgnowania,  
 - monitorowania osiągniętych wyników dla celów zarówno klinicznych, jak również dydaktycznych.

Dokument ten powinien umożliwić zindywidualizowaną, ciągłą opiekę nad pacjentem, gwarancję kontynuacji opieki pielęgniarskiej oraz ujednolicenie formy zapisu podstawowych informacji dotyczących pacjenta.

W chwili obecnej mnogość oraz różnorodność wzorów dokumentacji, ale również terminologii pielęgniarskich stosowanych w Polsce przez środowisko pielęgniarskie wprowadza

chaos w realizacji zadań oraz brak możliwości szeroko pojętej oceny opieki pielęgniarskiej, rozwoju strategii ochrony i promocji zdrowia, ale również, ale również utrudnia wspierania klinicznych procesów podejmowania decyzji oraz tworzenie nowej wiedzy wynikającej z badań naukowych.

Międzynarodowy Katalog Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) jest zbiorem podstawowych elementów praktyki pielęgniarskiej tj. czynności, które wykonuje personel pielęgniarski w odniesieniu do potrzeb pacjentów

w celu uzyskania zaplanowanego rezultatu (działania, diagnozy i wyniki pielęgniarskie). Wprowadzenie ICNP, jako Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej w placówkach Ochrony Zdrowia w Polsce przyniesie szereg wymiernych korzyści. Główną, a zarazem niezwykle istotną wartością jest stworzenie narzędzie do opisu i dokumentowania klinicznej praktyki pielęgniarskiej w oparciu o dostępne katalogi. Powszeczny, ujednolicony język stosowany w katalogu umożliwi skorelowanie działań pielęgniarskich z uzy-

skanymi wynikami w celu zarządzania opieką pielęgniarską. Możliwe będzie również prowadzenie szeroki działań w zakresie opracowań statystycznych z wykorzystaniem czasookresu, populacji pacjentów i obszarów geograficznych.

Wypracowanie i wprowadzenie jednolitego modelu dokumentowania umożliwi kierunkowe podejmowanie działań, a w konsekwencji uzyskanie dobrych wyników w zakresie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Bydgoszcz, dn. 26.09.2013.

dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK

Konsultant Krajowy w dziedzinie

Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Operacyjnego

Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr Jurasza w Bydgoszczy

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9,

85-094 Bydgoszcz

Sz. Pani

dr Dorota Kilańska,

Dyrektor Akredytowanego przez ICN

Centrum Badania i Rozwoju

Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki

Pielęgniarskiej (ICNP®)

Przewodnicząca Rady ds. e-zdrowia w

Pielęgniarstwie, Centrum Systemów

Informacyjnych Ochrony Zdrowia

#### Szanowna Pani Dyrektor,

Jako Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego akceptuję i popieram Stanowisko Konsultantów Krajowych ds. Pielęgniarstwa z dnia 11 września 2013, realizujących zadania w Radzie ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ, dotyczące implementacji ICNP® do praktyki pielęgniarskiej. Popieram także starania różnych organizacji pielęgniarskich oraz innych gremiów zajmujących się uporządkowaniem praktyki pielęgniarskiej w tym obszarze.

Wdrożenie Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej będzie korzystne dla chorego, współpracowników, organizatorów Ochrony Zdrowia, rozwoju praktyki pielęgniarskiej, także nauki oraz płatnika (NFZ).

O potrzebie świadczenia indywidualnej i całościowej opieki na wysokim poziomie tzw. procesie pielęgnowania wraz z dokumentacją, mówi Światowa Organizacja Zdrowia i liczne pielęgniarskie organizacje międzynarodowe w tym również polskie. Proces pielęgnowania określany jest jako *złoty standard* opieki pielęgniarskiej, postrzegany jako pielęgnowanie nowoczesne, holistyczne i indywidualne. Funkcjonuje od wielu lat i w wielu krajach w praktyce pielęgniarskiej przyczyniając się również do jakże potrzebnego rozwoju naukowego tej dziedziny. Motywacją do wdrożenia w Polsce Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej jest m.in. ochrona zdrowia człowieka i jego indywidualne potrzeby zdrowotne oraz wzrost poziomu opieki medycznej.

z wyrazami szacunku

dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK

Konsultant Krajowy w dziedzinie

Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Operacyjnego

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24, tel. 032 25-91-586, fax. 032 255-40-52,  
e-mail: beata.ochocka@spskm.katowice.pl, http://www.pspe.pl

Katowice, dnia 19.05.2013 r.

## **Opinia w sprawie delegowania Pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, podczas gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały np. zachowawcze, zabiegowe, intensywnej opieki medycznej, izbę przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy.**

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego.

W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu

w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezynfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno higienicznego, ładu i porządku.

Jednak, aby wymagać od wysoko wykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarskiego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upu-

bliczony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu

opieki pielęgniarskiej w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarskiego.

### **Wniosek:**

**Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.**

### Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych, w porozumieniu z personelem, stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa chorych i personelu.

**Podpisano**

**dr n. med. Beata Ochocka**

(-)

**Konsultant Krajowy  
w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego**



## **Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie usuwania przez pielęgniarkę kleszczy**

Zgodnie z art.2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r (Dz.U.2011.174.1039) zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym i polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Art. 2 ust 1pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz U. Z 2013 r., poz.654) określa, że świadczenia zdrowotne są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Wykonywanie zawodu pielęgniarki zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej polega w szczególności na:

1. rozpoznaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
2. rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,

3. planowaniu i sprawowaniu opieki nad pacjentem,

4. samodzielnym wykonywaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,

5. realizowaniu zleceń lekarskich w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji,

6. orzekaniu o rodzaju świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,

7. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których mowa w art. 66

ustawy i może być uzupełniane w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych.

Biorąc pod uwagę, że usuwanie kleszczy mieści się w czynnościach określanych jako pierwsza pomoc przedlekarska ich usunięcie powinna wykonać każda przeszkolona w tym zakresie osoba, tym bardziej pielęgniarka jako przedstawiciel samodzielnego zawodu medycznego. Po wykonaniu zabiegu pielęgniarka ma obowiązek pouczenia pacjenta o konieczności obserwacji miejsca po usunięciu kleszcza oraz możliwości pojawienia się rumienia wędrującego lub innych objawów tj. gorączka powyżej 38°C, zmęczenie, ból głowy, ból pleców i kończyn, kaszel, katar, objawy żołądkowo-jelitowe, utrata łaknienia, nudności. W sytuacji zaobserwowania powyższych objawów pacjent powinien skontaktować się z lekarzem celem wdrożenia leczenia.

**Kraków 09.07.2013r dr hab. Maria Kózka  
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa**

## **Zalecenie Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.**

W związku z wejściem od 1 stycznia 2013 roku nowego rozporządzenia o sposobach ustalenia minimalnych norm zatrudnienia przywołanego powyżej oraz zgodnie z art. 50 ust.1 ustawy o działalności leczniczej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii:

1. Przedstawicieli kierujących jednostkami i komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym.
2. Przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych pielęgniarek i po-

łożnych na terenie działania podmiotu.

Korzystając z tego ustawowego uprawnienia zaleca się powołanie w każdym podmiocie leczniczym zespołu pielęgniarek i położnych (najlepiej wspólnie z przedstawicielami samorządu i związków zawodowych), który dokona oceny ustalonych przez kierownika norm zatrudnienia. Ocena powinna obejmować obsady pielęgniarek i położnych na dyżurach dziennych i nocnych w wybranych oddziałach.

Podstawą do liczenia norm zatrudnienia stanowią kryteria oraz poszczególne kategorie opieki właściwe

dla wybranych rodzajów działalności zamieszczone w załącznikach do rozporządzenia. Tzw. „kategoryzacja pacjentów” zamieszczona w tabelach umożliwi ocenę pacjentów w zakresie wskazanych kryteriów obejmujących między innymi: aktywność fizyczną, higienę, odżywianie, wydalanie. Tabele te ułatwiają zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniej kategorii opieki w poszczególnych oddziałach szpitala. W przywołanym akcie prawnym brak jednak określenia czasu właściwego dla wykonania świadczeń pielęgniarstkich bezpośrednich w stosunku do pacjentów zakwalifikowanych odpowiednio do I, II lub

III kategorii opieki. Mając świadomość ograniczeń wynikających z obowiązującego rozporządzenia oraz uwzględniając aktualny stan wiedzy w zakresie planowania obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych dotyczących uśrednienia czasów jakie należy przeznaczyć na wykonanie świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich należy przy obliczeniach minimalnej normy zatrudnienia skorzystać z zaproponowanych czasów:

1. **Dla oddziałów o profilu zachowawczym i zabiegowym** lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarstwa, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich wynoszących odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 1 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 38 minut na dobę na pacjenta,
- b) w przypadku II kategorii - 95 minut na dobę na pacjenta,
- c) w przypadku III kategorii - 159 minut na dobę na pacjenta,

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

2. **Na oddziałach o profilu psychiatrycznym**, lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy opiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarstwa, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki

(wymienionych w załączniku nr 2 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 40 minut na dobę na pacjenta,
- b) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na pacjenta,
- c) w przypadku III kategorii - 160 minut na dobę na pacjenta,

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

3. **Dla zespołu porodowego** lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne w stosunku do rodzących siłami natury, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 3 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 137 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
- b) w przypadku II kategorii - 274 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
- c) w przypadku III kategorii - 328 minut na dobę na rodzącą siłami natury.

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

4. **Dla zespołu porodowego** lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu ciąży powikłanej lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położ-

ne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 4 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku II kategorii- 53 minuty na dobę na rodzącą,
- d) w przypadku III kategorii- 120 minut na dobę na rodzącą.

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

5. **Dla oddziału o profilu położniczo-ginekologicznego w systemie „matka z dzieckiem”** lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 5 obowiązującego rozporządzenia):

- e) w przypadku I kategorii - 72 minuty na dobę na położnicę i noworodka,
- f) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na położnicę i noworodka,
- g) w przypadku III kategorii - 98 minut na dobę na położnicę i noworodka.

Przy ocenie ustalonych przez kierownika jednostki normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych należy również wziąć pod uwagę opinię pielęgniarki epidemiologicznej zatrudnionej w danym zakładzie.

W przypadku wydania opinii negatywnej należy ją merytorycznie uzasadnić odnosząc do obowiązujących przepisów prawnych, zapewnienia pacjentom bezpiecznej opieki w danym oddziale szpitalnym i przesłać do organu założycielskiego i Ministerstwa Zdrowia.

Kraków; 14.03.2013r.

Dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa



## KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE



Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki/pielęgniarzy do udziału w kursie specjalistycznym **Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego** realizowanym w ramach projektu systemowego pn. Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa - współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

**Cel projektu** - poprawa jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego poprzez organizację kursu specjalistycznego **Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego**.

Program kursu - opracowany w ramach projektu, stanowiący kompendium aktualnej wiedzy z zakresu opieki nad pacjentem w starszym wieku. W pełnej wersji jest dostępny na stronie internetowej Centrum [www.ckppip.edu.pl](http://www.ckppip.edu.pl)

**Adresaci kursu** - o udział w kursie może ubiegać się każda pielęgniarka, pielęgniarz legitymujący się aktualnym zatrudnieniem w zawodzie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

**Wsparcie dla uczestników kursu** - szkolenie bezpłatne, zapewnienie m.in. materiałów dydaktycznych, wyżywienia, zwrotu wydatków na dojazd.

**Organizatorzy kursu** – uprawnione podmioty wyłonione w trybie zamówień publicznych. Pierwsze edycje kursu będą uruchamiane na obszarze poszczególnych województw w III kwartale 2013 r. Informacje o organizatorach kursu będą dostępne pod nr telefonu (22) 592 34 50 begin\_of\_the\_skype\_highlighting (22) 592 34 50 end\_of\_the\_skype\_highlighting oraz na stronie internetowej Centrum [www.ckppip.edu.pl](http://www.ckppip.edu.pl)

**Udział w kursie jest szansą dostosowania kwalifikacji pielęgniarek/pielęgniarzy do trendów demograficznych, jednoznacznie wskazujących na postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa.**

Zachęcam Państwa do udziału w projekcie  
Warszawa, dn. 23 wrzesień 2013 r.



W zespołach ratownictwa medycznego pracuje 2283 pielęgniarek/pielęgniarzy, a potrzeba ich znacznie więcej, by zapewnić bezpieczeństwo pacjentom wymagającym natychmiastowej pomocy. Pomoc w uzyskaniu kwalifikacji do wykonywania tego typu pracy oferuje Unia Europejska, która współfinansuje (wraz z Ministerstwem Zdrowia) projekt systemowy Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia medycznego”.

Projekt zakłada, że niezbędne kwalifikacje uzyska lub podniesie dotychczasowe 4474 pielęgniarek/pielęgniarzy, a więc prawie dwukrotnie więcej niż obecnie wykonuje ten zawód. Żeby ten ambitny zamiar się powiódł, niezbędne jest jak najszerze dotarcie z informacją o projekcie do osób zainteresowanych oraz decyzyjnych. W tym celu Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, któremu powierzono realizację projektu, zorganizowało **dla Decydentów, Organizatorów Kształcenia, Pielęgniarek, Pielęgniarzy** konferencję omawiającą dotychczasowy postęp prac oraz nakreślającą kierunek działań na zbliżający się 2014 rok.

W konferencji, czynny udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia z Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Beata Cholewka i Jolanta Skolimowska i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Część merytoryczną konferencji otworzyło wystąpienie prezes NRPiP dr n. med. Grażyny Rogali-Pawelczyk o problemach komunikacji w pielęgniarstwie ratunkowym. Następnie wiceprezes NRPiP Aleksandra Śnieg podzieliła się własnymi doświadczeniami z realizacji projektów unijnych, a członek NRPiP Tadeusz Wadas w drugiej części konferencji omówił zdarzenia niepożądane w pracy pielęgniarki/pielęgniarza ratunkowego.

Więcej informacji o projekcie, także m.in. o warunkach uczestnictwa, można znaleźć na stronie <http://www.ckppip.edu.pl>, w zakładce Projekt UE – pielęgniarstwo ratunkowe.

TEKST PROMOCYJNY

## Bezpłatne studia dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych

**Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, kierownik Projektu Systemowego pn. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych.**

**O**d 2008 roku Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych realizuje Projekt Systemowy „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w zakresie Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Realizacja Projektu studiów zawodowych uzupełniających dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, zwanych studiami pomostowymi, jest w pracach Ministerstwa Zdrowia jednym z tematów priorytetowych, ze względu na jego społeczną wagę, zakres i wielkość pod względem organizacyjnym i finansowym. Studia pomostowe dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych uzupełniają liczbę godzin kształcenia do poziomu wymaganego w Unii Europejskiej, ale też – dając absolwentom tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa – podnoszą poziom wykształcenia ze średniego do poziomu wykształcenia wyższego zawodowego. Ukończenie tych studiów pozwala pielęgniarce, pielęgniarzom i położnym polskim na mobilność zawodową w obszarze państw Unii Europejskiej. Po odbyciu studiów istnieje możliwość zdobycia tytułu magistra na studiach drugiego stopnia.

### Projekt w liczbach

Wartość Projektu to 180 milionów złotych. Projekt systemowy ma charakter ogólnokrajowy i jest realizowany na obszarze całej Polski w okresie od 01.05.2008 r. do 30.06.2015 r. Dotąd z szansy bezpłatnego uzupełnienia wykształcenia i podniesienia go do poziomu wykształcenia wyższego skorzystało **24 726 osób**, w tym 311 mężczyzn, z czego 2 351 położnych i 22 375 pielęgniarek i pielęgniarzy. Po sfinalizowaniu prac w celu zwiększenia wskaźnika Projektu z 24 tysięcy do 34 tysięcy osób mogących otrzymać wsparcie w ramach posiadanych środków finansowych, zaplanowaliśmy dodatkowy nabór na studia pomostowe w ramach Projektu – na rok akademicki 2013/2014. Aktualnie trwa dodatkowy nabór.

### Jesteśmy dumni z Projektu

W Konkursie na najlepiej zarządzany Projekt działania 2.3. Programu Operacyjnego Kapitał



**Od lewej: Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia ze Statuetką I Nagrody na „Najlepiej Zarządzany Projekt działania 2.3. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki”, dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.**

Ludzki I miejsce dwukrotnie już zajął nasz Projekt pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” za lata 2011 i 2013. Ten rezultat nie byłby możliwy bez ścisłego współdziałania z Instytucją Wdrażającą – Departamentem Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia – i bez udanej, skutecznej współpracy z 71 uczelniami w kraju kształcącymi pielęgniarce, pielęgniarzy, położne i położnych w ramach Projektu.

### Wyniki badań ankietowych

Z badań ankietowych przeprowadzonych wśród uczestników Projektu wynika, że w wyniku studiów dla 90,43 % absolwentów wzrósł poziom samooceny na gruncie zawodowym i społecznym. Dla 32,62% absolwentów ukończenie studiów pomostowych stworzyło możliwość awansu zawodowego i społecznego. U 83,71 % absolwentów zwiększył się poziom świadomości wpływu na jakość opieki świadczonej na rzecz społeczeństwa.

### Współpraca z samorządem

Na etapie przygotowań założeń merytorycznych i finansowych Projektu intensywnie współpracowaliśmy z przedstawicielami samorządu i związku zawodowego pielęgniarek i położnych, a także z Krajową Radą Akredytacyjną Szkolnictwa Medycznego, z konsultant krajową w dziedzinie pielęgniarstwa. W pracach tych brali udział m. in.: Grażyna Kruk-Kupiec, Elżbieta Buczkowska, Elżbieta Garwacka-Czachor, Małgorzata Szwed, Danuta Rakowska-

-Róźiewicz, Zygmunt Sitko, Dorota Gardias, Irena Orzechowska i Iwona Borchulska. Ich wiedzę, doświadczenie i życzliwość cenimy sobie wysoko. Udało się pogodzić różne stanowiska.

Wypracowaliśmy wspólny zapis i tak ostateczna wersja projektu 31 lipca 2008 r. decyzją Ministra Zdrowia weszła w życie. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych od samego początku zaangażowały się mocno w promocję Projektu w swoim środowisku zawodowym w obszarze swego działania. Zapraszaliśmy, i czynimy to cały czas, przedstawicieli samorządu do udziału w konferencjach informacyjno-szkoleniowych organizowanych w każdym roku dla uczelni realizujących Projekt i na bieżąco zapoznujemy ich ze stanem dokonań.

Corocznie przygotowujemy materiały promocyjne w postaci kalendarzy, plakatów, ulotek, broszur i raportów, z którymi docieramy do Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, do Okręgowego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa oraz do stowarzyszeń i organizacji działających na rzecz pielęgniarstwa, pielęgniarek i położnych.

W organizowanych przez Departament Pielęgniarek i Położnych konferencjach informacyjno-szkoleniowych aktywnie uczestniczy pani dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, której idea podnoszenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych jest bardzo bliska.

## Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Adiunkt w Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie w Lublinie Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych jest organizacją skupiającą przedstawicieli dwóch zawodów zaliczanych do grupy zawodów zaufania publicznego. Istnienie samorządów zawodowych ma swoją podstawę w Konstytucji RP, której art. 17 ust. 1 stanowi: w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego sprawujące pieczęć nad należytych wykonywaniem tych zawodów.

W zadaniach samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych znalazły się m.in.: ustalanie standardów i kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy; współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa. Zadania te mają bardzo szeroki zakres i poprzez ich wykonywanie samorząd wpływa na rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa.

Podstawą do projektowania nowoczesnego pielęgniarstwa i wprowadzania zmian zarówno w zakresie kształcenia, doskonalenia, jak i standardów pielęgniarstwa jest analiza:

- sytuacji światowej polityki zdrowotnej
- koncepcji opieki zdrowotnej w Polsce
- miejsca pielęgniarstwa, jako integralnej części systemu opieki zdrowotnej, przyczyniającej się do realizacji ogólnych celów systemu zdrowotnego.

### Ważny Projekt Systemowy

Istotnym elementem budowania pozycji pielęgniarstwa jako zawodu nowoczesnego jest doskonalenie zawodowe rozumiane jako celowe i systematyczne działanie skierowane na pogłębianie oraz poszerzanie określonych elementów wiedzy pielęgniarek i położnych. Efektem tych działań jest wyposażanie pielęgniarek i położnych w wiedzę i umiejętności, niezbędne dla obecnych i przyszłych potrzeb nowoczesnego zawodu. Dlatego też doskonalenie zawodowe i podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych jest jednym z ważnych obszarów zainteresowań i działań samorządu zawodowego na rzecz rozwoju pielęgniarstwa polskiego, który sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu przez pielęgniarki i położne, oraz odpowiada za dostosowanie praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Rola pielęgniarki jest skorelowana z aktualnie przyjętym systemem opieki zdrowotnej oraz wiąże się z systemem kształcenia i doskonalenia zawodowego obowiązującego w Polsce i Unii Europejskiej. Naprzeciw oczekiwaniom pielęgniarek w zakresie podnoszenia kwalifikacji wychodzi Projekt Systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych” w ramach

studiów pomostowych współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Działania 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Ten realizowany w Ministerstwie Zdrowia program jest istotny dla pielęgniarek i położnych ze względu na możliwość podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności, aktywnego udziału w kierowaniu zawodem oraz wpływ na rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa.

### Zwiększenie samodzielności zawodowej

Uzyskanie tytułu licencjata to – jak wskazano wyżej – przede wszystkim podniesienie poziomu wykształcenia ze średniego do poziomu wykształcenia wyższego, co wpływa na zwiększenie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych, a jednocześnie zwiększa ich mobilność zawodową.

Należy wspomnieć tu również o takim aspekcie, jak możliwość podejmowania pracy przez pielęgniarki w krajach Unii Europejskiej. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na osoby wykonujące te zawody obowiązek podnoszenia kwalifikacji, wobec takiej sytuacji prawnej studia pomostowe dla wielu osób stanowią możliwość realizacji tego ustawowego obowiązku kształcenia ustawicznego. Kształcenie pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych ma wymiar społeczny, absolwenci studiów pomostowych w licznych opiniach wskazują na fakt budowania wyższej pozycji społecznej pielęgniarki i położnej, wzrost samooceny samych pielęgniarek i położnych oraz budowanie wspólnoty i integracji środowiska zawodowego.

Nie bez znaczenia jest ekonomiczny wymiar kształcenia pomostowego, które realizowane jest ze środków unijnych, nie obciążając kosztami podnoszenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych. Ponadto fakt podniesienia kwalifikacji pozwala absolwentom studiów pomostowych poszukiwać wyżej wynagradzanej pracy. Stanowi też punkt wyjścia do dalszego rozwoju zawodowego oraz awansu zawodowego, co również niesie za sobą wyższy status materialny pielęgniarek i położnych.

### Zawód zaufania publicznego

Wypowiadając się na temat kształcenia pomostowego pielęgniarek i położnych, nie sposób nie wskazać na udział przedstawicieli samorządu zawodowego we wszystkich etapach tego działania, począwszy od przygotowania założeń merytorycznych poprzez udział w organizowaniu i wsparciu procesu kształcenia.

Okręgowe izby pielęgniarek i położnych aktywnie uczestniczyły i uczestniczą także w promocji Projektu w środowisku zawodowym, na terenie swojego działania. Przedstawiciele samorządu, doceniając znaczenie Projektu w kreowaniu nowoczesnego pielęgniarstwa, wzmocnianiu samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz budowaniu pozytywnego wizerunku społecznego przedstawicieli tych dwóch zawodów, nie tylko promują Projekt poprzez udostępnianie materiałów promocyjnych, ale również aktywnie uczestniczą w konferencjach, spotkaniach poświęconych realizacji Projektu.

Reasumując, można stwierdzić, że kształcenie pomostowe pielęgniarek i położnych, wpływając na rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego, wpisuje się w ustawowe zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Ministerstwo  
Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



człowiek - najlepsza inwestycja

Artykuł współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



## REFERATY

Rozpoczynamy cykl publikacji pt. *Żywność, żywienie a zdrowie**Leki a żywność – interakcje (1)*

Oprócz postępów w leczeniu chorób, rozwój współczesnej medycyny niesie ze sobą także wiele zagrożeń.

Często wynikają one z błędów jatrogennych, braku pełnej wiedzy pacjenta o wszystkich działaniach danego leku, w tym jego interakcjach z innymi lekami, a także pożywieniem.

Jak się okazuje, to czy pacjent przyjmuje określony lek przed posiłkiem czy w trakcie posiłku oraz czym popija lek i co je, ma bardzo duże znaczenie w powodzeniu danej terapii. Może też zapobiegać zagrażającym zdrowiu (a niekiedy nawet życiu) przykrym następstwom tych interakcji.

W 1963 roku opisano pierwszy śmiertelny przypadek interakcji leku z pożywieniem. Mężczyzna leczony na depresję preparatem tranilcyprominy (nieselektywny inhibitor monoaminooksydazy, iMAO), po kolacji podczas, której zjadł duże ilości sera typu cheddar, zaczął odczuwać mdłości i silne bóle głowy. Na drugi dzień, pojawiło się podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, wysoka gorączka, zaburzenia orientacji. Mężczyzna zmarł.

Leki to substancje proste i złożone, mineralne organiczne, syntetyczne lub naturalne. W zasadzie wszystkie leki są truciznami, ale w określonych warunkach, świadomie stworzonych przez człowieka, nabierają one właściwości leczniczych.

Różne leki wchłaniają się w różnych odcinkach przewodu pokarmowego, ale najwięcej leków wchłania się w jelicie cienkim są to związki rozpuszczalne w wodzie i w tłuszczach.

Z jamy ustnej wchłania się niewiele leków, między innymi: nitrogliceryna, hormony sterydowe, a z żo-

łądka głównie leki rozpuszczalne w tłuszczach.

Interakcje leków mogą prowadzić do osłabienia lub nasilenia działania leków.

Interakcje te dotyczą przeważnie wpływu pokarmów na losy leków w organizmie (faza farmakokinetyczna) na trzech etapach:

- zmniejszenie/zwiększenie wchłaniania leku (absorption, A);
- zwiększenie/zmniejszenie metabolizmu leku (metabolism, M);
- zwiększenie/zmniejszenie wydalania leku (elimination, E).

Zmniejszenie wchłaniania leku następuje poprzez:

- adsorpcję leku przez związki znajdujące się pokarmach i napojach,
- kompleksowanie substancji leczniczych,
- wytrącanie substancji leczniczych,
- zmianę pH treści pokarmowej

Na adsorpcję leku przez produkty spożywcze ma wpływ m.in. kwas cytrynowy. Preparaty erytromycyny popite sokiem pomarańczowym znacznie zmniejszają wchłanianie tego antybiotyku. Także paracetamol podany razem z posiłkiem (lub tuż po posiłku) zawierającym pektyny (dżemy, powidła) wchłania się tylko w ok. 70%. Pokarmy zawierające duże ilości błonnika (płatki owsiane, otręby) adsorbują leki z grupy trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych oraz digoksynę, co wiąże się ze znacznym zmniejszeniem ich skuteczności w leczeniu niewydolności serca oraz zespołów depresyjnych.

Tworzenie trudno rozpuszczalnych związków (kompleksowanie) zachodzi podczas interakcji produktów spożywczych zawierających skrobię kukurydzianą (np. jako substancję zagęszczającą w budyniu) z preparatami fenytoiny. Innym przy-

kładem kompleksowania jest wiązanie jonów wapniowych oraz żelazowych (znajdujących się w odpowiednio: produktach mlecznych oraz zielonej sałacie, szpinaku) przez tetracykliny i fluorochinolony. Reakcja ta powoduje znaczne osłabienie ich wchłaniania. Znaczne zmniejszenie (o około 50%) stężenia we krwi leku przeciwpadaczkowego – fenytoiny – może być spowodowane łączeniem jej z takimi składnikami pokarmowymi jak kazeina, skrobia kukurydziana, w wyniku czego powstają trudno wchłanianne kompleksy.

Posiłek zawierający dużo węglowodanów złożonych może utrudniać wchłanianie niektórych antybiotyków, takich jak fluorochinolony (pefloksacylna) lub makrolidy (azytromycyna). Leki przeciwwirusowe (zydowudyna, indinawir, zalcytabina) stosowane w leczeniu zakażeń HIV, nie powinny być zażywane tuż przed, w czasie lub tuż po posiłku, gdyż pokarm zmniejsza ich dostępność biologiczną;

Wytrącanie substancji leczniczych następuje podczas popijania herbatą lub kawą preparatów zawierających chlorpromazynę (w kroplach doustnych), perazynę, a także preparatów żelaza. Ze względu na wysoką zawartość garbników w tych napojach, wchłanianie niektórych leków jest ograniczone.

Zmiana pH treści pokarmowej w kierunku kwaśnym powoduje zmniejszenie wchłaniania leków o charakterze zasadowym, takich jak: erytromycyna, propranolol, imipramina, amitriptylina, chlorpromazyna, czy mianseryna. Interakcję tę powoduje żywność zakwaszająca treść pokarmową (soki owocowe, mięso, ryby, sery). Natomiast dieta jarska, alkalinizująca pH soku żołądkowego powoduje zmniejszenie wchłaniania

leków o charakterze kwaśnym, m.in. salicylanów, furosemidu, cymetydyny.

Zwiększenie metabolizmu leków spowodowane jest dietą wysokobiałkową i niskowęglowodanową. Najbardziej „narażone” na interakcję tego typu leki, to preparaty zawierające teofilinę. Niekorzystne jest również spożywanie produktów zawierających kwas foliowy podczas terapii sulfonamidami. Zawarty w warzywach liściastych i drożdżach - kwas foliowy nasila metabolizm tych bakteriostatyków, osłabiając ich działanie.

Przyczyną zwiększonego metabolizmu teofiliny może być spożywanie grillowanego mięsa. Zawarte w dymie aminy heterocykliczne powodują indukcję enzymu CYP1A1 odpowiedzialnego m.in. za metabolizm teofiliny.

Wzmoczone wydalanie danego leku w dużej mierze zależy od pH moczu. Potrawy zakwaszające mocz (mięso, ryby, kasze, makarony, sery, żurawina owoce cytrusowe) powodują znaczny wzrost eliminacji z ustroju leków o charakterze zasadowym, jak: imipramina, propranolol, erytromycyna, amitryptylina, chloropromazyna, czy mianseryna. Natomiast spożywanie pokarmów podwyższających pH moczu (nabiał i produkty mleczne) powoduje zwiększenie wydalania

leków o charakterze kwaśnym, m.in. barbituranów, salicylanów, sulfonamidów, furosemidu, cymetydyny.

Zwiększenie wchłaniania leków może wystąpić, gdy w trakcie terapii niektórymi lekami (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, atowakwon, albendazol, benzodiazepiny) spożywane są pokarmy o dużej zawartości tłuszczów.

Zmniejszenie metabolizmu większości leków, a zwłaszcza teofiliny występuje w przypadku stosowania diety niskobiałkowej z jednoczesną wysoką podażą węglowodanów.

Znaczne obniżenie metabolizmu wielu leków ma miejsce w przypadku spożywania soku grejpfrutowego. Sok ten zawiera związki z grupy flawonoidów (kemferol, kwercetyna, naryngenina) oraz z grupy furanokumaryny (bergapten, dihydroksybergamotyna). Substancje te hamują aktywność enzymu CYP3A4, odpowiedzialnego za metabolizm wielu leków, m.in. nitrendypiny, felodypiny, nimodypiny, werapamilu, cyklosporyny, atorwastatyny, lowastatyny, simwastatyny, loratadyny, karbamazepiny, buspironu, diazepamu, czy sildenafilu.

Odczyn pH moczu wpływa nie tylko na wzrost eliminacji leków z ustroju, ale także na upośledzenie wydalania niektórych z nich. Dieta mięsna wywołująca niskie pH moczu

powoduje zmniejszenie wydalania leków o charakterze kwaśnym. Natomiast dieta wegetariańska alkalizuje mocz, czego konsekwencją jest niedostateczne wydalanie leków o charakterze zasadowym.

Szczególny przypadek interakcji leków z żywnością stanowi interakcja pomiędzy lekami z grupy inhibitorów monoaminooksydazy a pokarmami zawierającymi znaczne ilości tyraminy.

Substancja ta występuje w dużych ilościach w winie chianti, ślodziach oraz dojrzałych serach. W normalnych warunkach w organizmie tyramina rozkładana jest przez enzym monoaminooksydazę, co zapobiega jej kumulacji w ustroju. Jednak w przypadku terapii lekiem z grupy iMAO następuje zahamowanie dezaminacji tyraminy, co prowadzi do objawów potencjalnie zagrażających życiu.

Niebezpieczna interakcja zachodzi pomiędzy sokiem pomarańczowym, a preparatami zobojętniającymi sok żołądkowy zawierającymi związki glinu. Kwas cytrynowy zawarty w tym soku zwiększa wchłanianie soli glinu, których kumulacja w organizmie może prowadzić do wielu zespołów chorobowych związanych z demencją.

opracowała  
dr n. med. Aneta Stanisławek

## Rola i zadania pielęgniarki w procesie terapeutyczno-opiekuńczym na przykładzie pacjenta z migotaniem przedsionków umiarowanego kardiowersją elektryczną.

Zaburzenia rytmu serca określane jako arytmie serca są jednym z głównych problemów kardiologicznych. Dotyczą najczęściej osób z organiczną chorobą serca, mogą towarzyszyć schorzeniom innych narządów oraz pojawiać się u ludzi zdrowych. Arytmie serca występują w wielu postaciach od łagodnych zaburzeń, które nie wymagają leczenia do

powodujących bezpośrednie zagrożenie życia [1].

Serce ma własny układ bodźcowo-przewodzący, w skład którego wchodzi: węzeł zatokowy, węzeł przedsionkowo-komorowy, pęczek Hisa, który dzieli się na odnogi lewą i prawą. Lewa odnoga dzieli się na gałąź przednią i tylną. Gałęzie zbudowane są z włókien Purkiniego. Wyspecjalizowane komórki układu

bodźcowo-przewodzącego mają zdolność rytmicznego generowania impulsów elektrycznych, które docierają do komórek mięśnia sercowego i depolaryzują je (rozładowują potencjał komórkowy do zera). Zjawisko depolaryzacji daje początek skurczowi mięśnia. Układ bodźcowo-przewodzący odpowiada za częstość kurczenia się przedsionków i komór. Rytm serca rozpoczyna węzeł zatokowy umiejscowiony

w obrębie prawego przedsionka. U dorosłego człowieka bodźce wytwarzane są z prędkością 60-90/min. Rytm inicjowany przez węzeł zatokowy nazywamy rytmem zatokowym.

Bodźce elektryczne wysyłane przez węzeł zatokowy rozprzestrzeniając się poprzez szlaki śródprzedsionkowe i międzyprzedsionkowe depolaryzują przedsionki następnie fala pobudzenia przechodzi wzdłuż układu przewodzącego mięśnia sercowego i depolaryzuje komory serca.

Jeżeli wystąpią nieprawidłowości wytwarzania bodźców lub pojawią się trudności w ich przewodzeniu powstają zaburzenia rytmu serca. Podstawą zaburzeń rytmu serca mogą być nieprawidłowy automatyzm serca (zaburzenia powstawania bodźców), zaburzenia pobudliwości, zaburzenia przewodzenia [2].

Zaburzenia rytmu serca mogą przebiegać z wolną czynnością serca (bradyarytmie) oraz szybką czynnością (tachyarytmie).

Migotanie przedsionków to tachyarytmia nadkomorowa, którą cechuje nieskoordynowane pobudzenie przedsionków, prowadzące do upośledzenia ich funkcji mechanicznej. W zapisie EKG nie występują prawidłowe załamki P [3].

Migotanie przedsionków (AF) jest najczęściej występującą arytmia nadkomorową. Charakteryzuje się szybkim bezładnym rytmem przedsionków 350-700/min. Przedsionki tracą zdolność do efektywnego skurczu. Rytm komór jest niemierny 80-180/min. W obrazie EKG brak załamków P, obecność fali *f* oraz całkowicie niemierny rytm komór [3].

Klasyfikacja migotania przedsionków:

1. Migotanie przedsionków rozpoznane po raz pierwszy - niezależne od czasu trwania ani objawów.

2. Napadowe migotanie przedsionków. Trwa dłużej niż 2 min. a krócej niż 7 dni najczęściej ustępuje samoistnie do 48 godz.

3. Przetrwale migotanie przedsionków. Trwa dłużej niż 7 dni, wymaga umiarowienia. Jest to arytmia występująca spontanicznie lecz przywraca-

nie rytmu zatokowego wymaga zastosowania farmako- lub elektroterapii. Jeżeli migotanie przedsionków utrzymuje się dłużej niż 48 godz. konieczne jest przygotowanie pacjenta przeciwwzakrzepowo przed umiarowaniem.

4. Przetrwale długo trwające. Trwa co najmniej rok do czasu podjęcia decyzji o leczeniu (kontrola rytmu serca).

5. Utrwalone migotanie przedsionków. Jest to arytmia nie poddająca się kardiowersji lub powracająca po kilku minutach lub godzinach od umiarowienia. Najczęściej pozostawia się niemierny rytm serca. Mogą być samoistne powroty rytmu zatokowego nawet po wielu latach utrzymywania się migotania przedsionków [4].

Częstość hospitalizacji z powodu migotania przedsionków jest znacznie większa niż z powodu pozostałych zaburzeń rytmu. Występuje u 1-2% osób dorosłych częściej u mężczyzn. W populacji ogólnej 85% chorych z AF ma powyżej 65 lat. Częstość występowania rośnie wraz z wiekiem i występuje u 0,5% osób w wieku 40-50 lat a u 10% osób w wieku 80-89 lat. W 25-35% przypadków jest to napadowe migotanie przedsionków, w 15-25% przetrwale, w 40-50% utrwalone. AF często rozpoznaje się dopiero po wystąpieniu powikłań takich jak: udar mózgu lub niewydolność serca. Ocenia się, że 15-20% powikłań mózgowo-rdzeniowych u pacjentów bez choroby reumatycznej spowodowanych jest migotaniem przedsionków, a ich występowanie wzrasta u pacjentów z wadą reumatyczną zastawki mitralnej. Migotanie przedsionków jest przyczyną wzrostu zgonów szczególnie u kobiet. Umieralność z AF jest dwukrotnie większa niż u chorych z rytmem zatokowym [5].

Kardiowersja elektryczna jest skuteczną i bezpieczną metodą przywracania rytmu zatokowego u chorych z migotaniem przedsionków. Skuteczność wynosi 70-90%. Przywrócenie i utrwalenie rytmu zatoko-

wego jest utrudnione, gdy AF trwało dłużej niż rok.

Kardiowersja polega na wykorzystaniu impulsu elektrycznego zsynchronizowanego z złamkiem R zespołu QRS. Pierwszy raz zastosowano w 1963r. U części pacjentów nie udaje się przywrócić rytmu zatokowego. Migotanie może powrócić w krótkim czasie 1-2 min. Niekiedy może nastąpić w ciągu 2 tygodni.

#### **Wskazania do kardiowersji**

1. Migotanie i trzepotanie przedsionków:

- AF trwające > 48godz. leczone przeciwwzakrzepowo,
- AF o nagłym początku z zaburzeniami hemodynamicznymi (np. spadek RR, zawał mięśnia sercowego, obrzęk płuc),
- AF o nieznanym czasie trwania, jeżeli w echo przezprzełykowym (TEE) nie stwierdzono skrzeplin,
- AF < 48godz.

2. Częstoskurcz przedsionkowy

3. Nawracający częstoskurcz węzłowy

4. Częstoskurcz w przebiegu WPW

5. Częstoskurcz komorowy [9].

#### **Przeciwwskazania do kardiowersji elektrycznej**

1. Świadome niewyrażenie zgody przez pacjenta,
2. Przedawkowanie glikozydów narpastnicy,
3. Przewidywany brak skuteczności zabiegu,
4. Migotanie z zaawansowanym blokiem przedsionkowo komorowym,
5. Nietolerancja leków przeciwarytmicznych,
6. Stwierdzony w echokardiografii znacznie powiększony lewy przedsionek [9].

#### **Technika zabiegu**

1. Przyłożenie elektrod

- Przednio-koniuszkowe (łatwe do zastosowania w stanach nagłych, wiąże się z dotarciem mniejszej ilości prądu),

- Przednio-tylne (położenie elektrod po stronie lewej jest używane do kardiowersji arytmii przedsionkowych, zwiększa ilość prądu docierającego do przedsionków),



- Prawa okolica przymostkowa i lewa okolica przykręgosłupowa (zwiększa ilość prądu docierającego do przedsionków, jest skuteczna u pacjentów z nieprawidłowościami obu przedsionków).
- 2. Sedacja (krótko działające leki sedatywne: metohexytal, midazolium).
- 3. Wybór energii (energię prądu dostosować do rodzaju zaburzeń rytmu, w AF zalecana jest dawka energii 2J/ kg masy ciała, początkowa energia prądu dwufazowego 150-200J, nie przekraczać 1080J, w stanach nagłych 360J celem uzyskania jak najszybciej właściwego efektu klinicznego).
- 4. Synchronizacja (jest niezbędna aby uniknąć wyładowania na szczycie załamka T, które może spowodować migotanie komór).
- 5. Aplikacja impulsu (należy sprawdzić odpowiednią sedację pacjenta, załadować kondensatory defibrylatora, uprzedzić personel o odsunięciu się od pacjenta, sprawdzić synchronizację i zaaplikować impuls).

#### **Powikłania kardiowersji elektrycznej**

Kardiowersja jest zabiegiem bezpiecznym, występowanie działań niepożądanych nie przekracza 1,5% chorych odpowiednio przygotowanych. Do powikłań, które mogą wystąpić należą:

- 1. Zatorowość tętnicza (występuje u 1,7% pacjentów nie leczonych przeciwzakrzepowo przed kardiowersją, u osób leczonych przez 3 tygodnie 0,5%, u których wykonano TEE 0,8%),
- 2. Zaburzenia rytmu (przedwczesne pobudzenia przedsionkowe, przemijające zahamowanie zatokowe, blok przedsionkowo komorowy, które zwykle ustępują samoistnie),
- 3. Urazy (najczęściej oparzenia skóry klatki piersiowej, możemy zmniejszyć ich występowanie stosując żel zwiększający przewodnictwo, zapewniając dobre przyleganie elektrod, a po zabiegu zastosować Panthenol),

4. Uszkodzenie mięśnia sercowego (w rzadkich przypadkach zaobserwowano przemijające uniesienie odcinka ST, niewielki wzrost CKMB lub Troponiny),

5. Zaburzenia oddychania (nadmierna sedacja może być przyczyną zahamowania czynności ośrodka oddechowego najczęściej u pacjentów w podeszłym wieku, odpowiednia dawka, monitorowanie czynności oddechowej oraz tlenoterapia umożliwiają łagodzenie efektów sedacji,

6. Urazy wykonującego zabieg (zdarzają się rzadko 1 na 1700, wszystkie opisane przypadki związane były z nieprawidłowym funkcjonowaniem sprzętu) [3,9,12].

Proces pielęgnowania stanowi uznaną metodę pracy pielęgniarki. Wykorzystuje rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego, społecznego, duchowego i kulturowego. Oznacza podejmowanie planowych, celowych działań, które mają na celu utrzymanie lub poprawę dotychczasowego stanu oraz ocenę uzyskanych wyników w stosunku do zaplanowanych celów opieki [13,14].

Pielęgniarka pełni zadania wynikające z systemu opieki zdrowotnej. Należą do niej zadania diagnostyczne, pielęgnacyjno opiekuńcze, lecznicze oraz edukacyjne.

#### **Rola i zadania pielęgniarki w kardiowersji elektrycznej:**

- 1. Wstępna ocena chorego (tętno, akcja serca, EKG, RR, zabarwienie i wilgotność skóry, oddech, stan świadomości, dolegliwości jakie zgłasza np. kołatanie serca, niepokój, osłabienie).
- 2. Kontrola poziomu elektrolitów, INR i ewentualne wyrównanie jonów potasu i magnezu (w/g zlecenia lekarskiego);
- 3. Uzyskanie świadomej zgody pacjenta na piśmie;
- 4. Informowanie pacjenta o niespożywaniu płynów i posiłków 6-8godz.;
- 5. Przejrzenie dokumentacji medycznej pacjenta, badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem dróg oddechowych;

6. Ustalenie, jakie leki pacjent przyjmuje z uwzględnieniem antykoagulantów;

7. Wykonanie EKG;

8. Uzyskanie dostępu do żyły (założenie kaniuli);

9. Zapewnienie dostępu do tlenu;

10. Monitorowanie akcji serca (zadbanie o dobry kontakt elektrod ze skórą);

11. Założenie pulsoksymetru na palec [9,12];

12. Edukowanie pacjenta na temat leczenia przeciwkrzepliwego;

13. Edukowanie na temat diety w chorobach układu krążenia;

14. Edukowanie pacjenta w zakresie samo opieki;

15. Rozpoznanie sytuacji społecznej pacjenta;

16. Współpraca z rodziną pacjenta [13,14].

Migotanie przedsionków to istotny problem kliniczny, społeczny i ekonomiczny ze względu na częstość występowania, nawrotowość oraz możliwe powikłania. Kardiowersja elektryczna jest skuteczną metodą terapeutyczną stosowaną od ponad pół wieku. Liczba i ciężkość działań niepożądanych są możliwe do zaakceptowania. Stosowanie leków przeciwkrzepliwych jest niezbędne w grupach chorych podwyższonego ryzyka zakrzepowo zatorowego. Strategia dążąca do uzyskania i utrzymania rytmu zatokowego wydaje się właściwa z punktu widzenia kliniki, hemodynamiki oraz patofizjologii w większości przypadków napadowego i przetrwałego AF.

Często jednak wymaga ona licznych interwencji medycznych pod postacią kardiowersji farmakologicznej lub/i elektrycznej w przypadku nawrotów arytmii. Implikuje stosowanie leków należących do różnych grup terapeutycznych, które zmniejszają częstość nawrotów AF. Stratyfikacja ryzyka nawrotu AF jest wyzwaniem dla lekarza praktyka, niezbędnym przy wyborze odpowiedniej strategii leczenia.

opracowała  
lic. piel. Małgorzata Sawczuk

## Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów „Zdrowie z natury- rośliny lecznicze”

### Fenkuł (koper włoski, koper słodki) - warzy-

wo z rodziny selerowatych, tak jak marchew, pietruszka, seler, koper ogrodowy. Pochodzi z klimatu śródziemnomorskiego. W Polsce koper włoski jest mało popularnym warzywem. W naszym klimacie jest rośliną dwuletnią, kwitnie od lipca do września. Ma długie, delikatne i pierzaste liście podobne do kopru ogrodowego, które można stosować do dekoracji potraw lub jako przyprawę, nadają im silny anyżkowy zapach. Częścią jadalną są mięsiste, zgrubiałe i spłaszczone ogonki liściowe - bulwy. Bulwy fenkułu spożywa się na surowo jako składnik sałatek, duszony z innymi warzywami, gotowany, zapiekany, grillowany, można nawet sporządzać z niego konfitury. Obróbka cieplna powoduje zanik charakterystycznego anyżowego aromatu, zawartego w olejkach eterycznych.

Zawiera dużo witamin: C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>9</sub> (kwas foliowy), PP, sole mineralne magnezu, potasu i żelaza, znaczną ilość błonnika oraz olejki eteryczne.

Ze względu na niską kaloryczność, jest polecany w dietach odchudzających. Fenkuł oprócz zalet smakowych dobrze wpływa na trawienie, pobudza pracę żołądka i jelit, obniża ciśnienie krwi i poziom cholesterolu, korzystnie wpływa na system nerwowy.

Nasiona kopru włoskiego wykorzystywane są jako surowiec zielarski. Zawierają olejki, flawonoidy i związki białkowe, które są wykorzystywane do wyrobu naparów o działaniu wiatropędnym, rozkurczowym, przeciwkaszlowym oraz pobudzającym wydzielanie żółci i soku żołądkowego. Nasiona dodawane są do marynat, zwłaszcza ogórków, do sosów, zup, ryb i mięs.

### Przepisy na dania z fenkułu

#### Sałatka z fenkułu i ogórka:

1 bulwa fenkułu, 1/2 kg ogórków, 6 łyżek octu winnego, 2 cebule szalotki, koperek, 1-2 łyżki oleju, 1 łyżka cukru, sól do smaku

Sposób przygotowania:

Posiekać fenkuł, pokroić ogórek w kostkę, cebulę i koperek posiekać. Przełożyć do miski i dodać pozostałe składniki, dokładnie wymieszać. Odstawić na 15 minut do lodówki.



#### Fenkuł w cieście naleśnikowym

szklanka mąki, woda, 1 lub 2 jajka, sól, kilka bulw fenkułu, olej do smażenia.

Sposób przygotowania:

Bulwy fenkułu zagotować w osolonej wodzie do miękkości, osączyć na sicie. Z mąki, wody i jajek przygotować, lekko osolone ciasto o konsystencji gęstej śmietany. Bulwy fenkułu pokroić w plastry, moczyć w cieście i smażyć w oleju na złoto rumiany kolor. Można dodawać różne sosy, np. czosnkowy.

#### Zupa z fenkułu

1 litr wywaru z jarzyn, 1 litr mleka lub jogurtu naturalnego, 1-2 łyżki masła, 4 bulwy fenkułu, 2 żółtka, 1/2 szklanki śmietany, por, 2-3 liście laurowe, 2-3 ziarna ziela angielskiego.

Sposób przygotowania:

Podsmażyć na maśle pokrojone w plastry por i bulwy fenkułu, dodać wywar i dusić do miękkości. Następnie dodać mleko, liście laurowe i ziele angielskie (jeżeli zupa ma być kwaskowa, dodać jogurt i kwaśną śmietanę), doprawić solą i pieprzem, gotować jeszcze 5-10 min. Wyjąć liście laurowe i zupę zmiksować na gładką masę i ponownie zagotować. Następnie do zupy wlać powoli żółtka, rozprowadzone w śmietanie i kilku łyżkach gorącej zupy. Garnek zdjąć z ognia, aby zupa nie zwarzyła się.



## Z żałobnej karty

*„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze  
bo zostawili ślady w naszych sercach”*



*Pani Beacie Zdunek  
głębokie wyrazy współczucia  
z powodu śmierci TATY  
składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej*

*„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają  
w naszej pamięci”*



*Panu Tadeuszowi Zdunkowi  
głębokie wyrazy współczucia  
z powodu śmierci TEŚCIA  
składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej*

*„Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim,  
Najdroższym...”*



*Pani Wiesławie Józwik  
wyrazy najgłębszego żalu i prawdziwego smutku z powodu  
tragicznej i jakże bolesnej śmierci  
SYNA (23l.)  
Skladają koleżanki i koledzy  
Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym  
SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.*

*„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią  
się im płaci.”* W. Szymborska



*Pani Wiesławie Józwik  
wyrazy najgłębszego żalu  
z powodu tragicznej śmierci  
SYNA  
Sklada Zarząd i Członkowie  
Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
w Radzynie Podlaskim.*





## Wycieczka 19.09.2013r.

1. Pomury poranek  
Dziewiętnastego  
Wycieczka wyrusza  
Do miejsca świętego.
2. Po drodze Siedlce  
Radio katolickie  
Katedra co posiada  
Stuletnie tradycje.
3. Muzeum Diecezjalne  
Króciutka zwiedzane  
Przez Panią Kustosz  
Pięknie pokazane.
4. Obraz Świętego Franciszka  
Malarza El Greco  
Caly w czarnych kolorach  
Które straszą deko.
5. Kościół w mieście Węgrów  
Moc fresków na ścianie  
Lustro Tuxardouskiego  
Krótkie przyglądanie.
6. Ciekawe czy Waleśa  
Biorąc ślub w kościele  
Widział w lustrze pałac  
Czy dzieciaków wiele.
7. Sanktuarium Loretto  
Msza święta w południe  
Siostra słodkim głosem  
Mówiła precudnie.
8. Potem jeszcze herbata  
Kanapki, sikanie  
Wspólne zdjęcie na schodach  
Siostry pożegnanie.
9. Sentymenty w niektórych  
Dziewczynach ożyły  
Gdy z Wólki Dobryńskiej  
Kościół zobaczyły.
10. Potem muzeum w Liwie  
Co nad Liwcem leży  
Wiadomości o broni  
I spacer po wieży.
11. Pani Ela  
Zygmunta Starego trąciła  
Gdyby spadł ze ściany  
Tragedia by była.
12. Wszystkie nasze składki  
Na Izby płacone  
Byłyby co miesiąc  
Do Liwiva wozone.
13. Seminarium w Opolu  
Herbatka i ciastko  
Jedziemy do domu  
Witać swoje gniazdko.
14. To koniec wycieczki  
Panowie i Panie  
Dziękujemy wszystkim  
Za wspólne zwiedzanie.

Wszyscy mamy świadomość tego, jak ważną rolę odgrywa wypoczynek po ciężkiej i odpowiedzialnej pracy, szczególnie jeśli dotyczy to pielęgniarki i położnej.

Na uwagę zasługuje inicjatywa Księdza Andrzeja Zozuli – Kapelana WSzS w Białej Podlaskiej. Ks. Andrzej jest głównym pomysłodawcą i organizatorem kilku- lub jednodniowych wyjazdów. Osoby uczestniczące mają możliwość odwiedzenia miejsc kultu religijnego, jak i poznania mało znanych polskich „peretek”.

A jakie talenty ukryte są wśród pielęgniarek i położnych, niech potwierdzi wierszyk Agnieszki Maziejuk pisany „na bieżąco”, w trakcie zwiedzania oraz w pełni profesjonalne zdjęcia wykonane przez Basią Panasiuk.



W dniu 19.09.2013r. odwiedzaliśmy Siedlce, Węgrów, Loretto, Liw, Łochów, Opole k/Siedlec.



Agnieszka Maziejuk