



BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 1/98/2017



**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 41 47 628; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oiqipbp@poczta.onet.pl
www.oiqip-bp.pl

**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych czynne
poniedziałek - piątek 8⁰⁰-16⁰⁰**

INFORMATOR OIPIP:

W biurze OIPIP dyżury pełnią:

Radca Prawny

mgr Irena Hołubowicz
czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
mgr Marzena Tomczak
II i IV poniedziałek miesiąca,
godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych**

mgr Agnieszka Czekiel
I środa miesiąca w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

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,
Danuta Pawlik, Iwona Denicka,
Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk,
Ilona Bilko

Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

Spis treści

Od redakcji.....	1
 Kalendarium OIPIP.....	2
 Uchwały ORPiP	2
 Informacje z NRPiP.....	4
 Informacje.....	10
Konsultanci	16
 Dział prawny.....	19
 Kształcenie podyplomowe.....	31
 Referaty.....	35
 Z żałobnej karty.....	40

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,

Zapraszamy do lektury kolejnego a zarazem pierwszego w roku 2017 wydania Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Tematyka naszej publikacji jest bardzo różnorodna. Staramy się zagwarantować Państwu, jak najbardziej aktualne informacje z życia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz nierozłącznie powiązane z nim problemy polskiej ochrony zdrowia.

Obecnie w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych jest 312 tys. pielęgniarek i położnych, jednak spośród nich swój zawód wykonuje niespełna 250 tys. W Polsce przypada średnio 5,2 pielęgniarki na 1 tys. mieszkańców, podczas gdy średnia wszystkich krajów UE to 9,8 pielęgniarki.

Pomysły Ministerstwa Zdrowia na rozwiązanie problemu niedoboru pielęgniarek są bardzo różne, jest nim m.in. zmiana systemu kształcenia przeddyplomowego (informacje na ten temat zamieszczone były w nr 2/96/2016 Biuletynu Informacyjnego). Organizacje pielęgniarskie, reprezentując środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce tj.: samorząd zawodowy, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, związki zawodowe pielęgniarek i położnych - negatywnie oceniały płynące z Ministerstwa Zdrowia propozycje o powrocie do kształcenia pielęgniarek w liceach i technikach medycznych. O ewentualnych planach wprowadzenia w Polsce kształcenia pielęgniarskiego na niższym szczeblu mówił również gość XIII Kongresu Pielęgniarek i Położnych - Paul De Raeve, dyrektor zarządzający Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarskich - „Nie byłoby to zgodne z przepisami europejskimi dotyczącymi tego, jak takie kształcenie powinno wyglądać – poza tym dysponujemy badaniami, które jasno pokazują, że im wyższy jest poziom wykształcenia pielęgniarek, tym niższa umieralność pacjentów.

Działania Ministerstwa Zdrowia nie są więc ani dla dobra pacjentów, ani dla dobra pielęgniarek i położnych. Współczesne pielęgniarstwo to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i szczegółowo regulowanym systemie kształcenia. Jest to zawód zaufania publicznego, mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Wyższy poziom kształcenia oraz coraz szersze kompetencje pielęgniarek gwarantują bezpieczeństwo pacjenta, co powinno być kluczowym kryterium w planowanych zmianach dotyczących kadr medycznych.

W bieżącym numerze Biuletynu Informacyjnego publikujemy długo oczekiwane *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.*

Przepis wskazuje, że pielęgniarka lub położna zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi w ramach kształcenia zawodowego może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz określa rodzaje tych świadczeń, do których jest uprawniona pielęgniarka pod warunkiem ukończenia właściwego rodzaju kształcenia podyplomowego. Rozporządzenie zawiera również zmianę przepisu w zakresie katalogu medycznych czynności ratunkowych wykonywanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę systemu.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP
w Białej Podlaskiej

*Zdrowych,
pogodnych
Świąt
Wielkanocnych,
pełnych wiary,
nadziei i miłości.
Radosnego,
wiosennego nastroju,
serdecznych spotkań
w gronie rodziny
i wśród przyjaciół
oraz wesołego
Alleluja*

*w imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
życzy*

Elżbieta Celmer vel Domańska





KALENDARIUM OIPiP



10.11.2017r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
15.11.2016r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej
21.11.2016r.	Msza święta w intencji zmarłych pracowników służby zdrowia
22.11.2016r.	Konferencja „Różne oblicza depresji”
25.11.2016r.	Konferencja „Uzależnienia – zagrożenia zdrowotne współczesnych czasów” w Radzynie Podlaskim
6-8.12.2016r.	Udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu NRPiP w Warszawie
13.12.2016r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
16.12.2016r.	Posiedzenie Komisji ds. refundacji kosztów kształcenia OIPiP w Białej Podlaskiej
20.12.2016r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej, wraz z zespołami ORZOZ, OSPiP i OKR spotkanie wigilijne
09.01.2017r.	Posiedzenie Komisji ds. refundacji kosztów kształcenia OIPiP w Białej Podlaskiej
12.01.2017r.	Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki
12.01.2017r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej
24.01.2017r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej
09.02.2017r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej
14.02.2017r.	Szkolenie ORZOZ w Białej Podlaskiej „Zasady wykonywania zleceń lekarskich a odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych” w SP ZOZ w Parczewie.
28.02.2017r.	Konferencja „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia” 28 lutego 2017 r. Warszawa, uczestniczyły Elżbieta Celmer vel Domańska, Marzena Tomczak, Dorota Koszko, Alicja Wala.
09.03.2017r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej
15-16.03.2017r.	Posiedzenie NRPiP
23.03.2017r.	XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej



WYKAZ UCHWAŁ PREZYDIUM I OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

1.	Uchwała Nr 60/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 września 2016 r. w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia	
2.	Uchwała Nr 28/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 25 października 2016 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	
3.	Uchwała Nr 29/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 25 października 2016 r. w sprawie wpisu zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych	
4.	Uchwała Nr 29/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z	
		dnia 25 października 2016 r. w sprawie wpisu zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych [kurs kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek]
5.	Uchwała Nr 30/VII/2016 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 15 listopada 2016 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	
6.	Uchwała nr 61/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	
7.	Uchwała Nr 62/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie wpisu zmiany danych do rejestru	

BIULETYN INFORMACYJNY NR 1/98/2017

	podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych		
8.	Uchwała Nr 63/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2017	17.	Uchwała Nr 31/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 stycznia 2017 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
9.	Uchwała Nr 64/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie zamówienia prenumeraty czasopism i zakupu książek do biblioteki Okręgowej Izby oraz zamówienia prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” dla członków Okręgowej Rady, Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na rok 2017	18.	Uchwała Nr 32/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 stycznia 2017 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
10.	Uchwała Nr 65/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Ftyzjopulmonologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej	19.	Uchwała Nr 33/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
11.	Uchwała Nr 66/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do reprezentowania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych na posiedzeniach Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej	20.	Uchwała Nr 34/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych [Kurs specjalistyczny Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych; Interrete SP. z o.o. Wrocław]
12.	Uchwała Nr 67/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikację do Biuletynu Informacyjnego	21.	Uchwała Nr 35/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
13.	Uchwała Nr 68/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej	22.	Uchwała Nr 36/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
14.	Uchwała Nr 69/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie sfinansowania kosztów zakupu komputera do biura okręgowej izby	23.	Uchwała Nr 37/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
15.	Uchwała Nr 70/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie przedłużenia umowy Rady Prawnego zatrudnionego na umowę zlecenia	24.	Uchwała nr 38/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie sfinansowania zakupu regału biurowego do sekretariatu okręgowej izby
16.	Uchwała Nr 71/VII/2016 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie upoważnienia Przewodniczącej, Wiceprzewodniczącej, Sekretarza, Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do dysponowania środkami finansowymi ORPiP do 1500,00 zł bez zgody okręgowej rady	25.	Uchwała Nr 39/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
		26.	Uchwała Nr 40/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
		27.	Uchwała Nr 41/VII/2017 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 lutego 2017 r. w sprawie delegowania na szkolenia

Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP



NOTATKA Z UDZIAŁU W POSIEDZENIU PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU DS. ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA W DNIU 14.12.2016R. ORAZ PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU DS. PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I PROFILAKTYKI.

Temat spotkania Zespołów: Podstawowa Opieka Zdrowotna jako element systemu opieki zdrowotnej – współpraca z innymi podmiotami leczniczymi.

Na spotkaniu Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowały Pani Mariola Łodzińska – Wiceprezes NRPiP, Teresa Kuziara – Członek Prezydium NRPiP, Małgorzata Tokarska – członek NRPiP, członek Zespołu ds. podstawowej opieki zdrowotnej NRPiP.

Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia przedstawiła uczestnikom spotkania wnioski z dyskusji prowadzonych w ramach Zespołu na wcześniejszych posiedzeniach, które dotyczyły relacji pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi oraz nocną i świąteczną opieką poz. Główne wnioski dotyczyły przyjmowania na szpitalnych oddziałach ratunkowych osób, których stan zdrowia nie wskazywał na stan nagłego zagrożenia życia lecz był wynikiem niesprawnie działającej podstawowej opieki zdrowotnej. We wnioskach wskazano również na monopolistyczną pozycję lekarzy poz, którzy wywalczyli sobie pozycję i wynagrodzenie, a pacjenci zamiast do poz trafiają do SOR-ów. Jako pierwsza głos w dyskusji zabrała pani Poseł Gądek wskazując, że takie wnioski padają ba do pracy Parlamentarnego Zespołu ds. organizacji ochrony zdrowia nie są zapraszani przedstawiciele środowisk podstawowej opieki zdrowotnej. Pani Poseł mówiła, że zespół lekarza poz (lekarz, pielęgniarka, położna) w krajach UE realizuje 80% potrzeb zdrowotnych społeczeństwa a jego finansowanie jest na poziomie 20% budżetu przeznaczanego na świadczenia zdrowotne. W Polsce obecnie finansowanie poz kształtuje się na poziomie 12,5% łącznie z nocną i świąteczną opieką, którą realizują szpitale. Wzrost stawek kapitacyjnych wprowadził do poz tzw. pakiet antykolejkowy, a środowisko lekarzy poz od dawna postulowało o mieszany system finansowania świadczeń tj. kapitacja plus zadania.

Następnie głos zabrał Pan Klichowicz przedstawiciel NFZ, który przedstawił finansowanie poz na przestrzeni lat 2015 – 2016, sprawozdawczość zbiorczą i indywidualną oraz udział w kosztach świadczeń – POZ, świadczeń szpitalnych i opieki specjalistycznej. Stwierdził też, że kolejki oczekujących nie zmniejszyły się mimo wprowadzenia pakietu antykolejkowego. Omawiając wzrost stawek kapitacyjnych w poz wskazał na przepisy rozporządzeń dotyczących ogólnych warunków umów dotyczące wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych (brak identyfikacji pielęgniarek i położnych zatrudnionych w praktykach lekarza poz – dlatego wzrost stawki dla lekarza poz na populację 40-65 lat życia, które winno być przeznaczone na podwyżki dla zatrudnionych tam pielęgniarek) oraz dodatkowo

dla pielęgniarek szkolnych od 1.09.2016r. związku z ubytkiem 240 000 uczniów w szkołach.

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia wskazała, że na kierownictwie został przyjęty projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, która wprowadza regulacje i definicje kompleksowości i ciągłości świadczeń, medycynę rodzinną i budżet powierzony, ma to być system zintegrowany.

Przedstawiciele środowiska lekarskiego, w tym konsultanci omówili swoje doświadczenia dotyczące wzajemnych relacji pomiędzy POZ a SOR oraz problem braku lekarzy do pracy w POZ.

Przedstawicielka Kolegium Pielęgniarek Rodzinnych zwróciła uwagę na obawy pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w podstawowej opiece zdrowotnej wynikające z projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w szczególności w zakresie samodzielności zawodowej.

Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska w swoim wystąpieniu odniosła się do wcześniejszych mówców i przedstawiła dane liczbowe dotyczące pielęgniarek i położnych w poz, zwróciła uwagę na obawy środowiska wynikające z projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, w szczególności dotyczące możliwości samodzielnego kontraktowania świadczeń w tym zakresie. Podkreśliła, że pielęgniarki i położne jako samodzielni świadczeniodawcy wypracowali bardzo dobry system opieki nad pacjentem w środowisku zamieszkania. Ponadto wskazała na nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych, które po ukończeniu stosownych kursów uzyskują możliwość ordynowania leków i wystawiania recept. Niestety z 2200 osób, które ukończyły pielęgniarki i położne jedynie 88 zwróciło się do NFZ celem podpisania umowy. Mała liczba zainteresowanych wynika m.in. z braku wyceny tych świadczeń. Odniosła się też do braku wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek pracujących w praktykach lekarskich mimo, że otrzymali oni na ten cel zwiększenie stawki kapitacyjnej.

Ponieważ Zespół dysponował ograniczonym czasem i nie wszyscy chętni do zabrania głosu mogli się wypowiedzieć ustalono, że dyskusja ta będzie kontynuowana na kolejnym spotkaniu.

Notatkę opracowały:
Teresa Kuziara i Małgorzata Tokarska

SPOTKANIE Z WICEMINISTER ZDROWIA JÓZEFĄ SZCZUREK-ŻELAZKO



Przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas – Prezes, Mariola Łodzińska – Wiceprezes, Joanna Walewander – Sekretarz, jako pierwsze złożyły oficjalne gratulacje nowo wybranej

Wiceminister Zdrowia Pani Poseł Józefie Szczurek-Żelazko.

Podczas spotkania w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w Warszawie zasygnalizowane zostały najważniejsze problemy dotyczące pielęgniarek i położnych.

Spotkanie było okazją do zaproszenia Pani Minister na najbliższe posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, które odbędzie się w marcu.

KIM JEST NOWA WICEMINISTER



Józefa Szczurek-Żelazko do 1 lutego jest wiceministrem zdrowia. Funkcję wiceministra zdrowia zaproponowała jej premier Beata Szydło. Ma wspierać Ministra Zdrowia w reformowaniu służby zdrowia. Urodziła się w Nowym Sączu, ukończyła Liceum Medyczne w Nowym Sączu, a następnie wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie.

Józefa Szczurek-Żelazko pracowała jako pielęgniarka w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym i nauczyciel zawodu w Zespole Szkół Medycznych w Nowym Sączu, pełniła funkcję pielęgniarki oddziałowej następnie naczelnej ZZOZ. Z chwilą wprowadzenia reformy administracji publicznej pełniła funkcję Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Starostwa Powiatowego w Nowym Sączu. Od 2001 roku pracuje na stanowisku Dyrektora SP ZOZ w Brzesku. W 2013 roku z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej odebrała wyróżnienie „Pracodawca przyjazny Pracownikom”.

Józefa Szczurek-Żelazko jest posłanką na Sejm RP. W Sejmie pracuje w Parlamentarnym Zespole ds. pielęgniarek, położnych i innych pracowników opieki zdrowotnej jako wiceprzewodnicząca, w Parlamentarnym Zespole ds. Praw Pacjenta jako skarbnik oraz pełni funkcję przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych.

NOTATKA ZE SPOTKANIA STRONY SPOŁECZNEJ Z PRZEDSTAWICIELAMI MINISTERSTWA ZDROWIA



W dniu 2 marca 2017 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie robocze przedstawicieli NRPiP i OZZPiP z Józefą Szczurek Żelazko – Sekretarz stanu, Krzysztofem Łandą – Podsekretarzem stanu i Beatą Cholewką – Dyrektorem Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

Spotkanie dotyczyło rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, leczenia stomatologicznego, rehabilitacji leczniczej, lecznictwa uzdrowiskowego, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywno-hospicyjnej.

W trakcie spotkania NRPiP oraz OZZPiP przedstawili jednoznaczne stanowisko w sprawie wdrożenia ustalonych wskaźników minimalnych norm obsad pielęgniarek i położnych oraz określenia wymogu minimum kwalifikacyjnego w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne, wypracowanych w ramach prac Zespołu ds. rozwiązań w zakresie tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych.

„Długoterminowa Opieka Medyczna a Zmiany Systemowe w Polsce”



9 lutego 2017 roku odbyła się debata „Długoterminowa Opieka Medyczna a Zmiany Systemowe w Polsce”, w wyniku której liderzy zakładów opieki długoterminowej, przedstawiciele świata nauki oraz kadra zarządzająca wypracowali rekomendacje dotyczące rozwoju modelu opieki długoterminowej w sektorze zdrowia. Księga Rekomendacji, zawierająca propozycje wspólnych działań oraz propozycje interpretacji kryteriów, została przekazana do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, Wiceminister Zdrowia Józefy Szczurek Żelazko, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Prezesa NFZ Andrzeja Jacyny.

Księga Rekomendacji efektem debaty „Długoterminowa Opieka Medyczna a Zmiany Systemowe w Polsce”

„Długoterminowa Opieka Medyczna a Zmiany Systemowe w Polsce” Rekomendacje z debaty eksperckiej OPD

Warszawa dnia 09.02.2017

Przygotowywane zmiany systemowe w służbie zdrowia będą miały istotny wpływ na funkcjonowanie świadczeń oraz dalszy rozwój zakładów opieki długoterminowej (OPD). Wobec braku debaty publicznej i jasnych priorytetów co do dalszych reguł funkcjonowania opieki długoterminowej, kadra zarządzająca oraz liderzy zakładów opieki długoterminowej, a także przedstawiciele świata nauki, podjęli inicjatywę wypracowania rekomendacji dotyczących rozwoju modelu opieki długoterminowej w sektorze zdrowia.

1. Środowisko liderów i dyrektorów opieki długoterminowej przedkłada na ręce Ministra Zdrowia deklaracje aktywnego zaangażowania w proces określenia dalszych kierunków rozwoju i funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce w szczególności w odniesieniu do obszaru świadczeń zdrowotnych tego sektora.
2. Utrzymujący się od lat brak polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej skutkuje niedostosowaniem regulacji prawnych i standardów udzielania świadczeń do potrzeb odbiorców oraz bardzo dużym zróżnicowaniem dostępności dla pacjentów i poziomu finansowania pomiędzy poszczególnymi Oddziałami NFZ (np. rozpiętość powyżej 100% pomiędzy województwem śląskim i pomorskim na 10000 uprawnionych).
3. Oczekujemy od Ministra Zdrowia rozpoczęcia prac, które zagwarantują jak najszybsze znowelizowanie obowiązujących regulacji prawnych definiujących zasady i warunki realizacji świadczeń w opiece długoterminowej a w tym w szczególności:
 - Określenia wskaźników zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia opieki długoterminowej (stacjonarnej, domowej, dziennej) jako gwaranta bezpieczeństwa dla pacjentów wraz, z harmonogramem ich osiągnięcia.
 - Uporządkowania zapisów dotyczących finansowania kosztów zakwaterowania i wyżywienia pacjentów przebywających w ZOL/ZPO, w celu ograniczenia strat zakładów wynikających z ułomnych regulacji prawnych.
 - Pilne wdrożenie rekomendowanej przez AOTM wyceny świadczeń w pielęgniarskiej opiece domowej
 - Dokonanie wyceny kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakładach stacjonarnych ZPO i ZOL
 - Wprowadzenia kategoryzacji pakietów świadczeń zdrowotnych w pielęgniarskiej opiece domowej (gwarantujące dostępność dla pacjentów o najwyższym stopniu zależności)
 - Rozszerzenie wykazu świadczeń/procedur medycznych objętych dodatkowym finansowaniem poza stawką osobodnia obowiązującą w OPD (leczenie odleżyn, leczenie żywieniowe, leczenie zakażeń, płynoterapia, tlenoterapia domowa).
 - Opracowanie nowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej (stacjonarnej i domowej)
 - Przeniesienia stawki kapitacyjnej pacjentów przebywających w ZOL/ZPO do stawki osobodnia tychże placówek.
4. Wypracowania modelu koordynowanej opieki dla pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej (opieka domowa, stacjonarna, świadczenia odrębnie kontraktowane ale także usługi opiekuńcze i inne świadczenia medyczne).

5. Wprowadzenie nowej procedury związanej z prowadzeniem doradztwa i przygotowaniem do nowej sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dla pacjentów/opiekunów, u których wystąpiła utrata samodzielności życiowej połączonej ze stanem zdrowia (pacjenci po udarach, zabiegach ortopedycznych lub neurochirurgicznych, urazach czy postępujących schorzeniach demencyjnych). Procedura ta byłaby dedykowana dla pielęgniarek rodzinnych, opieki długoterminowej ale także pielęgniarek szpitalnych.
6. Opracowanie szczegółowych rozwiązań pozwalających pielęgniarkom na pełne wykorzystanie nowych kompetencji w zakresie ordynacji materiałów medycznych oraz leków (odejście od pierwszego zlecenia materiałów medycznych przez lekarza, rozstrzygnięcia dotyczące dokumentacji medycznej ordynacji pielęgniarskiej, finansowanie badań zlecanych przez pielęgniarki).
7. Przygotowanie do wdrożenia opracowania kryteriów zapewnienia jakości w opiece długoterminowej i uruchomienia procesu akredytacji zakładów
8. Jednocześnie w związku z ogłoszonymi przez Oddziały Wojewódzkie NFZ Konkursami na realizację świadczeń w opiece długoterminowej oczekujemy pilnej jednolitej interpretacji obowiązujących nowych kryteriów oceny ofert (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 31.08.2016 r. poz.1372).
9. Aktualna sytuacja w której Dyrektorzy Oddziałów NFZ dokonują niezależnej interpretacji przepisów prawa skutkuje bardzo dużym zaburzeniem procesu kontraktowania (szkolenia prowadzone dla potencjalnych Świadczeniodawców bez odpowiedzi dotyczącej interpretacji kryteriów), a także zagrożeniem dla dalszego funkcjonowania dla dużej grupy podmiotów OPD.
10. Wyrażamy stanowczy sprzeciw dla działań Ministerstwa i NFZ przyzwalających na jawne dyskryminowanie świadczeń realizowanych w systemie ochrony zdrowia przez pielęgniarki w odniesieniu do innych rodzajów świadczeń (przykładem może być brak wdrożenia stawek AOTM dla OPD przy równoległym dostosowaniu stawek w opiece hospicyjnej, warunki ugód za nad wykonania wybrane Oddziały NFZ zaproponowały najmniej korzystne dla OPD).
11. Wnioskujemy o powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie Modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zawierającego wieloletni plan strategiczny

W imieniu uczestników Debaty:

Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Zofia Małas

Prezes Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarek
dr n. o zdr. Grażyna Wójcik

Wyciąg z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U z 2016 r, poz.1372)- przedmiot postępowania pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Propozycja interpretacji kryteriów 09.02.2017

1	Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją opieki długoterminowej, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zachowawczą, rodzinną, środowiskową, środowiskowo - rodzinną, pediatriczną, geriatryczną, paliatywną - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Personel z kwalifikacjami wskazanymi w kryterium, stanowi co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek rozumianego jako dostępność do realizacji świadczeń na czas pracy zawarty w umowie lub portalu świadczeniodawcy. Uzasadnienie: Personel o najwyższych kwalifikacjach w ramach swoich Kompetencji realizuje różnorodne zadania, takie jak: bieżący nadzór nad realizacją świadczeń i prowadzeniem dokumentacji, szkolenie kadry, konsultowanie trudnych przypadków itd. Dlatego też nie zawsze 100% czasu pracy piel. specjalistów zaangażowane jest w bezpośrednią realizację świadczeń.
2	Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Udzielanie świadczeń w warunkach domowych obejmuje pracę na stanowisku pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, pielęgniarki opieki długoterminowej, pielęgniarki w hospicjum domowym, pielęgniarki zespołu tlenoterapii domowej oraz pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych a także prowadzenie indywidualnej pielęgniarskiej praktyki na wezwanie (potw. przez OiPiP).
3	Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Za spełnianie kryterium doświadczenie w pielęgnacji chorych w warunkach szpitalnych- uznaje się zatrudnione w lecznictwie stacjonarnym na stanowisku: pielęgniarki odcinkowej, koordynującej, pielęgniarki oddziału dziennego lub pielęgniarki oddziałowej.

4	Co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 50% pielęgniarek oznacza 50 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 50% potencjału czasowego. ✓ Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio.5,5 h/dobę.
5	Co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 25% pielęgniarek oznacza 25 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 25% potencjału czasowego. ✓ Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio.5,5 h/dobę.
6	Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających 2 miesiące w którym ogłoszono postępowanie	<p>Oznacza to że świadczeniodawca posiadał harmonogram dostępności personelu przez 7 dni w tygodniu w odniesieniu do pacjentów 0-15 w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90 dni.</p> <p>Zapewnienie dostępności w dni powszednie od 8.00-20.00 oraz w dni świąteczne min. 2 godzin.</p>
7	Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc w którym ogłoszono postępowanie.	Świadczeniodawca zapewniał pacjentom, którzy w okresie opieki byli hospitalizowani, możliwość kontynuacji świadczenia pomiędzy i po hospitalizacji.
8	Ilość pacjentów z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie w 2016r./liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 0 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
9	Ilość pacjentów z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie 2016/liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 5-15 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
10	Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji.	<p>Posiadanie potwierdzonych w formie pisemnej zasad współpracy i koordynacji działań (Umowa, Porozumienie, zasady współpracy) z innymi podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w lecznictwie stacjonarnym (szpitale powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne lub kliniczne instytucje).</p> <p>Uzasadnienie: Pielęgniarska Opieka Długoterminowa zapewnia kontynuację opieki dla odbiorców korzystających z różnych poziomów leczenia stacjonarnego.</p>

Komunikat prasowy – 10.02.2017

„Opieka długoterminowa zaczyna się wtedy, kiedy choroba i związana z nią niesprawność zostaje z pacjentem na stałe lub na lata, kiedy kończą się możliwości uzyskania spektakularnych efektów terapii, kiedy wsparcie rodziny jest niewystarczające albo pacjent jest zupełnie sam, a złożone problemy medyczne i socjalne stają się wyzwaniem dla profesjonalistów o szczególnych kompetencjach i wartościach moralnych. W Polsce codziennie, kilkanaście tysięcy pielęgniarek podejmuje to niezwykle wyzwanie.” dr Grażyna Wójcik, Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Przygotowywane zmiany systemowe w służbie zdrowia będą miały istotny wpływ na funkcjonowanie poszczególnych obszarów świadczeń w tym na dalszy rozwój zakładów opieki długoterminowej (OPD).

Intensywny rozwój zakładów OPD został zapoczątkowany jeszcze pod koniec lat 90-tych w pierwszym etapie przekształceń systemowych w Polsce. Aktualnie po 18 latach od utworzenia pierwszych placówek, na terenie kraju funkcjonuje ponad 1000 zakładów opieki domowej i kilkaset zakładów opieki stacjonarnej. Placówki te zapewniają kontynuację leczenia i opieki dla pacjentów przewlekle chorych i starszych po zakończonym leczeniu szpitalnym lub w sytuacji utraty samodzielności w warunkach domowych. Świadczenia te są kluczowe dla osób które nie mogą dotrzeć do placówek medycznych lub też wymagają opieki i leczenia w warunkach stacjonarnych. Liczba odbiorców opieki długoterminowej systematycznie rośnie.

W odpowiedzi na zmieniające się potrzeby zdrowotne starzejącej się populacji, pielęgniarki podjęły wyzwanie i w ostatnich kilkunastu latach aktywnie zaangażowały się w rozwijanie oferty świadczeń zdrowotnych dla pacjentów przewlekle chorych i niesamodzielnych. Wiele z nich zrezygnowało z pracy w sektorze publicznym, zainwestowało własne środki i utworzyło niepubliczne zakłady opieki długoterminowej.

Polska jest jednym z nielicznych krajów w Europie, który nie przyjął strategicznego programu rozwoju sektora świadczeń opieki długoterminowej. Wobec planowanych zmian systemo-

wych, i braku strategii rządowej dla tego sektora, zakłady opieki długoterminowej znalazły się w sytuacji niepewności i potencjalnego zagrożenia. Podkreślenia wymaga fakt, że wbrew formalnym deklaracjom decydentów, zaangażowanie środków publicznych w tej dziedzinie jest najniższe w Europie – 0,8 % PKB, przy kilkakrotnie wyższym wskaźniku w krajach takich jak Holandia 2,5% i Szwecja 3,5% (Raport Banku Światowego z 2016).

Utrzymujący się od lat brak polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej skutkuje bardzo dużym zróżnicowaniem dostępności i poziomu finansowania pomiędzy poszczególnymi Oddziałami NFZ (np. rozpiętość powyżej 100% pomiędzy województwem śląskim i pomorskim na 10000 uprawnionych).

W ostatniej dekadzie poziom finansowania świadczeń OPD, wyrażony ceną osobodnia opieki utrzymuje się na tym samym poziomie, a w opiece domowej ulegał nawet stopniowemu obniżeniu, przy wyraźnym wzroście kosztów pracy i usług. Skutkuje to dużą demotywowacją pielęgniarek do planowania przyszłości zawodowej w tym sektorze.

W latach 2015-2016 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na zlecenie Ministra Zdrowia dokonała wyceny świadczeń domowej opieki długoterminowej. Proces ten zakończony 30 czerwca 2016 Obwieszczeniem MZ nie został jednak wdrożony jako obowiązujący warunek finansowania świadczeń. Następnym tego jest sytuacja, w której oddziały NFZ mogą zawierać umowy i ogłaszać nowe konkursy na poziomie finansowym nie zapewniającym minimalnych kosztów pracy oraz niezbędnego wyposażenia, materiałów i innych rodzajów kosztów takich jak diagnostyka czy koszty transportu do pacjenta.

Dyrektorzy placówek stacjonarnych (ZOL/ZPO) od kilkunastu lat, nie uzyskali zainteresowania decydentów koniecznością uporządkowania reguł finansowania rzeczywistych kosztów zakwaterowania i wyżywienia pacjentów przebywających w ich placówkach. Zgodnie z prawem pacjent wnosi opłatę, która niejednokrotnie pokrywa zaledwie do 50% powyższych kosztów.

W ostatnim okresie pielęgniarki zaczęły realizować nowe świadczenia wynikające z poszerzonych kompetencji czyli między innymi ordynować materiały medyczne, środki pomocnicze a także ordynować i kontynuować leczenie farmakologiczne oraz badania diagnostyczne. Do chwili obecnej jest to wyłącznie dodatkowe zadanie i odpowiedzialność bez bodźców finansowych.

Wobec braku debaty publicznej i jasnych priorytetów co do dalszych reguł funkcjonowania opieki długoterminowej, kadra zarządzająca oraz liderzy zakładów opieki długoterminowej, a także przedstawiciele świata nauki, podjęli inicjatywę wypracowania rekomendacji dotyczących rozwoju modelu opieki długoterminowej w sektorze zdrowia. Debata ekspercka nt. budowania modelu opieki długoterminowej zorganizowana we współpracy PTP oraz NRPIP odbyła się w dniu 9 lutego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

W debacie wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Centrali NFZ, Konsultanci Krajowi i Wojewódzcy, liderzy organizacji pielęgniarskich a także przedstawiciele organizacji pacjentów oraz instytucji eksperckich zaangażowanych w opracowywanie nowych rozwiązań dla systemu ochrony zdrowia. Uczestnicy spotkania reprezentujący wszystkie województwa bardzo aktywnie włączyli się w dyskusję dotyczącą zdefiniowania najważniejszych kierunków zmian, które warunkują dalszy rozwój opieki długoterminowej. Za największe bieżące zagrożenie dla zakładów opieki długoterminowej uznano niejednoznaczność kryteriów oceny ofert w zakresie świadczeń OPD wypracowanych przez Ministerstwo Zdrowia a mających kluczowe znaczenie w rozpoczętych na początku lutego postępowaniach konkursowych. Rezultatem Debaty jest Księga Rekomendacji, która zostanie przekazana dla Ministra Zdrowia, zawierającą propozycje wspólnych działań na rzecz rozwoju świadczeń opieki długoterminowej.

Dr n. o zdr. Grażyna Wójcik
Prezes Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego



INFORMACJE



Bezplatny dostep do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA

Szanowni Państwo
Mam przyjemność poinformować, że Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej wykupiła dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będziecie Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Procedura nadania kodu PIN:

1. Członek samorządu składa wniosek do OIPiP w Białej Podlaskiej - **dostępny na stronie www.oipip-bp.pl**
2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej należy go uaktywnić w koncie serwisu www.ibuk.pl.

Elżbieta Celmer vel Domańska
 Przewodnicząca ORPiP
 w Białej Podlaskiej



RPWDL

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

KOMUNIKAT INDYWIDUALNE PRAKTYKI

Przypominamy wszystkim pielęgniarkom/pielęgniarskom wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w formie Pielęgniarskiej Praktyki Zawodowej **o obowiązku dostarczania aktualnej polisy Umowy Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej** wraz z wnioskiem o zmianę wpisu w rejestrze. Wniosek, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Informujemy, że zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 z późn. zm.) od 1 kwietnia 2013r. **wnioski o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru i wykreślenie z rejestru mogą być składane** wyłącznie w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem **bezpiecznego podpisu elektronicznego** w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450 z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.). Przypominamy, iż obie metody podpisywania i wysyłania wniosków w postaci elektronicznej są udostępnione użytkownikom Aplikacji dla Podmiotów Leczniczych oraz Aplikacji dla Praktyk Zawodowych.

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą znajduje się obecnie pod następującym adresem strony internetowej: www.rpwdl.csioz.gov.pl.

Opłaty za wpis/zmianę wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek/położnych w roku 2017 kształtują się następująco:

Wpis do rejestru indywidualnej praktyki pielęgniarki/położnej – 86,00 zł.

Zmiana wpisu do rejestru indywidualnej praktyki pielęgniarki/położnej – 43,00 zł.

Schemat postępowania dla osób zakładających działalność leczniczą po raz pierwszy:

1. Założenie konta na platformie ePUAP i złożenie wniosku o utworzenie profilu zaufanego
2. Dokonanie wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej we właściwym Urzędzie oraz dokonanie potwierdzenia profilu zaufanego ePUAP.
3. Wykupienie polisy obowiązkowego Ubezpieczenia OC dla indywidualnej praktyki pielęgniarki/położnej.

4. Przygotowanie dokumentów poświadczających 2-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu.
5. W przypadku prowadzenia praktyki we własnym gabinecie uzyskanie opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających wykonywanie określonych świadczeń zdrowotnych w gabinecie – opinia winna być wystawiona na osobę lub firmę osoby prowadzącej indywidualną praktykę pielęgniarki/położnej.
6. Dokonanie opłaty za wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą 86,00 zł – na konto OIPIP w Białej Podlaskiej.
(nr konta: Bank Spółdzielczy w Białej Podlaskiej 90 8025 0007 0025 2858 2000 0010 z dopiskiem „opłata za wpis do RPWDL, imię nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu lub PESEL”.
7. Założenie konta na platformie RPWDL – www.rpwdl.csioz.gov.pl.
8. Wypełnienie i przesłanie wniosku do OIPIP w Białej Podlaskiej.

Schemat postępowania dla osób, które już posiadają wpis do RPWDL (prowadzą już działalność gospodarczą i są wpisane do rejestru)

1. Założenie konta na platformie ePUAP i złożenie wniosku o utworzenie profilu zaufanego
2. Dokonanie potwierdzenia profilu zaufanego ePUAP
3. Założenie konta na platformie RPWDL – www.rpwdl.csioz.gov.pl
4. Przesłanie do Izby wniosku o nadanie uprawnień do księgi rejestrowej
5. Wypełnienie i przesłanie wniosku do OIPIP w Białej Podlaskiej.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPIP w Białej Podlaskiej

KOMUNIKAT DOTYCZĄCY WYSOKOŚCI SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej informuje, iż zgodnie z uchwałą Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału od lutego 2016 r. określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1. 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
2. 1% także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
3. 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Po wyliczeniu wysokość składki członkowskiej – w przypadku pielęgniarek/położnych wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej (indywidualne lub grupowe praktyki zawodowe) od dnia 1 lutego 2017 r. wynosi – 33,00 zł. miesięcznie.

W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w pkt. 1, 2, 3 składka członkowska powinna być naliczana z jednego źródła, w którym jej wysokość jest najwyższa.

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy – pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy,
2. które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie, której są członkiem,
3. wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
4. przebywające na urlopie macierzyńskim/ tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
5. pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu,
6. będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/ położnictwo, które nie wykonują zawodu.
7. pobierające zasiłek chorobowy z ZUS – bez stosunku pracy.
8. niepracujące, które posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenia przedemerytalne.

Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Skarbnik ORPIP w Białej Podlaskiej

ŻYCZENIA Z OKAZJI PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO

W imieniu władz Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek i własnym w dniu naszego święta życzę Wam – Drogie Koleżanki i Koledzy – wiele ciepłych słów uznania od Waszych przełożonych i współpracowników za ogrom zadań, jakie wykonujecie, by każdy pacjent przebywający na bloku operacyjnym czuł się bezpiecznie, by operacje przebiegały bez zakłóceń, by zawsze wszystko przebiegało zgodnie z ustalonymi procedurami.

Życzę Wam również, by satysfakcja, jaką czerpicie z pracy dawała poczucie dumy z przynależności do grupy pielęgniarek i położnych operacyjnych.

W życiu osobistym niech towarzyszy Wam uśmiech i zapał do realizacji wszystkich marzeń i planów.

Z wyrazami szacunku

Joanna Borzęcka – prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek



A teraz kilka słów od najważniejszych osób w Europejskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Bloku Operacyjnego:

Drogie Koleżanki i Koledzy,

W imieniu Zarządu EORNA życzymy Wam szczęśliwego i pełnego inicjatyw świętowania Europejskiego Dnia Pielęgniarstwa Operacyjnego (EPND) w 2017 roku

Wybrane zostało motto:

Kontroluj dymy chirurgiczne - bądź bezpieczny

W tym roku tematem przewodnim EPND jest bezpieczeństwo wszystkich osób obecnych w salach operacyjnych. Dymy chirurgiczne stanowią znaczące zagrożenia chemiczne i biologiczne. Zachęcamy do stworzenia i utrzymania zdrowego środowiska dla pacjentów i siebie podczas operacji. Wszyscy mamy prawo do pracy w środowisku, zapewniającym odpowiednią jakość i bezpieczeństwo zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu

Jest to również misją EORNA.

Z poważaniem

May Karam – prezes EORNA

Jana Wichsova – wiceprezes EORNA

Pielęgniarkom Oddziałowym Elżbiecie Matysiak i Bożenie Kaliszuk

z SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim

oraz pielęgniarcie Annie Matwiejuk

z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

W związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność oraz życzenia dobrego zdrowia, spełnienia swoich marzeń, radości i pomyślności w życiu osobistym.

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

Podziękowanie Pani Jadwidze Połynka i Pani Elżbiecie Hałabuda

za czynny udział we Mszy świętej wypominkowej w intencji zmarłych pracowników służby zdrowia organizowanej wspólnie z Delegaturą Izby Lekarskiej w Białej Podlaskiej w dniu 21 listopada 2016r.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP



PROFESJONALIŚCI

Szanowni Państwo,

Praca dla pielęgniarki i położnej to misja ratowania życia, nieustanna odpowiedzialność, ryzyko i presja, gdzie każdy błąd może kosztować życie pacjenta. Do tego dochodzi umiejętność odnajdywania się w systemie, walka z rutyną i wypaleniem zawodowym. W tym wszystkim pielęgniarka i położna nie mogą zapominać o byciu matką, żoną, babcią, studentem...

W bieżącym biuletynie rozpoczynamy cykl artykułów prezentujący dorobek zawodowy, działania społeczne, pasje i zainteresowania pielęgniarek i położnych z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Dzięki państwa wsparciu pragniemy przedstawić osobowości, które wniosły do zawodu, do relacji z drugim człowiekiem i samorozwoju bogactwo treści będącej źródłem przemyśleń, inspiracji i dumy. Warto dziś o nich przypomnieć, bo to nasza zwykła, codzienna praca sprawia, że tworzymy zespoły profesjonalistów.

W niniejszym artykule przedstawiamy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego VITA – pielęgniarki, których troska o rozwój profesji i odwaga budzą podziw, nadzieję, dumę oraz inspirację do przemyśleń na temat istoty naszych zawodów.

Mamy nadzieję na możliwość kontynuacji tego przedsięwzięcia.

Liczymy na Państwa zainteresowanie i współpracę.

Zespół redakcyjny

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego VITA

NZOZ VITA



KREW DAREM ŻYCIA



18 LAT MINĘŁO...

Osiemnaście lat to czas zarówno w życiu zawodowym człowieka, a jeszcze bardziej firmy, wystarczający aby zdobyć wiedzę, doświadczenie i potencjał niezbędny do pewnego funkcjonowania w następnych latach. Myślę, że 18 lat w naszym zakładzie było wykorzystane bardzo efektywnie.

Po tych kilkunastu latach istnienia zakładu nadszedł czas na podsumowanie naszej działalności.

Jak to się stało, że 1 października 1998r. siedem pielęgniarek pracujących w środowisku nauczania i wychowania zawiązało spółkę i utworzyło Zakład Opieki Zdrowotnej?

Dlaczego trzeba było zrezygnować z dotychczasowej pracy pod skrzydłami Dyrekcji Wojewódzkiego Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej?

A było to tak:

Na podstawie ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Społecznym od dnia 01.01.1999 r. wprowadzano w Polsce reformę służby zdrowia. W reformowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej bardzo istotne stało się przejęcie przez strukturę samorządu terytorialnego (gminę, powiat, sejmik wojewódzki) funkcji organu założycielskiego zakładów opieki zdrowotnej oraz ich obligatoryjne przekształcenie z jednostek budżetowych w samodzielne. W wyniku tego placówki służby zdrowia zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, utworzono również jednostki o charakterze samorządowym i niepublicznym.

Rok poprzedzający wejście w życie zapowiadanej reformy służby zdrowia był czasem na przygotowania przez samorządy do zmian zapowiadanych w ustawie.

Dlatego też 14 września 1998 roku na mocy Decyzji Wojewody Białkopodlaskiego Marka Czarneckiego utworzony został Niepubliczny Zakład Opieki Zdro-



wotnej Ośrodek Medycyny Szkolnej „VITA”. Umowę na świadczenia medyczne podpisałyśmy wówczas z Wojewodą Białkopodlaskim.

Wtedy jeszcze nie wiedziałyśmy co nas czeka i z wielką „pompą”, wraz z innymi „odważnymi” koleżankami, które również tworzyły nowe zakłady lub otwierały działalność indywidualną, wkraczałyśmy w nową historię. Działalność swoją rozpoczęłyśmy 1 października 1998r. (a była to 7 osobowa spółka pielęgniarek szkolnych).

Ówczesną siedzibą zakładu był gabinet wynajmowany w Przychodni Dziecięcej przy ulicy Narutowicza 35.

Był to dla nas czas wielkiej próby. Poznawałyśmy jakie są zasady prowadzenia własnej firmy. Musiałyśmy wyposażyć nasze gabinety szkolne zgodnie z wymogami ustawy, poznawałyśmy koszty prowadzenia zakładu, uczyłyśmy się współpracy z urzędami (ZUS, Urząd Skarbowy, Sanepid).

Z dniem 1 stycznia 1999r. rozpoczęłyśmy współpracę z Lubelską Kasą Chorych podpisując umowę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

Zaczęła obowiązywać zasada rozdzielenia funkcji płatnika za świadczenia zdrowotne od ich organizatora i dostawcy. Finansowanie określonego pakietu usług zdrowotnych i świadczeń przejęły instytucje dotychczas nieistniejące w Polsce powojennej, czyli Kasy. Powstał także wewnętrzny rynek usług, gdzie o kontrakt ubiegały się podmioty zróżnicowane pod względem statusu prawnego (publiczne, prywatne, spółdzielnie itp.). W ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego utworzono 16 Regionalnych Kas Chorych, działających na terenie województw oraz Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych. Były to instytucje samodzielne i samorządne.

W lipcu 2002 r. mając na względzie poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu, przekształcono firmę z 7 osobowej spółki cywilnej w 2 osobową spółkę cywilną zatrudniającą pozostałe koleżanki pielęgniarki.

Kolejne zmiany w systemie ochrony zdrowia nastąpiły w 2003 r. Po czterech latach funkcjonowania Kas Chorych przekształcono je w Narodowy Fundusz Zdrowia (Centrala wraz z Wojewódzkimi Oddziałami NFZ). Dodatkowo zmienił się charakter prawny płatnika: Kasa Chorych była instytucją samorządną, zaś Fundusz – państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną.

Dnia 1 stycznia 2003 r. rozszerzyłyśmy działalność zakładu o świadczenia usług w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, co skutkowało pozyskaniem dodatkowych gabinetów dla zakładu i dostosowaniem ich do nowej formy działalności jak również zwiększeniem zatrudnienia w firmie. Zmieniono również nazwę firmy na NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego „VITA”, która obowiązuje do dnia dzisiejszego. W tym samym czasie przeniesiono siedzibę zakładu na ulicę Parkową 11 w Białej Podlaskiej.

W 2010 r. zakład przystąpił do konkursu ofert na świadczenia w zakresie opieki hospicyjnej w domu pacjenta, a od 2012 r. dodatkowo rozszerzono działalność o świadczenia pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej. W tym samym czasie w celu poprawy jakości świadczonych usług i zadowolenia pacjentów, większej kontroli nad dokumentacją medyczną i poprawą jakości zarządzania oraz uzyskania europejskich standardów opieki nad pacjentem, przystąpiłyśmy do certyfikacji systemu zarządzania przez TÜV Rheinland Polska. Certyfikat utrzymujemy do dnia dzisiejszego.

Obecnie zakład jest jednym z większych zakładów pielęgniarskich w mieście. Świadczenia realizowane są przez wykwalifikowany personel medyczny, który stale podnosi swoje kwalifikacje poprzez ukończenie wyższych studiów, kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji. Systematycznie bierzemy udział w szkoleniach, sympozjach i konferencjach naukowych. Stawiamy na ciągły rozwój zakładu.

DZIEŃ DZIECKA W KORCZÓWCE



1 ROCZNICA ZAKŁADU



15 LECIE ZAKŁADU



FESTYN NA PLACU
WOLNOŚCI



PO PRACY...



Do osiągnięć firmy należy zaliczyć:

W ramach rozwoju promocji zdrowia w szkołach w 2001 roku przedstawiliśmy autorski „Program profilaktyki antynikotynowej i edukacji prozdrowotnej prowadzonej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych” do konkursu nt. „Program pierwotnej profilaktyki chorób odtytoniowych w Polsce 2001 r.” i w październiku 2001 r. zakład zawarł umowę z Prof. Witoldem Zatońskim reprezentującym Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, na realizację tegoż programu w placówkach oświatowo wychowawczych w mieście i gminie Biała Podlaska. Z tego programu mogły korzystać również inne zainteresowane placówki. Do dnia dzisiejszego trwa współpraca z Instytutem w temacie profilaktyki antynikotynowej.

Od kilku lat współpracujemy z Państwową Szkołą Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. Na mocy porozumienia z uczelnią co roku przyjmujemy na praktyki zawodowe i zajęcia praktyczne studentów kierunków Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego.

Zakład ściśle współpracuje z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Białej Podlaskiej, lekarzami i pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej, Urzędem Miasta w Białej Podlaskiej w zakresie promocji zdrowia.

Nawiązano współpracę z Powiatową Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną oraz placówkami zaopatrzenia ortopedycznego w Białej Podlaskiej.

Praca pielęgniarek pracujących w szkołach doceniana jest przez dzieci i młodzież – panie otrzymują listy i upominki wykonane własnoręcznie przez dzieci na zajęciach lekcyjnych w podziękowaniu za opiekę, zapraszane są na spotkania w klasach, akademie szkolne, uroczystości organizowane przez dyrekcję oraz grono pedagogiczne.

Przez sześć lat dzięki zaproszeniu księdza z Parafii Korczówka organizowaliśmy wraz z motocyklistami, imprezy integracyjne z okazji Dnia Dziecka dzieciom i społeczności Parafii Korczówka.

Współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach profilaktycznych akcji zdrowotnych.

Uczestnictwo w latach 2015-2016 w powiatowym programie profilaktyki i promocji zdrowia w celu zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia wśród mieszkańców powiatu bialskiego „Razem dla Serca”. Przedmiotem projektu, w który zaangażowały się pielęgniarki zatrudnione w zakładzie była edukacja zdrowotna mieszkańców powiatu bialskiego dotycząca wpływu stylu życia na ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, wpływu żywienia i ruchu na zapobieganie chorobom cywilizacyjnym m.in. otyłości, cukrzycy, nadciśnieniu tętniczemu. Dokonano oceny wiedzy mieszkańców powiatu bialskiego dotyczącej ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia oraz wykonano pomiary podstawowych parametrów życiowych: RR, stężenie glukozy we krwi oraz pomiary masy ciała, wskaźnik BMI i WHR.

Ten nasz szybki rozwój, te osiągnięcia to zasługa całego zespołu firmy. Zespół liczy obecnie 26 pracowników. Często przypisuje się sukcesy firmy zarządowi, ale w przypadku NZOZ VITA działamy zespołowo. Integruje nas nasza praca, ale też wspólne imprezy integracyjne. To wynik naszego zaangażowania, inwencji, często nie liczenia czasu pracy i dużej ambicji. Nie myślimy tylko o sobie, ale wyznajemy wartości, które nakazują choć trochę podzielić się z potrzebującymi.

Jolanta Ladko

KONSULTANCI

dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus

Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie

Leokadia Jędrzejewska

Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

CZY WARTO CERTYFIKOWAĆ SZKOŁY RODZENIA?

Szkoły rodzenia powstały z potrzeby złagodzenia bólu porodowego, który powodowany ogólnym napięciem organizmu – zarówno fizycznym, jak i psychicznym, ma swoje podłoże w lęku kobiet przed tym wyzwaniem. Założenie, że to edukacja oraz dostarczanie kobiecie niezbędnej wiedzy na temat nieznanego obszaru jej życia ma przyczynić się do zmniejszenia jej dolegliwości bólowych w czasie porodu jest słuszne i do dzisiaj przyświeca programom wielu szkół rodzenia. Edukacja kobiet, ale także ich partnerów, w kwestii przebiegu samego porodu, jak również ciąży i porodu przyczynia się do poprawienia komfortu rodzącej, która mając świadomość tego, co się wydarzy, czym to jest spowodowane i do czego zmierza, znacznie lepiej znosi cierpienie fizyczne, które w wielu wymiarach nabiera dla niej nowego sensu.^{6, 14, 21}

Popularność szkół rodzenia w Polsce wzrasta z każdym rokiem. Związane jest to z coraz większą świadomością młodych (nie zawsze wiekiem) rodziców, którzy mają potrzebę zdobywania wiedzy, rozwijania się, doskonalenia swoich umiejętności. Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia niesie za sobą bardzo wymierne korzyści dla kobiet, dzieci mających przyjść na świat czy w końcu także dla ojców, ale też całych rodzin. Zdobyta wiedza i umiejętności pozwalają na przygotowanie się do wydarzeń, które choć naturalne, często budzą lęk. Wśród wielu funkcji, które pełnią szkoły rodzenia najważniejszą i pierwotną jest psychoprofilaktyka porodowa, wokół której oscylują wszystkie inne tematy poruszane podczas zajęć.³⁸

Tematyka zajęć w szkołach rodzenia związana jest z ich funkcjami – edukacyjną, terapeutyczną, wspierającą. Nie brakuje w nich promowania

dobrych zachowań, zapoznawania się z najnowszymi wytycznymi odpowiednich jednostek czy sprawdzonych – i popartych wieloletnim doświadczeniem – sposobów radzenia sobie z różnymi trudnościami, które mogą wystąpić w czasie ciąży, porodu czy porożu. Funkcja edukacyjna szkół rodzenia obejmuje przekazanie przez profesjonalistów – położne, lekarzy ginekologów-położników, dietetyków, fizjoterapeutów czy psychologów – wiedzy, niezbędnej do dobrego przeżycia ciąży, zarówno przez kobietę, jak i jej partnera.^{9, 13, 43}

PROGRAM EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ

Rodzice, którzy chcą uczestniczyć w zajęciach szkół rodzenia mogą wybierać spośród wielu propozycji miejsc, w których są one organizowane. W Polsce szkoły rodzenia funkcjonują jako odrębne instytucje (prywatne) bądź przy jednostkach takich jak przychodnie, szpitale, gabinety prywatne, kluby fitness, czy nawet poradnie małżeńsko-rodzinne lub parafie. Oferują swoim słuchaczom programy zajęć pozwalające na jak najlepsze przygotowanie się w czasie ciąży do porodu, porożu i opieki nad noworodkiem. Ich funkcjonowanie, z jednej strony bardzo standaryzowane, a z drugiej bardzo indywidualne w podejściu do przyszłych rodziców, pozwala na poczucie wyjątkowości czasu oczekiwania na dziecko, ale też na pozbycie się lęków i obaw, które często towarzyszą przyszłym rodzicom. Oferty szkół są na tyle bogate, że każdy może wybrać coś, co będzie mu najbardziej odpowiadało bez obawy o poziom programu podstawowego, gdyż psychoprofilaktyka porodowa realizowana jest w każdej ze szkół.^{19, 20, 37}

Szkoły rodzenia w szczególności sposób prowadzą edukację na temat przygotowania do samego porodu.

Jednak zdobyta wiedza na temat ciąży i porodu w szkołach rodzenia jest tylko częścią tego, co znajduje się w ich ofertach edukacyjnych. Istotną tematyką, która także jest poruszana na zajęciach jest m.in. rozwój dziecka w fazie prenatalnej, zachowania prozdrowotne w okresie ciąży, przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich, karmienia piersią oraz opieki nad noworodkiem.

Edukacja przedporodowa ma ogromne znaczenie dla rodziców, a szkoła rodzenia jest źródłem fachowej wiedzy przekazywanej przez specjalistów. Zdobycie tej wiedzy oraz praktycznych umiejętności pozwala jej uczestnikom na zmianę świadomości, zmniejszenie lęków i obaw związanych z ciążą, porodem i porożem oraz ułatwia aktywne uczestnictwo w porodzie.¹ Wykorzystywanie przez rodziców naturalnych sił organizmu powinno być wspomagane przez różne metody i techniki, których stosowanie pobudza produkcję endorfin zmniejszających ból i ułatwiających przebieg porodu, a które powinny znaleźć się w programie edukacji przedporodowej. Umiejętność stosowania tych metod w odpowiednim czasie pozwala na osiągnięcie celu, jaki zakłada psychoprofilaktyka.^{5, 37}

Badania Piziak³⁷ oraz Spinelli i wsp.⁴⁵ wykazały, że poziom teoretycznej wiedzy zdobytej w szkołach rodzenia jest wyższy niż umiejętność zastosowania jej w praktyce. Ograniczona ilość zajęć praktycznych, które mają za zadanie wydolnościowo przygotować ciężarne do porodu, agreguje ze spotykaną niechęcią kobiet do uczęszczania na te zajęcia w szkole rodzenia. Skutkiem takich nieprawidłowości jest u ciężarnej brak świadomości, jaki wysiłek czeka ją w trakcie porodu, co w konsekwencji powoduje, że nie jest w stanie się do niego wydolnościowo przygotować.

Ponadto wyniki licznych badań wykazują, że uczestniczenie w edukacji przedporodowej wpływa pozytywnie na poziom wiedzy przyszłych rodziców, co przejawia się właściwymi zachowaniami zdrowotnymi w okresie poprzedzającym ciążę, w czasie jej trwania jak również podczas porodu i połogu. Przekazanie tych informacji rodzicom, którzy decydują się na pierwsze dziecko wydaje się szczególnie ważne.^{6, 32} Badania Piziak³⁷ wykazały także, że kobiety uczestniczące w szkole rodzenia były lepiej przygotowane do przebiegu ciąży i porodu. Uczestniczki szkół rodzenia miały większą wiedzę na temat ciąży i porodu, a to wpłynęło na poprawę ich samopoczucia oraz na to, że częściej rodziły naturalnie w porównaniu do kobiet nieprzygotowanych. Przygotowanie psychoprofilaktyczne w szkole rodzenia pomaga rodzicom w zachowaniach prozdrowotnych podczas ciąży oraz połogu, wpływa pozytywnie na sprawność psychofizyczną kobiety w ciąży, zapobiega powikłaniom, ale również stwarza odpowiednie warunki świadomego i aktywnego aktu porodu. Według badań Stangret i współpracowników⁴⁶ kobiety po kursie szkoły rodzenia lepiej oceniają swoją wiedzę na temat porodu, są bardziej świadome celowości aktywności fizycznej w czasie ciąży i znają jej pozytywny wpływ na organizm, prowadzą bardziej higieniczny tryb życia oraz cechują się wyższą samooceną. Również Soet w swojej pracy⁴⁴ twierdzi, że przygotowanie teoretyczne do porodu wzmacnia wiarę kobiety we własne możliwości i umiejętności, co skutecznie zmniejsza stres i obawy z nim związane. Można także stwierdzić, że stan emocjonalny kobiet w okresie poporodowym zależy pośrednio od poziomu posiadanej wiedzy na temat sytuacji stresowej, jaką jest poród i połóg.

W badaniu Kamińskiej i współpracowników²³ wszystkie respondenci uważały za słuszne i potrzebne przygotowanie w szkole rodzenia do ciąży i połogu. Twierdziły również, że konieczne jest organizowanie szkół rodzenia. Odpowiednia wiedza, umiejętności i postawy zdobyte przez rodziców w czasie oczekiwania na dziecko, zarówno podczas indywidualnych spotkań edukacyjnych, jak i przez uczestnictwo w szkole rodzenia, mogą znacznie pomóc przyszłym rodzicom w przygotowaniu się do no-

wych zadań związanych z opieką nad dzieckiem.¹⁵ Z badań Delugi i współpracowników⁸ wynika, że zdecydowana większość rodziców (96,4%) uważa, że do przyjścia dziecka na świat należy się przygotować. Ponadto powyższe badania⁸ pokazały, że respondenci uczęszczający do szkoły rodzenia cechowali się wyższym poziomem wiedzy w zakresie podstawowych zagadnień dotyczących opieki nad noworodkiem w porównaniu z osobami, które nie brały udziału w tego rodzaju zajęciach. Wyniki tych badań pokazują także, że coraz bardziej wzrasta świadomość kobiet odnośnie edukacji zdrowotnej i korzystania w większym zakresie niż miało to miejsce w latach ubiegłych, z różnych dostępnych form szkolenia, tj. szkoła rodzenia czy internetowa szkoła rodzenia.

Prawie 74% uczestniczek szkół rodzenia stwierdziło, że wiedza zdobyta na zajęciach, była pomocna i znalazła praktyczne zastosowanie przy porodzie, natomiast 40% kobiet uznało, że szkoła rodzenia również przygotowała je do wczesnego rodzicielstwa.¹² Pozytywne odczucia absolwentek szkoły rodzenia znajdują odbicie w zwiększającej się liczbie uczestniczek tych kursów. Autorzy z innych ośrodków odnotowują frekwencję na poziomie 23%.⁴⁵ Rzeczywiste korzyści z uczestnictwa w przedporodowych zajęciach szkoły rodzenia widoczne są nie tylko w liczbach, ale i w zadowoleniu obojga rodziców po porodzie.

FIZJOTERAPIA W SZKOLE RODZENIA

Oprócz zagadnień teoretycznych uczestnicy kursów szkoły rodzenia poznają ćwiczenia gimnastyczne, które mają na celu zapewnienie sprawności fizycznej i komfortu życia matce i dziecku. Przyszli rodzice zapoznawani są również z technikami relaksacyjnymi i oddechowymi, które są pomocne podczas ciąży i porodu. Kozłowska²⁹ podkreśla znaczenie zajęć praktycznych w szkole rodzenia prowadzonych przez fizjoterapeutę, popartych wyjaśnieniem poszczególnych form ruchowych, co podnosi skuteczność nauki i zwiększa motywację ciężarnych. Kontynuacją pracy w szkole rodzenia powinna być obecność fizjoterapeuty na sali porodowej w celu stymulacji rodzających według wyuczonych wcześniej nawyków.

Wiele doniesień naukowych^{2,46} dowodzi, że ćwiczenia ruchowe w czasie ciąży korzystanie działają na układ oddechowy, krążenia czy przebieg procesów metabolicznych w organizmie mamy i dziecka, a ponadto wpływają pozytywnie na sferę psychiczną ciężarnej, co skutkuje łatwiejszym przebiegiem ciąży i porodu. Według wielu publikacji^{4,24,35} odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne (proponowane także w szkołach rodzenia) oraz aktywność fizyczna w czasie ciąży pozwalają przygotować kobietę i jej organizm do porodu. Aktywność fizyczna zapobiega również obniżeniu nastroju kobiety w trakcie ciąży i połogu, a także sprzyja szybszemu powrotowi do formy po porodzie.^{4,34} Ćwiczenia wpływają korzystnie na nastawienie psychiczne do porodu. Kobiety rzadziej wybierają znieczulenie w czasie porodu i lepiej współpracują z położną oraz chętnie karmią piersią i odczuwają większą radość z urodzenia dziecka. Podczas przygotowania praktycznego w szkole rodzenia uczy się przyszłych rodziców tzw. „psychoprofilaktyki porodowej”, której głównym celem jest optymalne dotlenienie dziecka w kolejnych tygodniach ciąży, jak i w czasie porodu. Jest to metoda, jak dowodzą badania naukowe, usprawniająca i zmniejszająca ból w czasie porodu.^{25, 29, 37}

W badaniach Kowalskiej²⁸ również istotna okazała się częstotliwość wykonywania ćwiczeń. Im częstsza była aktywność kobiet podczas ciąży, tym lepszy nastrój badanych i niższy poziom stresu w okresie połogu. Jest to kolejny fakt przemawiający za tym, że systematyczny i dozowany wysiłek fizyczny to skuteczny czynnik zapobiegający powstawaniu zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. Warto zatem zachęcać i promować wśród ciężarnych aktywność ruchową, jak również mobilizować do jej kontynuacji w okresie połogu.

Z dostępnych badań wynika, że szkoły rodzenia często zawężają możliwości do wykorzystania przez rodzącą niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu do masażu okolicy lędźwiowo-krzyżowej i przyjmowania pozycji kucznych. Wszystkie tego typu problemy pojawiające się podczas realizacji kursu szkoły rodzenia powodują wysoki, deklarowany przez ciężarne kończące kurs, strach przed porodem.^{7, 27, 37}

Kursy szkół rodzenia choć opierają się na tych samych założeniach, wykazują jednak różną skuteczność. Dobrze zaprojektowane badania w zakresie ich oceny mogą być jedynym sposobem na stworzenie wspólnego optymalnego programu edukacji prenatalnej.²² Na podstawie badań własnych¹⁹, jak i innych autorów^{37, 39, 46} można także zauważyć, że wiele objętych badaniem szkół rodzenia z całej Polski jeszcze odbiega od przykładowego standardu edukacji przedporodowej szkoły rodzenia, projekt autorstwa – realizowany od 2009 we Wrocławiu (finansowany przez Miasto Wrocław) oraz kontynuowany w tej wersji w województwie dolnośląskim, na podstawie Zarządzenia nr 322 wojewody dolnośląskiego z dnia 11 lipca 2012 w sprawie realizacji programu „Jak urodzić zdrowe dziecko”¹, który bardzo szczegółowo określa wszelkie normy funkcjonowania szkół rodzenia (finansowanych ze środków publicznych). Nasuwa się pytanie czy nie warto byłoby, aby taki standard obowiązywał w całym kraju, a nie tylko w województwie dolnośląskim. Z pewnością wprowadzenie tego typu wymogów znacznie ograniczyłoby liczebność szkół rodzenia w Polsce, które z różnych powodów nie zakwalifikowałyby się jako rekomendowane przez daną jednostkę, spełniające określone wymogi. Stopniowe wprowadzanie tego typu standardów mogłoby okazać się niezwykle korzystne – ponieważ dzięki temu warunki w jakich prowadzone są zajęcia i ich jakość – mogłyby w wielu miejscach ulec znacznej poprawie. To

z kolei przyczyniłoby się do ogólnego zadowolenia uczestników z wysokiej jakości świadczonych usług, a także prawdopodobnie do wyższego poziomu zdobytej wiedzy i umiejętności, ponieważ jak wynika z badań niniejszej pracy część szkół boryka się z problemami finansowymi, które uniemożliwiają realizację zamierzonych celów zgodnie z wizją autorów programów.

Na zakończenie należy również podkreślić, że propozycją, odpowiadającą na potrzeby współczesnych rodziców, są internetowe szkoły rodzenia, które są najczęściej nie tylko źródłem informacji, ale pełnymi kursami przeznaczonymi dla rodziców oczekujących na narodziny swojego potomstwa. Dzięki wykorzystaniu e-learningu w sposób praktyczny można przygotować się do porodu nie wychodząc z domu. Uczestnik kursu nie tylko zapozna się z tematyką porodu, położenia i opieki nad noworodkiem, ale będzie mógł te umiejętności przećwiczyć w praktyce. Korzystanie z zajęć internetowej szkoły rodzenia jest korzystne dla zapracowanych rodziców, którzy nie mają możliwości regularnego uczestniczenia w zajęciach, bądź dla kobiet, które ze wskazań medycznych okres ciąży spędzają pod szczególnym nadzorem i muszą do minimum ograniczyć wszelki wysiłek fizyczny.

Program pierwszej certyfikowanej internetowej szkoły rodzenia pod patronatem Polskiego Towarzystwa Położnych, która dostępna jest pod adresem www.szkoLARodzenia prenatalen.pl składa się z 5 bloków tematycz-

nych podzielonych na rozdziały.¹⁸ Po każdym rozdziale tematycznym uczestnik szkoły może sprawdzić swoją wiedzę i umiejętności, a po ukończeniu całego programu uzyska certyfikat ukończenia szkoły. Innowacyjnym rozwiązaniem jest aplikacja pozwalająca pacjentce na każdym etapie kształcenia wybrać położną – z bazy blisko 8000 położnych – która będzie aktywnie zaangażowana w proces jej edukacji, wspierając ją i monitorując postęp nauki i przygotowania do porodu i macierzyństwa.

Należy również podkreślić, że szkoła rodzenia jest tak głęboko zakorzeniona w kanonie położniczym, iż znalazła również swoje miejsce w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (Rekomendacje ZG PTG 2005) dotyczących prowadzenia ciąży, które wskazują, że jej zadaniem jest działanie w okresie ciąży sprzyjające utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej, rodziny. Zadanie to powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą przyszłą matkę i ojca do porodu, położenia i opieki nad noworodkiem.

Źródło: Iwanowicz-Palus G., Jędrzejewska L. Czy warto certyfikować szkoły rodzenia, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 11/2016: 33-35.

Piśmiennictwo dostępne w biurze OIPiP w Białej Podlaskiej.

INFORMACJA

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa

Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych

Pani mgr Małgorzata Sitarz

pełni dyżur telefoniczny

pod nr: 798 705 756



DZIAŁ PRAWNY

DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 8 marca 2017 r.

Dz.U. 2017 poz. 497

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 27 lutego 2017 r.

w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 i 2020) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną;

2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;

3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;

4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;

5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną.

§ 2.

Pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych, z uwzględnieniem § 3 i § 7.

§ 3.

Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs

kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,

b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,

c) wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza

w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

d) ocenę i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;

3) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

b) doraźną modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych

opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

c) przygotowanie pacjenta leczonego metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współdziałania w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

d) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

e) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;

4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących rehabilitację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

§ 4.

Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

- 1) ocenę stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej,
 - b) rurki nosowo-gardłowej,
 - c) przyrządów nadgłośniowych,
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;

7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;

8) wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;

9) wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;

10) wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;

11) wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;

12) wykonywanie kardiowersji w tachyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;

13) wykonywanie i ocena zapisu EKG;

14) monitorowanie czynności układu oddechowego;

15) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;

16) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;

17) wykonywanie dojścia doszypikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

18) podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszypikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszypikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu);

19) odbarczenie odmy przeźnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu; 20) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;

21) opatrywanie ran;

22) tamowanie krwawień zewnętrznych;

23) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;

24) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;

25) przyjęcie porodu;

26) wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;

27) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;

28) wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej;

29) podawanie pacjentowi produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia;

30) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia

oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

§5.

Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w 4, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarstwa kardiologicznego, lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

§6.

1. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, i jednostkami wojskowymi, jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych i leczniczych obejmujących:

- 1) wykonanie konikotomii;
- 2) wykonanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej przez usta lub przez nos, z użyciem lub bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej w zależności od wskazań terapeutycznych;
- 3) wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych;
- 4) wykonanie fasciotomii ratunkowej;
- 5) wykonanie blokady obwodowej nerwów kończyn;
- 6) wykonanie badania USG u pacjenta urazowego;
- 7) odbarczenie tamponady osierdzia u pacjenta urazowego;
- 8) wykonanie drenażu jamy opłucnowej ze wskazań życiowych;
- 9) tamowanie krwotoków z użyciem środków hemostatycznych oraz opasek zaciskowych;
- 10) płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;
- 11) podawanie krwi, składników krwi i preparatów krwiozastępczych pacjentom z objawami wstrząsu hipowolemicznego, jeżeli ukończyła szkolenie tego z zakresu;
- 12) ocenę prezentowanych przez pacjenta symptomów zaburzeń zachowania lub zaburzeń psychicznych ze szczególnym uwzględnieniem symptomów reakcji na ciężki stres (zaburzenia nerwicowe związane ze stresem), w związku z procesem diagnostyczno-leczniczym;
- 13) podejmowanie czynności w ramach osłony epidemiologicznej i epizootycznej stanów osobowych wojsk oraz w zakresie medycznej ochrony przed czynnikami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi, nuklearnymi (Chemical Biological Radiological Nuclear - CBRN), według obowiązujących instrukcji i standardów;

14) podawanie produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC, wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, wydawanych bezpłatnie na podstawie art. 69b ust. 4 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1534 i 2138 oraz z 2017 r. poz. 60), leków w autostrzykawkach stanowiących indywidualne wyposażenie żołnierza oraz produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się pod warunkiem ukończenia przez pielęgniarkę kursów doszkalających wojskowo-medycznych przeznaczonych dla żołnierzy zawodowych oraz pracowników cywilnych resortu obrony narodowej oraz szkolenia w przypadku wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 11.

3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, realizowane są w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych Ministrowi Obrony Narodowej.

4. Pielęgniarka, może nie podjąć lub odstąpić od wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w przypadku:

- 1) rozerwania ciała, dekapitacji;
- 2) rozległego zniszczenia czaszki i mózgu, masywnego urazu uniemożliwiającego prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 3) oznak rozkładu gnilnego ciała lub stężenia pośmiertnego, zwięzienia, asystolii, utrzymującej się powyżej 30 minut pomimo prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej wszystkimi metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi, przy szerokich, niereagujących na światło źrenicach.

§ 7.

Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

- 1) świadczeń diagnostycznych obejmujących:
 - a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub posiada dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku położnictwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,
 - b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,
 - c) wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 2) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra położnictwa,

b) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii,

c) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,

d) modyfikacja doraźnie dawki I leku przeciwbólowego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu.

§ 8.

1. Pielęgniarka i położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym informuje bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do pielęgniarki i położnej sprawującej opiekę nad pacjentem wykonującej zawód poza podmiotem leczniczym, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

§9.

1. Wykaz produktów leczniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Wykaz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§10. W przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej, gdy zwłoka w ich podaniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia matki lub dziecka, położna jest uprawniona do podania pacjentowi bez zlecenia lekarskiego produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§11.

Pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wyskrobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne.

§ 12.

Wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. 2)

**Minister Zdrowia
Konstanty Radziwiłł**

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie §1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

2) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 1540), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie . 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016

Załącznik nr 1

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIELEŃNIARKE SYSTEMU W RAMACH WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

p.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1.	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2.	Adenosinum (Adenozyna)	roztwór do wstrzykiwań
3.	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4.	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5.	Isosorbidi mononifras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6.	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7.	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
8.	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9.	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań

BIULETYN INFORMACYJNY NR 1/98/2017

10.	Clopidogelum (Klopidogel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11.	Dexamethasoni phosphas (Deksalnetazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12.	Diazepamum (Diazepam)	tabletki; roztwór do wstrzykiwań, wlewka do- odbytnicza
13.	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodo- rek)	roztwór do wstrzykiwań
14.	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15.	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16.	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17.	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18.	Glyceroli trinitras (Glicerolu friazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
19.	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
20.	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21.	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22.	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23.	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24.	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25.	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26.	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27.	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań, żel
28.	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
29.	Mannitolum – 15 % (Mannitol – 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30.	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do wstrzykiwań
31.	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32.	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33.	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34.	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35.	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
36.	Natrii chloridum 0,9 % (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37.	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań
38.	Papaverini hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań
39.	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40.	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41.	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42.	Saľbutamolum (Saľbutamol)	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebuli- zacji
43.	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44.	Thiethylperazinum (Tietylperazylna)	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45.	Ticagrelorum (Tikagelor) (po teletransmisji EKG i konsul- tacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46.	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47.	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 2

**WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIEŁĘGNIARKI ZA-
TRUDNIONE LUB PEŁNIĄCE SŁUŻBĘ W PODMIOTACH LECZNICZYCH BĘDĄCYCH JEDNOSTKAMI
BUDŻETOWYMI, DLA KTÓRYCH PODMIOTEM TWORZĄCYM JEST MINISTER OBRONY NARODOWEJ,
I JEDNOSTKAMI WOJSKOWYMI W WARUNKACH SYTUACJI KRYZYSOWYCH I PRZY ZABEZPIECZE-
NIU MEDYCZNYM DZIAŁAŃ JEDNOSTEK PODLEGLYCH MINISTROWI OBRONY NARODOWEJ**

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum tranexamicum (Kwas traneksamowy)	roztwór do wstrzykiwań
2	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum (Amoksycylina)	roztwór do wstrzykiwań
3	Ciprofloxacinum (Ciprofloksacyna)	roztwór do wstrzykiwań
4	Clindamycinum (Klindamycyna)	roztwór do wstrzykiwań
5	Cefotetan (Cefotetan)	roztwór do wstrzykiwań
6	Cloxacillinum (Kloksacylina)	roztwór do wstrzykiwań
7	Etomidate (Etomidat)	roztwór do wstrzykiwań
8	Ertapenem (Ertapenem)	roztwór do wstrzykiwań
9	Fentanylum (Fentanyl)	doustna – lizak
10	Ketaminum (Ketałnina)	roztwór do wstrzykiwań
11	Mannitolum (Mannitol – 5%, 10%, 20%)	roztwór do wlewu dożylnego
12	Moxifloxacin (Moksyfloksacyna)	tabletki
13	Neostigmine methilsulphate (Neostygmina)	roztwór do wstrzykiwań
14	Propofol (Propofol)	roztwór do wstrzykiwań
15	Vecuronium bromie (Wekuronium)	roztwór do wstrzykiwań
16	Suxamethonii chloridum (chlorsuccilin) (Sukcynocholina)	roztwór do wstrzykiwań
17	Bacitracinum (Bacytracyna)	krople do oczu
18	Proxymetacaine hydrochloride (Proksymetakaina)	krople do oczu
19	Sulfacetamidum nafricum (Sulfacetamid)	krople do oczu

Załącznik nr 3

**WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIE-
ŁĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO**

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1.	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2.	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
3.	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
4.	Clemastinum oemastyna)	tabletki, syrop
5.	Drotaverini hydrochloridum	tabletki, czopki, roztwór do

	(Drotaweryny chlorowodorek)	wstrzykiwań
6.	Furosemidum (Furosemid)	tabletki
7.	Glyceroli trinitras (Glicerolu friazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
8.	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
9.	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
10.	Glucosum 20 % (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
11.	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań, maść
12.	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, syrop
13.	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)*	tabletki, czopki
14.	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
15.	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki
16.	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	żel, aerozol, roztwór do wstrzykiwań*
17.	Loperamidi hydrochloridum (Loperamidu chlorowodorek)	tabletki
18.	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
19.	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	tabletki, czopki
20.	Metamizolum natricum + Papaverinum + Atropinum (Metamizol sodowy + Papaweryna + Atropina)	czopki
21.	Metoclopramidum (Metoklopramid)	tabletki
22.	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	tabletki
23.	Natrii chloridum 0,9 % (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
24.	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
25.	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
26.	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
27.	Saľbutamolum (Saľbutamol)	roztwór do nebulizacji
28.	Suppositoria Glyceroli (Czopki glicerolowe)	czopki
29.	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
30.	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, tabletki
31.	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
32.	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
33.	Produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC	wszystkie dostępne

* dotyczy połoźnej

Załącznik nr 4

WYKAZ ŚRODKÓW POMOCNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SA UPRAWNIŁE PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
1.	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej
2.	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3.	Cewniki zewnętrzne
4.	Cewniki urologiczne
5.	Cewniki jednorazowe urologiczne lub hydrofilowe cewniki urologiczne
6.	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7.	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii
8.	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny
9.	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10.	Pończochy kikutowe kończyn górnych i dolnych
11.	Majteczki po wyluszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
12.	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna
13.	Materac przeciwoleżynowy
14.	Opatrunki (emplastry)
15.	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi
16.	Nebulizator (generator aerozolu)
17.	Maska tlenowa

Załącznik nr 5

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ POŁOŻNĄ BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI INTERWENCJI LEKARSKIEJ, GDY ZWŁOKA W ICH PODANIU MOGŁABY SPOWODOWAĆ STAN NAGŁEGO ZAGROZENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MATKI LUB DZIECKA

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1.	Demoxytocinum (Demoksytocyna)	tabletki
2.	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
3.	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)	roztwór do wstrzykiwań, tabletki, czopki
4.	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5.	Methylergometrini maleas (Metyloergometryny maleinian)	roztwór do wstrzykiwań
6.	Oxytocinum (Oksytocyna)	roztwór do wlewu dożylnego, roztwór do wstrzykiwań
7.	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowoderek)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 6

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DO SAMODZIELNEGO PRZEPROWADZANIA PRZEZ PIEŁĘGNIARKĘ I POŁOŻNĄ

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: – morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi, – sód, – potas, – wapń, – kreatynina, – glukoza, – mleczań, – czas protrombinowy (INR), – TSH, – gazometria z krwi żyłnej, – gazometria z krwi tętniczkowej
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: – białko C-reaktywne (CRP), – troponina, – hemoglobina glikowana (HbA1c), – badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy)
3	Badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: – przezskórny pomiar bilirubiny, – pomiar glikemii za pomocą glukometru

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, w związku z art. 102 ust. 1 tej ustawy.

Projekt rozporządzenia był poprzedzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U.

poz. 1540). Zakres czynności przewidzianych w projekcie wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarkę i położną nie ulega zmniejszeniu w stosunku do zakresu wynikającego z obowiązującego rozporządzenia.

Projekt rozporządzenia określa:

1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną,

2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,

3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,

4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę,

5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną.

Przepis §2 wskazuje, że pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych. Wykonywanie zawodu pielęgniarki oraz zawodu położnej polega na udzielaniu przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami świadczeń, o których mowa w art. 4 i 5 ustawy. Natomiast art. 2 ustawy określa, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Zasady odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych określa ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1038, z późn. zm.). Zgodnie z art. 61 ustawy pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Przepis §3 określa rodzaje świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, do których wykonywania uprawniona jest pielęgniarka samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, pod warunkiem ukończenia właściwego rodzaju kształcenia podyplomowego lub posiadania tytułu magistra pielęgniarstwa, lub w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Z uwagi na występujące w praktyce sytuacje dotyczące nagłego zagrożenia zdrowotnego zachodzi konieczność podania choremu na hemofilię, jak najszybciej po wystąpieniu wylewu krwawego produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, będących w posiadaniu pacjenta albo będących na wyposażeniu podmiotu, w którym pielęgniarka albo położna wykonuje zawód, pielęgniarka i położna oraz pielęgniarka systemu będą uprawnione do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń leczniczych obejmujących podanie ww. produktów i czynników pacjentowi (§3 pkt 3 lit. e, 4 pkt 30 i 7 pkt 2 lit. c).

Przepis §4 dotyczy medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, z późn. zm.). W związku z poszerzeniem medycznych czynności ratunkowych wykonywanych samodzielnie przez

ratownika medycznego, o których mowa w pkt 11 i 12 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587) w projektowanym rozporządzeniu zostały wprowadzone zmiany przepisów polegające na dodaniu ww. czynności ratunkowych również dla pielęgniarki systemu.

W związku z powyższym projektowane rozporządzenie zawiera:

1) zmianę przepisu §4 w zakresie katalogu medycznych czynności ratunkowych wykonywanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę systemu;

2) zmianę załącznika nr 1 – wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych; wykaz został poszerzony o 19 produktów leczniczych, w stosunku do obecnie obowiązującego.

Ratownik medyczny i pielęgniarka systemu posiadają równorzędne uprawnienia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych wyłącznie w ramach systemu ratownictwa medycznego – jest to obszar, gdzie ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu mają jednakowe zakresy czynności ratunkowych i mogą się nawzajem zastępować.

Przepis §5 umożliwia również pielęgniarcę zatrudnionej lub pełniącej służbę w podmiotach, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) wykonywanie samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w §4, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarstwa kardiologicznego lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

Przepis §6 wskazuje, iż pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, jest także uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych i leczniczych, enumeratywnie wymienionych w tym przepisie oraz określa kwalifikacje niezbędne do ich wykonywania (kursy i szkolenia). Świadczenia te będą realizowane w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych Ministrowi Obrony Narodowej.

Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę zatrudnioną lub pełniącą służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Przepis §7 wymienia rodzaje świadczeń diagnostycznych i leczniczych, do których wykonywania

uprawniona jest położna samodzielnie bez zlecenia lekarskiego pod warunkiem ukończenia właściwego rodzaju kształcenia podyplomowego lub posiadania tytułu magistra położnictwa, lub w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zakres świadczeń udzielanych przez położną w ramach opieki okołoporodowej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132).

Przepis §8 wskazuje, że pielęgniarka i położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym informuje bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach. Przepis stosuje się odpowiednio do pielęgniarki, położnej sprawującej opiekę nad pacjentem poza podmiotem leczniczym, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

Wykaz produktów leczniczych oraz wykaz środków pomocniczych, do stosowania, których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego określają odpowiednio załączniki nr 3 i 4 do rozporządzenia.

W przepisie §10 określono, iż w przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej, gdy zwłoka w ich

podaniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia matki lub dziecka położna jest uprawniona do podania pacjentowi bez zlecenia lekarskiego produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia.

Wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

Ponadto, w projekcie rozporządzenia ujednociono nazewnictwo zgodnie z:

1) ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.),

2) ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.),

3) ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.),

4) ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.),

5) ustawą z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142, z późn. zm.).

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597). Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej

Artykuły pochodzą z programu: LEX Ochrona Zdrowia

CZY PIELEŃNIARKA MOŻE SAMODZIELNIE MODYFIKOWAĆ DAWKĘ INSULINY KRÓTKO I DŁUGO DZIAŁAJĄCEJ?

18-08-2016

Dopuszczalna jest samodzielna modyfikacja dawki insuliny przez pielęgniarkę, ale wyłącznie w szczególnych sytuacjach. Warunkiem niezbędnym jest ukończenie przez pielęgniarkę kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego dla pielęgniarek - wyjaśnia ekspert w komentarzu w LEX Ochrona Zdrowia.

Warto wiedzieć: O dokonaniu przez pielęgniarkę samodzielnej korekty dawki insuliny w szczególnej sytuacji, winna ona dokonać wpisu w **Czy pielęgniarka może samodzielnie modyfikować dawkę insuliny krótko i długo działającej?**

Jak ma udokumentować podjęte działania, w jakiej dokumentacji może dokonać wpisu?

Czy istnieje forma kształcenia podyplomowego pielęgniarerek i położnych dająca uprawnienia do wykonywania takich czynności?

Odpowiedź zawarta jest w uzasadnieniu.

Generalną zasadą jest, że to lekarz ordynuje leki pacjentowi. Artykuł 45 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi bowiem, że lekarz może ordynować leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach, oraz wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne

wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych - dalej u.w.m. Dalsze ustępy art. 45 u.w.m. regulują sytuacje, w których lekarz uprawniony jest do ordynacji innych leków, niż te wskazane w ust. 1. Od dnia 1 stycznia 2016 r. obowiązuje przepis art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., w myśl którego, ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub

położnictwa mają prawo samodzielnie:

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty

- jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 u.z.p.p.).

Artykuł 15a ust. 8 u.z.p.p. zawiera delegację ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej wykazu:

a) substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w art. 15a ust. 1 u.z.p.p.,

b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15a ust. 1 u.z.p.p.,

c) wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 u.z.p.p.

W oparciu powyższy przepis zostało

wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych - dalej r.w.s.cz. Wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 u.z.p.p., stanowi załącznik nr 1 do r.w.s.cz. W załączniku tym nie ma grupy leków - insulin. Powyższe oznacza, że pielęgniarka, położna nie posiadają uprawnień do ordynowania tej grupy leków.

Jednakże zwrócić należy uwagę, iż ordynacja leków nie jest tożsama z dokonywaniem korekt dawki insuliny w szczególnych sytuacjach. Dlatego też, program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa

diabetologicznego dla pielęgniarek zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w szczegółowych efektach kształcenia w zakresie umiejętności wskazuje, że pielęgniarka po ukończeniu kursu powinna umieć obliczać dawki insuliny okołoposiłkowej i na korektę (por. U.14 umiejętności), dokonywać doraźnej korekty dawki insuliny szybko lub krótko działającej w szczególnych sytuacjach (por. U 29 umiejętności), dokonywać korekty dawki insuliny w szczególnych sytuacjach (por. U 67 umiejętności). Tak więc dopuszczalna jest samodzielna modyfikacja dawki insuliny przez pielęgniarkę, ale wyłącznie w szczególnych sytuacjach. Warunkiem niezbędnym jest ukończenie przez pielęgniarkę kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego dla pielęgniarek.

O dokonaniu przez pielęgniarkę samodzielnej korekty dawki insuliny w szczególnej sytuacji, winna ona dokonać wpisu w dokumentacji medycznej pacjenta, którym się opiekuje, opisując jednocześnie okoliczności dokonania korekty.

Autor: Choromańska Iwona

Czy pielęgniarka może samodzielnie podać zamiennik danego leku?

19-01-2017

Czy pielęgniarka może samodzielnie podać zamiennik danego leku (bez konsultacji z lekarzem)? Według Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia – pielęgniarka i położna nie może samodzielnie wydać zamiennika danego leku, jednak jest to opinia z 2010 roku. Proszę o informację, czy wyżej przytoczona opinia jest aktualna.

Odpowiedź:

Pielęgniarka nie ma uprawnień, aby samodzielnie podać zamiennik danego leku bez konsultacji z lekarzem, chyba że posiada, w świetle art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 z późn. zm.) - dalej

u.z.p.p., uprawnienia do ordynacji leku, który podaje pacjentowi.

Uzasadnienie:

Zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) - dalej u.z.l.l.d., lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Jednakże stosownie do art. 42 ust. 2 u.z.l.l.d. lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby

medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Realizując proces leczenia, w myśl art. 45 ust. 1 u.z.l.l.d., lekarz może ordynować leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach, oraz wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycz-

nych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 876 z późn. zm.).

Pewien wyjątek od tej zasady zawiera przepis art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 z późn. zm.) - dalej u.r.l., który stanowi, że osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na receptę. Apteka ma obowiązek zapewnić dostępność tego leku. Ponadto, farmaceuta ma obo-

wiązek, na żądanie świadczeniobiorcy, wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena detaliczna jest niższa niż cena leku przepisanego na receptę (ust. 2). Dalsze ustępy 2a, 2b, 2c regulują zasady postępowania w zakresie stosowania zamienników leków w odniesieniu do różnic cenowych, odpłatności za lek oraz różnej liczby dawek. Jednakże podkreślić należy, iż zamiany leku może dokonać jedynie osoba z wykształceniem farmaceutycznym. Przepisy powyższe, dotyczące zamienników leków, nie obowiązują w sytuacji, w której osoba wystawiająca receptę wskazała na niemożność dokonania zamiany przepisane go leku.

Reasumując, co do zasady, to lekarz, będąc osobą odpowiedzialną za proces leczenia pacjenta decyduje o ewentualnej zamianie leku, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w art. 44 u.r.l.

Należy też zwrócić uwagę na przepis art. 15a ust. 1 u.z.p.p., który stanowi, że w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapo-

biegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty

- jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Jeżeli zatem pielęgniarka podaje pacjentowi lek, który sama zaordynowała pacjentowi, wówczas ma ona prawo do zastosowania zamiennika, jeżeli uzna to za dopuszczalne w stosunku do tego konkretnego pacjenta.

Iwona Choromańska

Czy okres odbywania przez pielęgniarkę, położną przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu jest obecnie wliczany do okresu wykonywania zawodu?

Informujemy, iż do ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) wprowadzono zapis, który przewiduje, że okres przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu określony przez okręgową radę pielęgniarek i położnych wlicza się do okresu wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (art. 26 ust. 2a ww. ustawy). Tym samym możemy twierdząco odpowiedzieć na pytanie pielęgniarki: okres przeszkolenia odbytego

Przez pielęgniarką, położną, który został określony przez okręgową radę pielęgniarek i położnych, będzie obecnie wliczany do stażu pracy w zawodzie pielęgniarki, położnej. Gdzie pielęgniarka/położna może uzyskać zaświadczenia potrzebne do uznania jej kwalifikacji za granicą?

Zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu oraz inne zaświadczenia (w tym zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej), wydaje okręgową radę pielęgniarek i położnych, na wniosek pielęgniarki będącej

członkiem tej izby (w której pielęgniarka jest wpisana do rejestru pielęgniarek).

Zgodnie bowiem z art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej fj. t. Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) okręgową radę pielęgniarek i położnych wydaje na wniosek pielęgniarki lub położnej będącej członkiem tej izby:

- zaświadczenie stwierdzające, że pielęgniarka lub położna posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa UE oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z przepisów prawa UE;

- zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej;
- inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich UE zgodnie z przepisami prawa UE.

Przemysław Ośka
Biuro prawne NIPiP



KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE



Komunikat z dnia 28 października 2016r. w sprawie aktualizacji programów szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek, położnych

Centrum Kształcenia i Położnych Podyplomowego Pielęgniarek informuje, że w dniu 24 października 2016r. Pan Marek Tombarkiewicz Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia zatwierdził dokument: Aktualizacja programów szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych, opracowany na podstawie art. 79 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016r., poz. 1251). W wyniku wprowadzonych zmian, **konieczność legitymowania się zaświadczeniami o ukończeniu odpowiednich kursów specjalistycznych nie**

będzie rozpatrywana na etapie postępowania kwalifikacyjnego, lecz przed przystąpieniem do egzaminu państwowego lub egzaminu przeprowadzanego po zakończeniu kursu kwalifikacyjnego.

Ponadto, we wszystkich programach specjalizacji w punkcie 10 założeń organizacyjnoprogramowych dodano podpunkt, iż pielęgniarka/położna posiada kwalifikacje w zakresie **badania fizykalnego**, jeśli uzyskała dyplom licencjata pielęgniarstwa/położnictwa, począwszy od naboru 2012/2013.

Maria Jolanta Królak

Dyrektor

Centrum Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych



RÓŻNE OBLICZA DEPRESJI

W dniu 22 listopada 2016 r. Zakład Ratownictwa Medycznego oraz Koło Terenowe Polskiego Towarzystwa Higienicznego Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej przy współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, Starostwem Powiatowym, Urzędem Miasta byli gospodarzami Konferencji naukowo-szkoleniowej poświęconej depresji, która według WHO do 2020 roku będzie drugą najczęstszą dolegliwością w wymiarze globalnym.

Depresja, jak większość chorób psychicznych, często jest mylnie interpretowana, a ludzie cierpią w samotności. Zdaniem psychologów i psychiatrów edukacja jest kluczem do dobrego samopoczucia i tylko dzięki wiedzy możliwe jest poznanie i zrozumienie choroby.

Honorowy patronat nad Konferencją objęli Jego Magnificencja

prof. zw. dr hab. Józef Bergier oraz Prezydent Miasta Biała Podlaska Dariusz Stefaniuk.

Licznie przybyłych uczestników, w tym prelegentów, przedstawicieli lokalnego samorządu, ośrodków akademickich, towarzystw regionalnych, przedstawicieli Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego oraz Stacji Pogotowia Ratunkowego, uroczyste przywitała Pani Prodzianka **dr Joanna Marchel**.

W imieniu gości głos zabrał Arkadiusz Maksymiuk, Radny Powiatu Bialskiego oraz Przewodniczący Komisji Edukacji, Kultury, Sportu i Turystyki.

Celem konferencji było zwrócenie uwagi uczestników na problemy osób chorujących na depresję, których w naszym kraju żyje około półtora miliona oraz wymiana poglądów, doświadczeń na temat skutecznej pomo-

cy osobom doświadczającym kryzysów i problemów psychicznych.

Depresja może dotknąć każdego – niezależnie od wieku, płci, wykształcenia czy pozycji społecznej. Zaczyna się od apatii i przygnębienia, a kończy na poważnych zaburzeniach psychicznych. Choroba zmienia sposób, w jaki postrzega się siebie samego i świat. Czyni człowieka nastawionym negatywnie. Pacjent staje się niechętny, zirytowany, rozdrażniony. Nie poddanie się leczeniu sprawia, że chory zmagając się z myślami samobójczymi i trudno jest mu sprostać codziennym obowiązkom. Powyższa konferencja miała również na uwadze przełamywanie stereotypów i walkę ze stygmatyzacją osób chorych. Depresja nie jest stanem, który mija, ale poważną chorobą, którą trzeba leczyć.

Konferencję prowadził dr Marek Tomaszewski.

Obrady toczyły się w trzech sesjach tematycznych, po zakończeniu których odbywała się dyskusja dotycząca zagadnień przybliżonych przez prelegentów.

Podczas sesji zaprezentowano:

Różne oblicza depresji. Depresja a samobójstwa - dr Leszek Korpysz; Porównanie zespołu wypalenia u studentów Uniwersytetu Medycznego w Tarnopolu i Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej - prof. Aleksander Oliynik, prof. Konstiantyn Krenov; Przymus bezpośredni w pracy ratownika medycznego - dr hab. Mariusz Goniewicz; Agresja pacjentów jako problem personelu medycznego - dr Gustaw Kozak; Pacjent trudny do terapii - mgr Katarzyna Piasecka; W trosce o zdrowie psychiczne człowieka - dr Grzegorz Kopacz; Poporodowe zaburzenia

afektywne- prognoza dla matki i dziecka - mgr Maria Grzywaczewska; Zespół stresu pourazowego - mgr Agnieszka Łukaszuk.

Nad organizacją i przebiegiem konferencji czuwał Komitet Organizacyjny pod przewodnictwem dr Anny Ślifirczyk Kierownika Zakładu Ratownictwa Medycznego.

Muzycznym akcentem konferencji był występ Alisy Dodonovej, studentki Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej. Akordeonistka zagrała następujące utwory: N. Bażylin - Waltz miłości, A. Piazzolla – Libertango, P. Frosini – Oczy czarne, P. Frosini - Wesole Caballero.

Inteligentna muzyka pozostała miłe wrażenie u uczestników eventu. Specjalnie dobrany repertuar i sposób gry sprzyjały psychicznemu odprężeniu i zadowoleniu.

Na koniec przedyskutowano kwestię zdrowia psychicznego, które jest integralnym i niezbędnym elementem dobrego samopoczucia ogólnego i zgodnie z definicją WHO jest stanem całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie brakiem choroby lub kalectwa. Jeśli chodzi zaś o aspekt psychiczny, kluczem do dobrego samopoczucia jest zdolność do rozpoznania swoich możliwości, zaakceptowania ich, a także radzenie sobie ze stresem w produktywny, dojrzały sposób.

Podsumowania konferencji dokonali: Prodziekan **dr Joanna Marchel**, dr Marek Tomaszewski oraz dr Anna Ślifirczyk, którzy podziękowali przybyłym gościom i uczestnikom.

*dr Anna Ślifirczyk
Dominika Siennicka*



UZALEŻNIENIA - ZAGROŻENIA ZDROWOTNE WSPÓŁCZESNYCH CZASÓW

„Uzależnienia – zagrożenia zdrowotne współczesnych czasów” – pod takim hasłem **25 listopada 2016 roku w sali Kina Oranżeria w Radzynie Podlaskim odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa, której organizatorem była Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej reprezentowana przez mgr **Elżbietę Celmer vel Domańską** – przewodniczącą ORPiP, Komisję ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego reprezentowaną przez mgr **Dorotę Golec** – Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Psychiatrycznego SPZOZ w Radzynie Podlaskim wraz z współpracownikami.**

Program konferencji obejmował następujące tematy:

1. Przyczyny, objawy i konsekwencje uzależnienia od alkoholu.
2. Wsparcie społeczne osób uzależnionych od alkoholu.
3. Błędy medyczne a odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych.

Wśród wykładowców znaleźli się: **prof. dr hab. Andrzej Lipczyński** związany z leczeniem uzależnień, pracuje w Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie, mgr Joanna Uss terapeuta uza-

leżniów oraz **mgr Marzena Tomczak** – Okręgowej Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

W spotkaniu uczestniczyły pielęgniarki z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych pracujących z osobami uzależnionymi – psychologowie, terapeuci. Znaczną liczną grupę stanowiły pielęgniarki zatrudnione w Oddziale Psychiatrycznym

SPZOZ w Radzynie Podlaskiej z Pielęgniarką Naczelną **mgr Grażyną Kondraszuk**, ponadto w konferencji uczestniczyły pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli z Przełożoną Pielęgniarek **Marianną Bojarczuk**, pielęgniarki i pielęgniarsze z Oddziału Psychiatrycznego SPZOZ w Parczewie, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lek. med. **Waldemar Zielnik**. W konferencji uczestniczył także Wicestarosta **Jan Gil**.



ELVITA NZOZ Ustroń, 23.02.2017r.
S.U. "ELEKTRON"
ul. Zdrojowa 5
43-450 Ustroń

Sanatorium „Elektron” zlokalizowane jest na stoku Równicy i wchodzi w skład kompleksu uzdrowiskowego znajdującego się w Ustroniu. Charakterystycznym elementem kompleksu są sanatoria uzdrowiskowe w kształcie ostrosłupów. Podgórski charakter i klimat uzdrowiska sprzyjają leczeniu połączoneму z aktywnym wypoczynkiem na świeżym powietrzu o każdej porze roku. Sanatorium posiada dobrą dostępność komunikacyjną, odległość od dworca PKP 1,5 km, przystanek komunikacji miejskiej 100 m od wejścia do budynku.

Obiekt funkcjonuje cały rok zarówno jako baza wypadowa na narty jak i centrum leczenia i rehabilitacji kuracjuszy. To doskonałe miejsce do uprawiania turystyki, znajduje się tu bogactwo szlaków pieszych i rowerowych, a dla miłośników zimy wyciągi narciarskie, wyciąg krzesełkowy oraz tor saneczkowy.

Prowadzimy turnusy rehabilitacyjne w ramach umowy z NFZ, specjalizujemy się w leczeniu i rehabilitacji schorzeń narządów ruchu, chorób reumatologicznych, schorzeń kręgosłupa i stawów, chorób dróg oddechowych. Sanatorium prowadzi również turnusy rehabilitacyjne z zakresu rehabilitacji onkologicznej dla kobiet po mastektomii.

18.03.- 01.04.2017 r.;
24.04.- 08.05.2017 r.;
08.05.- 22.05.2017 r.;
22.05.- 05.06.2017 r.;

05.06.- 19.06.2017 r.;
19.06.- 03.07.2017 r.;
03.07.- 17.07.2017 r.;
21.08.- 04.09.2017 r.;

04.09.- 18.09.2017 r.;
18.09.- 02.10.2017 r.;
02.10.- 16.10.2017 r.;
16.10.- 30.10.2017 r.

Zapewniamy zakwaterowanie w pokojach 1, 2, 3 os. z pełnym węzłem sanitarnym lub typu studio (wspólna łazienka) z balkonem lub bez balkonu, telewizorem, telefonem, kompletem ręczników, czajnik bezprzewodowy dostępny na korytarzu, dostęp do windy.

W cenie pobytu oferujemy 3 zabiegi dziennie w dni robocze.

Pobyt rozpoczyna się o godz. 13:00 (obiadem), a kończy o godz. 8:00 (śniadaniem)

Oferujemy całodzienne wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja)

Każdy kuracjusz przebywający w naszym Ośrodku, ma możliwość doboru odpowiedniej dla siebie diety:

- podstawowej
- lekkostrawnej
- lekkostrawnej cukrzycowej
- oraz cukrzycowej insulinozależnej

Organizujemy ogniska, dyskoteki, wieczorki taneczne.

Współpracujemy z firmą turystyczno - przewozową „WATRA”, która ma w swojej ofercie szereg atrakcyjnych wycieczek i imprez tematycznych. Na miejscu istnieje możliwość skorzystania we własnym zakresie z ciekawej oferty tegoż biura.

Zapewniamy całodobową opiekę lekarsko - pielęgniarską.

Proponujemy następujące terminy turnusów:

Zapraszamy do współpracy
Tel: 33 854 28 99; 33 854 30 25
e-mail: elektron@sanatoria.com.pl

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"



Żywokost to wieloletnia bylina o bardzo dużej zdolności do rozmnażania – przez podział korzeni i nasiona. Kwitnie od maja do późnego lata, ma fioletowe lub białe kwiaty i szorstkie, podłużne liście. Rośnie na glebach żyznych, wilgotnych, przy podmokłych lasach, w zaroślach. Surowcem leczniczym jest korzeń w kolorze czarnym, w środku biały, z czasem zmieniający kolor na żółty, brązowy. Korzeń wykopujemy wiosną lub jesienią, dokładnie myjemy, pozbywamy się skórki za pomocą skrobaka do jarzyn, tniemy na drobne plasterki (grubość 1 mm) i suszymy w temperaturze 50 st. C w uchylonym piekarniku.

Olejem możemy też zalać surowy korzeń i zrobić macerat. Dla utrwalenia żywokostu najlepiej użyć gliceryny i zrobić gliceryt żywokostowy, który posłuży nam długo do robienia maści, kremów, toników, a dla bardziej odważnych i wymęczonych suchym kaszlem – wewnętrznie łyżeczkę – na kaszel.

Jest stosowany w medycynie od wieków, **głównie przy problemach z tkanką kostną** – skutecznie leczy choroby kręgosłupa, stawu biodrowego, kolan, bóle reumatyczne, rwę kulszową. Pomaga przy złamaniach, zwichnięciach, stłuczeniach.

Jest niezastąpiony w stanach zapalnych ścięgien i zakrzepowym zapaleniu żył. Silnie rozgrzewa a związki czynne przechodzą głęboko. Zawiera między innymi **allantoinę** która pobudza tkanki do regeneracji, garbniki, substancje śluzowe, polifenole, auksyny – hormon, który łatwo tworzy no-

wą tkankę i szybko leczy rany. **Nalewka z żywokostu** sprawdza się jako **kosmetyk do twarzy i rąk**. Regeneruje i napina pomarszczoną skórę, skuteczna jest zwłaszcza na zmarszczki wokół oczu.

Przepis na nalewkę

50g korzenia żywokostu zalać 350ml brandy lub innego mocnego alkoholu. Odstawić w ciemne miejsce na 14 dni, co 2-3 dni wstrząsać. Po tym czasie przecedzić, przechowywać w chłodnym miejscu w butelce z ciemnego szkła. Smarować w bolących miejscach lub na zmarszczki 3 razy dziennie. Nalewka z brandy ma nieprzyjemny zapach i jest lepka. Jeśli się użyje czysty alkohol jest bezwonna.

Przepis na olej żywokostowy Stefani Korżawskej

Metoda 1

500 ml oleju lnianego wlać do słoika, dorzucić 50g rozdrobnionego korzenia żywokostu, wstawić do większego garnka z wodą, tak, jak do pasteryzacji i gotować około 30 minut. Po tym czasie wyłączyć, zamieszać w słoiku i zostawić w gorącej wodzie na noc lub kilka godzin, aby olej wciągnął cenne składniki. Rano znowu podgrzać, aby olej nabral lepszej konsystencji, przecedzić i przelać do mniejszego słoika.

Metoda 2

Bez podgrzewania na zimno. Ale maceracja trwa 2 tygodnie. Po tym czasie przecedzić i olej gotowy.

Olej żywokostowy **leczy wszelkie bólem związane z tkanką kostną**,

odmrożenia, oparzenia, złamania, stłuczenia, skręcenia, naciągnięcia w mięśniach, trudno gojące się tkanki, owrzodzenia żyłakowe nóg. Jest także wspólnym **kosmetykiem przeciwzmarszczkowym**, odbudowuje tkankę i likwiduje przebarwienia.



Świeży korzeń żywokostu na urazy

W przypadku urazu **kolana, kostki, łokcia**. Pokroić korzeń żywokostu na plasterki, podgrzać na gorącej patelni bez tłuszczu. Obłożyć bolące miejsce i zawiązać na noc bandażem. Powtarzać do skutku – nawet kilka dni.

Herbatka, którą również możemy samodzielnie przygotować z korzeni ziela ma także zastosowanie wewnętrzne przy: dolegliwościach przewodu pokarmowego, krwawieniach żołądkowych, zapaleniu oskrzeli oraz zapaleniu opłucnej. W takich przypadkach można zastosować kurację według następujących instrukcji: łykami należy spożywać dziennie dwie do czterech szklanek herbatki. Natomiast herbatka mieszana (w przypadku wrzodów żołądka) to 100g korzeni rośliny, 50g kwiatów nagietka oraz 50g rdestu ptasiego.

Herbatka z korzeni

drobno posiekane korzenie (około 2 małe łyżeczki) należy zalać ćwierć litra zimnej wody. Przecedzone oraz delikatnie podgrzane z rana należy spożywać łykami.

Herbatka mieszana

duża (kopiasta) łyżeczka zmieszanych ziół (100g żywokostu, 50g nagietka, 50g rdestu ptasiego) na ćwierć litra wody. Zalane wrzątkiem ziola ostawić do naciągnięcia na około trzy minuty. W ciągu dnia należy spożywać od trzech do czterech herbatok.

Referaty

dr. med. Anna Ślifirczyk

mgr Paweł Piszcz

Katedra Zdrowia

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

„...KIEDY WĘZ SIĘ W GARŚĆ NIE POMAGA”

Na ogół każda choroba somatyczna, zwłaszcza gdy jest poważna, albo gdy trwa długo, stanowi dla chorego sytuację trudną. Z kolei każda sytuacja trudna rodzi u człowieka napięcie i może wyzwać rozmaite sytuacje obronne. Biologiczny wymiar choroby, czyli stan funkcjonowania zaatakowanego organizmu, stanowi aspekt najbardziej obiektywny. Stosunkowo najłatwiej poddaje się naukowej ocenie i wyraża między innymi diagnozą lekarską. Ten wymiar sytuacji chorego obejmuje zarazem różne obiektywne, wywołane chorobą przeszkody i trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych. Natomiast psychiczny wymiar choroby to wymiar zdecydowanie subiektywny i związany jest on ściśle z indywidualnym spojrzeniem chorego na trudności, jakie napotyka w zaspokajaniu swoich podstawowych potrzeb oraz na skutki tych trudności. Psychiczny wymiar choroby to zarówno odbierany przez pacjenta obraz własnej sytuacji związanej z chorobą, jak i bagaż emocji związanych z tym obrazem. Jest to wymiar indywidualnego doświadczania choroby i tak jak każde ludzkie doświadczenie, łączy w sobie element poznawczy z elementem emocjonalnym. Ponadto choroba zawsze wywiera pewien wpływ na funkcjonowanie społeczne chorego, a i sposób społecznego funkcjonowania pacjenta nie pozostaje obojętny powstaniu i przebiegowi choroby. Z reguły chorobę charakteryzuje zwiększona zależność od innych ludzi oraz zmiana dotychczasowej liczby i formy kontaktów społecznych. Czasem zmiana ta dokonuje się powoli wraz z powolnym

narastaniem objawów, które przez długi okres mogą być ignorowane lub wypierane, a czasem pojawia się nagle, jako dramatyczny zwrot w życiu dotkniętego chorobą.

W ostatnich dekadach XX wieku nastąpił znaczny rozwój badań epidemiologicznych nad depresją, które wykazały istotne systematyczne zwiększenie się wskaźników zachorowalności. Zjawisko to ma charakter globalny i dotyczy większości krajów. Z badań dotyczących częstości występowania depresji, obejmujących okres ostatnich 12 miesięcy, wynika, że dotyczy ona około 6% populacji (7% kobiet i 4% mężczyzn) a w Polsce cierpi na nią co 10 Polak.

Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) są bardzo niepokojące. Przewidują, że w 2020 roku depresja będzie na świecie drugą najbardziej kosztowną społecznie chorobą po chorobach nowotworowych stąd uważana już jest za chorobę cywilizacyjną XXI wieku.

Ze względu na powagę sytuacji oraz zwiększającą się liczbę osób cierpiących na depresję, co roku 23 lutego ma miejsce *Dzień Walki Z Depresją*.

Depresja jako zespół chorobowy stanowi jeden z najczęstszych stanów patologicznych spotykanych w całej medycynie. Depresja jest chorobą o nie w pełni wyjaśnionym podłożu. Może ona pojawiać się u osób o różnych typach osobowości oraz różnych zakresach zdolności do radzenia sobie z problemami życiowymi. Wiadomo jednak, że o jej wystąpieniu decydują przede wszystkim zakłócenia równowagi w systemach neuroprzebiegów w mózgu: serotoniny i noradrenaliny.

Przy pojawieniu się depresji mamy do czynienia ze współdziałaniem predyspozycji genetycznej, fizycznego stanu organizmu oraz czynników stresowych, głównie wydarzeń stresowych. W różnych przypadkach depresji mamy do czynienia z różnorodną proporcją tych trzech czynników. W związku z tym uznawanie depresji za przejaw słabości człowieka jest bezzasadne, jak ocenianie osób z chorobami nowotworowymi lub z chorobami serca jako słabych. Takie stereotypy sprawiają, iż chorzy na depresję boją się, że zostaną ocenieni jako słabi, zarzucają sobie słabość, co nasila ich przygnębienie, jest im trudniej otworzyć się i sięgnąć po odpowiednią pomoc, a niekiedy rezygnują z leczenia. Depresja jest to zaburzenie nastroju, które kwalifikuje się do specjalistycznego leczenia psychiatrycznego. Nie jest zwykłym uczuciem smutku i przygnębienia, które może towarzyszyć każdemu człowiekowi na różnych etapach jego życia.

Depresja potrafi przynieść więcej cierpienia niż ból fizyczny. Depresja często przybiera zamaskowaną postać. Nierzadko nie zdajemy sobie sprawy, w jaki sposób organizm daje nam znać, że dusza jest chora. Co szósty pozbawiony terapii chory popełnia samobójstwo.

Współczesne rozpoznawanie depresji opiera się na kryteriach diagnostycznych opracowanych w ramach ICD-10 oraz amerykańskiego systemu DSM-5. W ICD-10 wyróżnia się pierwszy epizod depresji (F32) oraz epizod depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (F31) i jednobiegunowej (F33). W DSM-5 epizod depresji występujący w przebiegu choroby

jednobiegunowej (depresyjnej) oraz w przebiegu choroby dwubiegunowej nosi nazwę epizodu „dużej” depresji.

Na depresję cierpiał genialny malarz *Vincent van Gogh*, który namalował słynny obraz przedstawiający mężczyznę w depresji, a także tak wybitny mąż stanu, jak Winston Churchill; pisarz Ernest Hemingway. Przed depresją nie chroni ani uroda, ani sława – cierpiała na nią również Whitney Houston; zmarła z powodu nadużycia leków antydepresyjnych zmieszanych z alkoholem. Na początku 2015 roku media donosiły o chorobie 45-letniej Mariah Carey, która po rozwodzie też cierpi na depresję. Nie uniknął jej także Kamil Sipowicz, filozof, partner życiowy artystki Kory Jackowskiej.

Za podstawowe objawy depresji uważa się zaburzenie nastroju o charakterze ogólnego jego obniżenia oraz osłabienia percepcji emocjonalnej. Zaburzenia w depresji mają zatem dwa aspekty. Pierwszym z nich jest poczucie smutku i przygnębienia lub smutku i beznadziejności, czyli coś co można uznawać za typowe obniżenie nastroju. W depresji niestety nie jest to jednak przejściowy smutek, jaki zazwyczaj towarzyszy jakiemś przykremu wydarzeniu lecz stan przewlekły trwający przez wiele tygodni. U znacznej części osób może on wykazywać wahania okołodobowe - zazwyczaj gorszy nastrój w godzinach porannych, a u niektórych zróżnicowanie nasilenia, które może być związane z wydarzeniami zewnętrznymi.

Drugim zjawiskiem związanym z zaburzeniem nastroju w depresji jest niemożność cieszenia się życiem i sprawami, które kiedyś sprawiały przyjemność. U chorych na depresję istnieje uogólnione i boleśnie odczuwane zobojętnienie emocjonalne – nie tylko niemożność doznawania emocji przyjemnych, ale nawet niezdolność do ekspresji swojego smutku czy płaczu.

Trzecim podstawowym objawem depresji wymienionym w ICD-10, natomiast nie w DSM-5, jest poczucie wyczerpania i utraty energii. Obecność jednego z tych dwóch lub trzech objawów jest absolutnie nie-

zbędne do rozpoznania depresji. Spośród sześciu pozostałych objawów wchodzących w skład kryteriów diagnostycznych dla depresji trzy mają charakter zmian związanych ściśle z procesami psychicznymi (zaburzenia toku myślenia, zaburzenia treści myślenia, tendencje samobójcze), a trzy z procesami somatycznymi (zaburzenia snu, zaburzenia aktywności ruchowej, zaburzenia łaknienia i masy ciała). Dla rozpoznania depresji konieczna jest długość trwania powyższych objawów wynosząca 14 dni i więcej.

Myślenie osoby z depresją może wykazywać zaburzenia w zakresie formy (spowolnienie toku myślenia) i treści (kreowanie depresyjnego obrazu świata). Obraz ten dotyczy własnej osoby, otoczenia oraz przeszłości. Ponadto występują trudności w skupieniu uwagi, w zebraniu myśli i ich koncentracji na konkretnym temacie, jak również w ich realizacji. Wiąże się to z niemożnością podjęcia decyzji dotyczących wykonania nawet najbardziej podstawowych czynności, nie mówiąc już o decyzjach istotnych dla funkcjonowania społecznego.

Nasilenie „depresyjności” myślenia może być tak wielkie, że osiąga rozmiary urojeń. W okresie depresji występuje intensyfikacja niskiej samooceny własnej osoby, poczucie winy - zwłaszcza nieuzasadnionej.

Ważnym elementem myślenia depresyjnego są idee samobójcze, które najczęściej wynikają z tego, że życie nie ma sensu, a dalsze egzystencja będzie polegała tylko na cierpieniu własnym i najbliższych.

Zaburzenia snu występujące w depresji mają w większości charakterystyczny obraz. Zwykle chory zasypia dość łatwo, ale sen jest płytki, przerywany i nie przynosi regeneracji. Występuje częste budzenie się w nocy. Typowe dla depresji jest zjawisko wczesnego budzenia się, któremu z reguły towarzyszy złe samopoczucie, niepokój, oczekiwanie, że w ciągu dnia zdarzy się coś złego. Zjawisko to bywa nazywane „zespołem katastrofy porannej”. U niektórych chorych może pojawiać się nadmierna senność w ciągu dnia.

U większości chorych stan depresji wiąże się z osłabieniem łaknienia co z kolei doprowadza do istotnego spadku wagi. U części chorych w trakcie epizodu depresji może dojść do selektywnego wzmożenia łaknienia, zwłaszcza na słodkie. Zaburzenia odżywiania o charakterze zarówno anoreksji, jak i bulimii mogą też u niektórych chorych stanowić maskę depresji.

Zaburzenia aktywności ruchowej w depresji mają głównie charakter większego lub mniejszego stopnia osłabienia czynności motorycznych. W skrajnych przypadkach zahamowanie ruchowe może przybrać postać stuporu, co wiąże się zwykle z niemożnością mówienia – mutyzmem. Natomiast przy znacznym nasileniu towarzyszącego lęku może dojść do wzmożenia aktywności ruchowej o charakterze silnego pobudzenia – depresji agitowanej.

U większości chorych w okresie depresji występują różnorodne objawy lękowe. Najbardziej charakterystyczne jest odczucie niepokoju i lęku zlokalizowane w okolicy przedsercowej.

Funkcjonowanie chorego na depresję i rokowanie długoterminowe zależy w dużym stopniu od nasilenia i częstości epizodów depresji, przewlekłości przebiegu i jakości remisji oraz reakcji na leczenie. U części osób zejściem przebytego epizodu depresji może być całkowite ustąpienie objawów i powrót do stanu zdrowia. Nigdy jednak nie można wykluczyć nawrotu, nawet po okresie bardzo długiej remisji. U niektórych pacjentów choroba afektywna jednobiegunowa o ciężkim i przewlekłym przebiegu może stać się przyczyną trwałej bądź okresowej niepełnosprawności. W okresie epizodu depresji u ponad połowy chorych występują myśli samobójcze. Ocenia się, że przyczyną śmierci 15-20% chorych z zaburzeniami afektywnymi jest akt samobójczy, najczęściej popełniony w okresie nasilonej depresji. Zwiększenie ryzyka popełnienia samobójstwa występuje przy współistnieniu zaburzeń lękowych, nadużywania alkoholu i leków oraz chorób somatycznych, jak również poważnych stresowych wydarzeń życiowych. Okrutnym rodzajem

samobójstwa jest samobójstwo rozszerzone. Wynika ono z przekonania, że życie nie ma sensu nie tylko dla danej osoby, ale także dla jej bliskich. Aby im zaoszczędzić cierpień, lepiej jest usunąć ich z tego świata, kończąc później również własną egzystencję.

Depresja pogarsza jakość życia chorego, ogranicza jego zdolność do pracy i nauki, wpływa na kontakty z bliskimi. Nierzadko osoby w depresji z wielkim trudem włączają pozytywne aktywności w plan dnia. Cały swój czas spędzają, zmagając się, by poradzić sobie z nudnymi obowiązkami życiowymi. Mogą czuć się winne, wychodząc i zostawiając, np. brudne naczynia. Depresja nie oznacza wyroku – warto, mimo skłonności depresyjnych, szukać źródła szczęścia i satysfakcji z życia.

Depresja jest chorobą nieuleczalną, to znaczy, że zawsze trzeba liczyć się z jej nawrotem. Choroba ta jest wynikiem pewnego typu stresów, powodujących uszkodzenia neuronów i zmniejszających ich plastyczność.

Stosowane leki antydepresyjne działają coraz skuteczniej. Mimo że zewnętrznym czynnikiem powodującym depresję jest stres, to nawet gdy czynnik go powodujący jest nadal obecny, najnowsze leki dają sobie z nim radę. Zadaniem antydepresantów jest poprawienie nastroju chorego, zmniejszenie lęku i niepokoju, zniwelowanie zaburzeń snu, usprawnienie procesów myślowych i ruchowych. Substancje zawarte w tych preparatach poprawiają funkcjonowanie mediatorów – serotoniny i noradrenaliny – których zaburzenia są odpowiedzialne za depresję. Większość z nich hamuje wychwytywanie zwrotne noradrenaliny i serotoniny ze szczelin synaptycznych do wnętrza komórek nerwowych. Wynikiem tego jest wzrost stężenia tych hormonów w neuronach i poprawa ich funkcjonowania.

Dzięki rozwojowi farmakoterapii znakomita większość chorych na depresję może być leczona w warunkach ambulatoryjnych. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych nowej generacji u większości chorych

nie powoduje istotnego upośledzenia ich codziennej aktywności. Zaś wskazaniem do leczenia szpitalnego jest takie nasilenie depresji, które stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia chorego z powodu niemożności zapewnienia podstawowych potrzeb.

Leczenie depresji jest sprawniejsze, jeśli chory wierzy w jego rezultaty i ma silną motywację do poprawy swojego stanu zdrowia. Praca z osobą w depresji jest bardzo trudna, ponieważ jej pojmowanie świata jest zaburzone. Osoby takie nie widzą sensu w dalszej egzystencji, ich dotychczasowe życie, a także przyszłość jawią się w ciemnych barwach. Powoduje to często opór przed wglądem we własne wnętrze i problemy. Depresja jest chorobą duszy, dlatego oprócz leczenia ciała, warto także zadbać o kondycję psychiczną osoby chorej.

Piśmiennictwo u autorów

Anna Ślifirczyk

Anita Zasada

Katedra Zdrowia

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II

MAGICZNY ORKISZ



Pszenica orkisz (*Triticum spelta* L.) zwyczajowo nazywana jest szpeltcem lub orkiszem jest to gatunek zboża należący do rodzaju pszenica. Orkisz znany był już w starożytności, był posiłkiem zalecanym dla gladiatorów i wojowników. Jego cenne właściwości rozpropagowała już w XII wieku św. Hildegarda z Bingen.

Zboże to ma łagodny, przyjemny, orzechowy smak. Jest łatwo-

strawne. Spożywa się je w postaci ziarna, kaszy, mąki, pieczywa przekąskowego, makaronu, płatków, otrąb, kawy, słodu. Można również przyrządzać musli, kluski, naleśniki, pizzę, chrupki, mleko, masło, pasty, zasmażki, sosy, sałatki, słodycze. Ważne, by produkty orkiszowe stosowane w celach terapeutycznych nie zawierały w swoim składzie innych zbóż lub nasion strączkowych. Pieczywo wypiekane według tradycyjnej receptury należy jeść świeże – okres trwałości wynosi dwa dni.

Zwykła pszenica a pszenica orkisz

Zwykłą pszenicę ludzie wyhodowali w celu ułatwienia uprawy i zbiorów. Ma ona dużo więcej glutenu, niż w ziarnach orkiszu, który jest potrzebny do wytwarzania pie-

czywa na większą skalę i jest przeznaczony na handel. Sama w sobie nie jest problemem. Problemem jest to co ludzie z nią zrobili a dokładniej naukowcy zajmujący się rolnictwem. Osoby, które spożywają duże ilości pszenicy narażeni są m. in. na: otyłość, próchnicę zębów, podwyższone stężenie cukru we krwi, zapalenie stawów, cukrzycę, choroby serca, celiakię, osobliwe wysypki. Oprócz tego pszenica działa na nasz mózg uzależniająco dlatego też bardziej nam smakują białe bułeczki od ciemnego pieczywa graham. Orkisz natomiast jest hodowany i zbierany z nienaruszoną łupinką, posiada właściwości krwiotwórcze, budujące mięśnie i co bardzo ważne w dzisiejszych czasach jest naturalnym środkiem poprawiającym nastrój. Orkisz

różni się również od pszenicy pod względem uprawy. Jest mniej wymagający i ma wysoką oporność na chłód. Jak piszą najwybitniejsi w Polsce znawcy tej tematyki - Józef Tyburski i Mieczysław Babalski, orkisz przez wieki był dominującym zbożem uprawianym w rejonach o chłodnym klimacie: w Skandynawii, w górskich rejonach Niemiec, Szwajcarii i Polsce.

Według książki „Żywność która leczy” dr. Wigharda Strehlowa dzięki orkiszowi można zapobiec wielu chorobom. Doktor Wolfgang Weuffen, Greiswaldzki profesor dokonał zaskakującego odkrycia w ziarnach orkiszu- mianowicie chodzi o związek zwany Rhodanid (Thiocyanat), który jest naturalnym czynnikiem wzrostu. Dzięki niemu ludzki organizm jest w stanie tworzyć nowe komórki macierzyste, z których organizm może tworzyć wszystkie inne komórki; krwiotwórcze, mięśniowe (bardzo często orkisz jest zalecany dla sportowców), rozrodcze, nerwo-

we czy nawet komórki układu immunologicznego.

Orkisz jest wspaniałym źródłem witamin z grupy B, PP oraz mikro i makroelementów jak np. wapń, którego w 100 gramach jest 38 mg. Orkisz jest zbożem idealnym dla człowieka.

„Orkisz gwarantuje dobrą krew, wspomaga rozwój mięśni i dar pogody ducha” są to słowa wypowiedziane ponad 850 lat temu przez św. Hildegardę, a obecnie sukcesywnie potwierdzone przez dzisiejszą naukę. Wg świętej z Bingen szpelt jest najbardziej wartościowym zbożem i zawiera wszystko czego człowiek potrzebuje w swojej diecie. Na sympozjach naukowych w Niemczech i Włoszech potwierdzono tę teorię.

Produkty orkiszowe stosowane w diecie podstawowej są w stanie złagodzić problemy zdrowotne które są spowodowane przez niewłaściwą dietę. Oprócz podstawowych substancji potrzebnych organizmowi zdrowemu zawiera także aktywne

substancje wspomagające wzrost i rozwój komórek (wirydyny), oraz jeszcze jeden czynnik, który warunkuje szybkie wchłanianie wartości odżywczych do krwi, aczkolwiek nie został on jeszcze zidentyfikowany.

Produkty orkiszowe w naszej diecie mają uzdrawiający i dobroczynny wpływ na cały organizm. Orkisz wzmacnia ciało, jest pomocny m.in. w zmęczeniu, wyczerpaniu, zmniejszeniu wydolności organizmu, nawracających zakażeniach, alergiach, osłabieniu apetytu, niedożywieniu, zaburzeniach przemiany wapnia, dusznicy bolesnej, dolegliwościach ze strony serca i ogólnie układu krążenia, chorobach wątroby, chorobach nerek, innych poważnych schorzeniach. Poprawia trawienie oraz funkcje układu nerwowego. Dieta orkiszowa obniża poziom cholesterolu we krwi. Orkisz ma wiele właściwości zdrowotnych, jednak zawiera gluten, alergen odpowiedzialny między innymi za celiakię. Z tego powodu nie jest on alternatywą dla pszenicy.

Piśmiennictwo u autorek

Kinga Ochijewicz
Andrea Sikorska
III rok Pielęgniarstwa PSW w Białej Podlaskiej

Żyjmy zdrowo cz. 1- Historia cukrzycy

Cukrzyca to choroba znana od tysięcy lat, do bardzo niedawna była też śmiertelnym schorzeniem, na które nikt nie znał leku. Dopiero odkrycie hormonu insuliny w 1922 roku uratowało pierwszego cukrzyka typu 1. Nowoczesne techniki kontroli cukrzycy powstały w latach 70' i 80' ubiegłego wieku, i od tamtej pory rozwój ich jest niezwykle dynamiczny. Dziś cukrzyca sama w sobie nie jest chorobą śmiertelna, a możliwości i wiedza na jej temat sprawiają że diabetycy cieszą się długim życiem.(1)

W okresie poprzedzającym wyznalezienie insuliny większość diabetyków umierała w bardzo młodym wieku. Jedyną znaną metodą leczenia cukrzycy była restrykcyjna, całkowicie wyniszczająca człowieka dieta. Naukowcy intensywnie więc

poszukiwali odpowiedzi na pytanie: „co jest czynnikiem wywołującym chorobę?”(2)

Starożytność

Pierwsza wzmianka o cukrzycy pojawiła się w papirusie Ebersa napisanym w 1552 r. p.n.e. przez egipskiego lekarza Hesy-Ra. Papirus Ebersa jest jedną z dwóch pierwszych ksiąg medycznych na świecie; drugą jest papirus Edwina Smitha z 1600 r. p.n.e. (3) Wtedy ówczesni lekarze zauważyli, że ta tajemnicza dla nich choroba, oznaczała bardzo częste oddawanie moczu oraz utratę wagi. Dzięki temu nazwali ją ‘ogromnym oddawaniem moczu’. Samo słowo ‘diabetes’ pojawiło się w pismach greckiego lekarza, Apoloniusza z Memfis. Diabetes wtedy określało cukrzycę typu 1. Diabetes z łaciny oznacza ‘przeciekanie’ lub

‘przelewanie się przez coś’, i odnosiło się do ogromnego pragnienia i częstego oddawania moczu, tak jakby wypijana woda przez nich przeciekała. Już od początku historii choroby, lekarze zauważyli że mocz chorych jest słodki i przyciąga mrówki oraz inne insekty. Niektórzy lekarze w ramach diagnozy próbowali więc próbkę moczu. Stąd pochodzi druga część nazwy – ‘mellitus’, czyli miodowy, słodki.(1)

Choroba pojawia się w piśmiennictwie starożytności oraz wieków średnich, ale nie tak często jakby się mogło wydawać. Na przykład lekarz Galen pisał, że widział tylko dwa przypadki cukrzycy w swojej karierze. Wydaje się więc, że cukrzyca typu 1 była rzadsza wtedy niż w czasach obecnych. Co więcej, Galen

uważał, że przyczyną schorzenia były choroby nerek.(1)

Cukrzyca typu 1 i typu 2 została rozpoznana dopiero w 500 n.e przez lekarzy z Indii Sushruta i Charaka, którzy skojarzyli cukrzycę typu 1 z młodością, a cukrzycę typu 2 z otyłością. Wiele też zawdzięczamy Avicennie, perskiemu lekarzowi i filozofowi, który jako pierwszy dokładnie opisał oba typy cukrzycy, objawy, przebieg, jak również powikłanie cukrzycy, gangrenę. Co więcej, Avicenna opracował mieszankę ziół, która obniża ilość wydzielanego cukru. Mieszankę tą stosowaną do dziś, a w jej skład wchodzi łubin, kozieradka i kurkuma.(1)

XIX wiek

Aż do tego czasu nie wiadomo było co powoduje i jak leczyć cukrzycę. W połowie XIX wieku francuski lekarz, Bouchardat, odkrył, że bardzo niskokaloryczna dieta przedłuża życie chorym.

Wtedy też, w 1869 roku, student medycyny, Paul Langerhans opisał budowę trzustki. Odróżnił on w niej wysepki komórek, których funkcji nie potrafił sprecyzować. W przyszłości te wysepki komórek zostaną nazwane wyspami Langerhansa.(1)

Kolejnym krokiem było więc odkrycie, który organ pełni rolę regulującą poziom cukru we krwi. Rolę trzustki w cukrzycy odkryli i opisali dwaj naukowcy: Oskar Minkowski oraz Józef von Mering. W 1889 roku Oskar Minkowski – jak to zazwyczaj się dzieje – poszukując odpowiedzi na inne pytanie, zauważył, że psy, którym usunięto trzustkę, wykazywały objawy cukrzycy. Szczególnie jego uwagę przyciągnęła poliuria (oddawanie dużych ilości moczu), stąd też postanowił sprawdzić poziom cukru we krwi psa. Oczywiście odpowiedź była twierdząca – test wykrył glukozę. Obaj badacze wysnuli więc wniosek, że trzustka produkuje substancje regulującą poziom glukozy we krwi. I choć nie potrafili wyodrębnić tej substancji,

to odkrycie było przełomem w badaniach nad cukrzycą.(1)

Odkrycie insuliny

Odkrycie insuliny w 1921 r. było jednym z najważniejszych w historii medycyny XX w. Historia tego odkrycia rozpoczęła się pracami Langerhansa, który w 1860 r. zaobserwował wyspy trzustkowe. W 1922 r. po raz pierwszy zastosowano insulinę do leczenia cukrzycy u ludzi, a od 1923 r. firmy farmaceutyczne rozpoczęły jej produkcję na skalę przemysłową(3). W 1926r. John J. Abel z Johns Hopkins University wykrył strukturę insuliny, a w latach 50. XXw. Frederick Sanger ustalił molekularną strukturę insuliny. Zaczęto również dzięki inżynierii genetycznej doprowadzać do syntezy ludzkiej insuliny co skutkowało w produkcji jej w nieograniczonych ilościach(4).

XX i XXI w.- czy to już epidemia?

Według WHO w 2003 r. na świecie, na cukrzycę chorowało 194 mln ludzi w przedziale wiekowym 20-79 lat. Wskaźnik chorobowości cukrzycy typu 2 dla krajów wysoko rozwiniętych wynosi 2-6%. Przy cukrzycy typu 1 wskaźnik ten dla krajów wysoko rozwiniętych wynosi 0,1- 0,4%.

W Polsce od lat 60. Wskaźnik zachorowalności znacznie wzrósł. Badania 2011r. ukazują, że cukrzyca dot. 6,8% Polaków w wieku 20-79 lat. Jej występowanie zwiększa się wraz z wiekiem. U mężczyzn w wieku 20-29 lat od 0,7% do 16,8% w wieku powyżej 60 lat. Natomiast u kobiet w wieku młodszym od 0,5% do 17,8% w wieku starszym.

Najwyższy wskaźnik zachorowalności na cukrzycę typu 1 na świecie jest w Finlandii. W 1996r. wynosił wówczas 45 na 100 tys. mieszkańców na rok. W 1953r. wskaźnik ten był 4 razy niższy. Najniższe wskaźniki zapadalności na cukrzycę tego typu są w Azji, wynoszą one 1-2 na 100 tys. mieszkań-

ców, ale wskaźnik ten niestety szybko rośnie.

W Polsce liczba osób zapadających na cukrzycę typu 1 stale się zwiększa. Dowodem na to jest fakt, że w latach 80. ubiegłego wieku u osób z grupy wiekowej 0- 16 lat w województwie Wielkopolskim wynosił 6,8 na 100 tys. mieszkańców. Był on już wtedy 2 razy wyższy niż w latach 70. XX w. Zaobserwowano wówczas, że zapadalność na cukrzycę można przyporządkować do sezonowości. Szczyt zachorowalności wypadał w listopadzie i lutym, czyli w miesiącach zimowych.

W przypadku cukrzycy typu 2 oszacowanie zachorowalności jest trudniejsze ze względu na występowanie postaci bezobjawowej. W latach 90. XX w. w Warszawie wskaźnik zachorowalności cukrzycę typu 2 wynosił 118 na 100 tys. mieszkańców, a już w 2002r. 158 na 100 tys. mieszkańców.(5)

WHO prognozuje, że w latach 2010-2030 do cukrzycy dołączy wskaźnik umieralności. Dlatego należy walczyć o zdrowie i życie swoje i bliskich, bo droga do odkrycia metod leczenia była długa i żmudna, a teraz nie jest wcale przyjemna ze względu na powstające ograniczenia wywołane tą chorobą.

Warto więc ŻYĆ ZDROWO!

Literatura:

1. WWW.cukrzycapolska.pl
2. WWW.farmacje.e-bmp.pl
3. Szeczyk A. *Pielęgniarstwo Diabetologiczne*, wyd. PZWL, Warszawa 2013
4. WWW.diabetologiaonline.pl
5. Szeczyk A. *Pielęgniarstwo Diabetologiczne*, wyd. PZWL, Warszawa 2013



Z żałobnej karty

<p><i>Zamknęły się oczy, spoczęły ręce, Przystało bić kochane serce...</i></p> <p>Małgorzacie Chwedoruk Naczelnej Pielęgniarki SP ZOZ w Miedzyrzeczu Podlaskim Wiceprzewodniczącej ORPiP Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci MAMY Składa z Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Małgorzacie Chwedoruk Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci MAMY Składa Jolanta Ladko kierownik NZOZ VITA w Białej Podlaskiej wraz z współpracownikami</p>	
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarki Jolancie Łukasik Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci MAMY Składają Koleżanki z NZOZ VITA w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Agnieszce Pastuszka Pielęgniarki Oddziałowej OIT Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci TATY Składają Pielęgniarki Oddziałowe SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Agnieszce Pastuszka Pielęgniarki Oddziałowej OIT Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci TATY Składa Naczelna Pielęgniarka SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarki Ewie Żądło Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci MEŻA Składają koleżanki z NZOZ MEDYK w Terespolu i koleżanki z Przychodni w Małaszewiczach</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Położnej Agnieszce Smolińskiej Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci TATY Składają współpracownicy z Oddziału Ginekologiczno- Położniczego SP ZOZ w Parczewie</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarki Barbarze Jaroszewicz Szczere wyrazy współczucia Z powodu śmierci TEŚCIOWEJ Składają pracownicy Wojewódzkiego Szpitala dla Ner- wowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli</p>

