

# FORUM

## ZAWODOWE

3(130) 2021



CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIELEGIARNIK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE  
ISSN 1213-2046

## W numerze

- 3 Słowo przewodniczącej
- 5 Relacja z protestu pracowników ochrony zdrowia
- 7 LIST OTWARTY DO PACJENTÓW  
Potrzebujemy dialogu udanego a nie udawanego!
- 12 Ze skargą do NIK
- 18 Opieka długoterminowa w Polsce leży.  
Mapa potrzeb zdrowotnych nie zostawia złudzeń.
- 22 W Polsce powstaje nowy zawód medyczny.  
To chirurgiczna asysta lekarza.
- 23 Zalecenia organizacyjne dotyczące prowadzenia grupowej profilaktyki  
fluorkowej metodą nadzorowanego  
szczotkowania w szkołach podstawowych  
w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.
- 24 Opinia w sprawie kompetencji pielęgniarek w zakresie leczenia ran,  
dobierania opatrunków oraz zdejmowania szwów
- 24 Opinia prawna w sprawie: czy położna może objąć samodzielnie opie-  
ką rodzącą z cesarskim cięciem w wywiadzie, jeśli pacjentka wybiera  
poród w warunkach domowych i prosi położną o opiekę.
- 25 Czy pielęgniarka może wypisywać zwolnienia lekarskie w imieniu le-  
karza?
- 26 Czy pielęgniarka środowiskowa przychodni SPZOZ  
podczas wizyty w domu pacjenta może podłączyć wlew dożylny? Przez  
jaki długi czas pielęgniarka środowiskowa może przebywać u pacjen-  
ta w czasie pandemii?
- 27 Etyczne dylematy
- 29 Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii  
Queen Silvia Nursing Award
- 30 Udział pielęgniarki w procesie pielęgnowania i leczenia pacjenta pod-  
danego wydłużaniu kości udowej metodą Ilizarowa

### NASZ ADRES

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**  
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210  
tel./fax: 13 43 694 60, [www.oipip.krosno.pl](http://www.oipip.krosno.pl),  
e-mail: [biuro@oipip.krosno.pl](mailto:biuro@oipip.krosno.pl)

### Biuro Izby czynne

w poniedziałek od 7.30-17.00  
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

### Radca Prawny

mgr Piotr Świątek  
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00  
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

### Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00  
tel. 13 43 694 60

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**  
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca  
w godzinach 10.00-14.00

**Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń po-  
dyplomowych** prosimy składać do 10-go każdego  
miesiąca osobiście lub listownie.

## JESIENNA ZADUMA

*Zdmuchnęła mnie ta jesień całkiem  
Nawet nie wiem  
Jak tam sprawy z lasem,  
Rano wstaję, poemat chwale  
Biorę się za słowa, jak za chleb  
Rzeczywiście, tak jak księżyc  
Ludzie znają mnie tylko z jednej  
Jesiennej strony  
Nic nie mam  
Tylko z daszkiem nieba zamysłony kaszkiet  
Nie zważam  
Na mody byle jakie  
Piszę wyłącznie, piszę wyłącznie  
Uczuć starym drapakiem  
Rzeczywiście tak jak księżyc  
Ludzie znają mnie tylko z jednej  
Jesiennej strony*

*Jerzy Harasymowicz*



## Słowo przewodniczącej

**Szanowni Państwo,  
Drogie Koleżanki i Koledzy,**

Za nami kolejna pora roku – lato. Długo oczekiwana, bo jest to czas odpoczynku od wykonywania naszych codziennych obowiązków. Nie wszyscy jednak w tym okresie mogli z tego skorzystać ze względu na coraz bardziej widoczne braki kadrowe w naszych zawodach. Nie ukrywamy, że jest coraz trudniej.

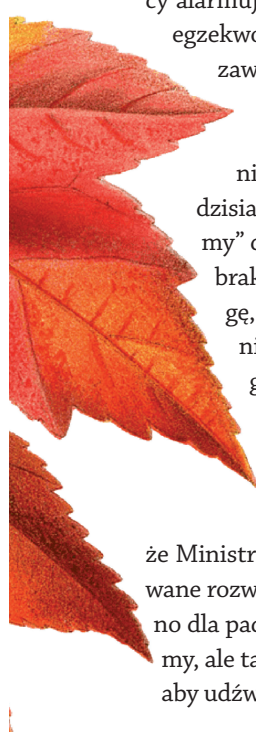
Pomimo półtorarocznej walki z COVID-19 nadal występuje ogromne zagrożenie pandemiczne, a pojawiające się kolejne prognozy są niepokojące. Cały czas mówimy o tym, że jest nas mało, że pracujemy ponad swoje siły, że w ochronie zdrowia panuje chaos, który stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta.

Po wejściu w życie nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw jesteśmy jeszcze bardziej rozgoryczeni i poróżnieni. Coraz częściej dochodzi do kłótni i niezgody w naszym środowisku. Zmiany zapisów tejże ustawy i różne ich interpretacje przez pracodawców powodują, że ciągle musimy walczyć o lepsze warunki płacy i pracy. A może właśnie o to chodzi, bo im bardziej jesteśmy słabsi, tym lepiej będzie nami zarządzać?! Co proponuje rząd, aby pielęgniarek, położnych było coraz więcej na rynku pracy? Jaką zachętę otrzymujemy, aby pozostać w pracy w polskim systemie ochrony zdrowia pomimo osiągnięcia wieku emerytalnego? Przecież propozycje, które od dawna przedstawia nasze środowisko w celu poprawy sytuacji w pielęgniarstwie i położnictwie nadal są nieuwzględniane. Na 82 absolwentów, którzy w 2021 roku zwrócili się do OIPIP w Krośnie i otrzymali prawo wykonywania zawodu, tylko 46 osób zgłosiło zatrudnienie. Gdzie są pozostali? Czy nadal się uczą? Czy wykreślili się i wyjechali na zachód, nawet poza granicę Polski, bo mają kwalifikacje i znają język, czy po prostu dalej nie ma dla nich zatrudnienia w systemie ponieważ w dalszym ciągu zawieszono są normy zatrudnienia? A może boją się wykonywać bardzo trudną i odpowiedzialną pracę i wolą pracować w innym zawodzie mniej obciążającym psychicznie i fizycznie?

Fala protestów, która od kilku miesięcy jest bardzo wyraźna pokazuje złą kondycję polskiej ochrony zdrowia. Wszyscy medycy alarmują, że należy jak najszybciej podjąć działania mające na celu poprawę tej sytuacji. Nasz protest to przecież próba wyegzekwowania pozytywnych zmian, należących się pacjentom. Właśnie w tym celu przedstawiciele medycznych samorządów zawodowych oraz przedstawiciele związków zawodowych zrzeszonych w branży ochrony zdrowia zdecydowali o konieczności podjęcia kolejnej akcji protestacyjnej, która odbyła się w dniu 11 września 2021 r. w Warszawie jako Wielki protest pracowników ochrony zdrowia. Członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie również uczestniczyli w tym wydarzeniu. Z całego serca za to dziękuję. Po manifestacji otwarte zostało „Białe Miasteczko 2.0”, które do dzisiaj pełni dyżur. Postulaty Białego Miasteczka nadal są aktualne. Jest nas za mało, pracujemy ponad swoje siły, bo „łatamy” dziury w grafikach, aby system ochrony zdrowia się nie załamał. Ten protest to wyraz braku dialogu ze stroną rządową, braku szacunku do środowisk medycznych, czy braku zrozumienia potrzeb polskich pacjentów. Od dawna zwraca się uwagę, że nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są rażąco niskie w stosunku do innych krajów Unii Europejskiej, a zatrudnienie nie zwiększa się. Lekceważenie, odrzucanie przygotowanych przez samorządy zawodowe propozycji rozwiązań i regulacji, powoduje kolejne napięcia wśród wszystkich zawodów medycznych. Pielęgniarki i położne również powinny decydować o wszelkich zmianach, a już na pewno o tych, które nas bezpośrednio dotyczą. Jesteśmy przecież jednym z filarów ochrony zdrowia i nie możemy godzić się na takie traktowanie. Postulaty, które zostały przedstawione Ministerstwu Zdrowia, Kancelarii Prezydenta, Parlamentowi RP czy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, zostały zamieszczone w bieżącym numerze naszego Biuletynu. Zachęcamy do zapoznania się z ich treścią. Jak na razie uważamy, że Ministrowi Zdrowia nie zależy na szybkim wypracowaniu drogi realizacji naszych postulatów. Po raz kolejny są nam pokazywane rozwiązania sprzed kilku miesięcy. Mam nadzieję, że w końcu uda się podjąć dialog i wypracować dobre rozwiązania zarówno dla pacjentów jak i wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Przecież problemy ochrony zdrowia to nie tylko nasze problemy, ale także wszystkich Polaków. Na pewno przed nami jeszcze długa droga. Tylko czy nie za długa? Czy będziemy na tyle silni, aby udźwignąć ten ciężar? Jedno jest pewne. Na pewno nie dopuścimy do takiej sytuacji, w której pacjenci pozostaną bez opieki.

*Z wyrazami szacunku  
Renata Michalska*

*Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie*





NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
przyznaje

**Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych  
w Krośnie**

**STATUETKĘ  
z okazji Jubileuszu 30-lecia samorządu  
pielęgniarek i położnych**

Utworzenie trzydzieści lat temu samorządu zawodowego było przejawem determinacji i siły tysięcy pielęgniarek i położnych wywodzących się z różnych środowisk zawodowych, politycznych i związkowych. To dzięki ich uporowi i determinacji, osoby wykonujące zawód pielęgniarki i zawód położnej, po raz pierwszy w historii, uznane zostały za odrębną grupę zawodową. Fakt ten świadczy o wysokiej świadomości obywatelskiej, poczuciu tożsamości i misji zawodowej, będących ważnym elementem statusu „zawodu zaufania publicznego”, do którego należy samorząd pielęgniarek i położnych.

Każde osiągnięcie jest miarą zaangażowania i zespołowej solidarnej pracy. Największe zasługi w sukcesach całego zawodowego środowiska mają Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, które wykonując zadania ustawowe w swoim okręgu każdego dnia, przyczyniają się do wzmocnienia pielęgniarskiego i położniczego etosu.

Dziękuję Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za codzienną odpowiedzialną pracę na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, za determinację w dążeniu do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych oraz za dbałość o prestiż naszych zawodów i własny profesjonalny rozwój. Dziękuję za pracowite trzydzieści lat i życzę, aby stanowiły mocną podstawę do dalszych działań na rzecz rozwoju samorządności naszych zawodów.

Z prawdziwą przyjemnością przekazuję przygotowaną przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych we współpracy z Okręgowymi Izбами Pielęgniarek i Położnych publikację „Samorząd pielęgniarek i położnych wczoraj, dziś, jutro”. Mam nadzieję, że lektura tej książki przyniesie Państwu satysfakcję i dużo przyjemności.

Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Zofia Małas

Warszawa, 22 września 2021 r.



## Relacja z protestu pracowników ochrony zdrowia

W dniu 11 września 2021 r. w Warszawie odbył się wielki protest pracowników ochrony zdrowia. W starannie przygotowanej pikiecie udział wzięły m.in. pielęgniarki, położne, lekarze, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, pracownicy radiologii, diagnostki laboratoryjni, jak również pracownicy niemedyczni, oraz reprezentanci innych środowisk, którzy chcieli wesprzeć postulaty dotyczące pilnych zmian w ochronie zdrowia. Była to niewątpliwie pierwsza od kilkudziesięciu lat demonstracja wszystkich pracowników ochrony zdrowia, których przedstawiciele ze związków zawodowych i samorządowych na mocy porozumienia zawiązali Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia, który wypracował następujące postulaty:

1. **Natychmiastowa zmiana ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw.**
2. **Realny wzrost wyceny świadczeń medycznych oraz ryczałtów o 30 % oraz dobokaretki w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne o 80 % od 1 października 2021 roku oraz zobowiązanie AOTMiT do przeprowadzenia**

**ponownej wyceny wszystkich świadczeń do 30 listopada 2022 roku.**

3. **Zatrudnienie dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej i personelu pomocniczego (sekretarki medyczne, rejestrarki, opiekunowie medyczni) oraz wprowadzenie norm zatrudnienia uzależnionych od liczby pacjentów.**
4. **Zapewnienie zawodom medycznym statusu funkcjonariusza publicznego i stworzenie systemu ochrony pracowników przed agresją słowną i fizyczną pacjentów.**
5. **Stworzenie na warunkach chroniących medyków i pacjentów odpowiedniego systemu rejestrowania zdarzeń medycznych niepożądanых (no-fault).**
6. **Rezygnacja z tworzenia nowych zawodów medycznych przy jednoczesnym efektywniejszym wykorzystaniu obecnych zawodów medycznych poprzez stworzenie im możliwości kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego**

**rozszerzających ich kompetencje.**

7. **Wprowadzenie urlopów zdrowotnych po 15 latach pracy zawodowej.**

8. **Uchwalenie ustaw o medycynie laboratoryjnej, zawodzie ratownika medycznego i innych zawodach medycznych.**

Protest pracowników ochrony zdrowia rozpoczął się o godzinie 12 00 na Placu Krasińskich, gdzie zebrali się uczestnicy. Następnie kolejno przeszli przed budynek Ministerstwa Zdrowia, Plac Prezydencki, gmach Sejmu i dotarli przed Kancelarię Prezesa Rady Ministrów. Był to chyba największy protest w historii. Zgromadził łącznie ok. 30 tysięcy uczestników, w tym najliczniej reprezentowana była grupa zawodowa pielęgniarek i położnych. Pochód był rozciągnięty na ponad kilometr, a cały przemarsz ulicami Warszawy trwał około 4 godzin. Medycy mieli ze sobą transparenty, pod hasłami takimi jak: „Krótko żyjemy, bo ciężko pracujemy”, „Umieramy o 20 lat wcześniej, niż inne Polki”, „Jedna pielęgniarka na 30 pacjentów, komu pomóc pierwszemu?” i wiele innych. Warszawa-



cy natomiast okazywali protestującym swoje poparcie przede wszystkim poprzez swoją obecność, bicie braw, ekspozowanie popierających protest napisów oraz co najważniejsze uśmiech na twarzy. Natomiast przykre jest, że w trakcie manifestacji nikt ze strony rządowej nie podjął dialogu. Na każdym „przystanku” oraz na zakończenie protestu przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów przemawiali organizatorzy. Protest miał na celu uświadomienie społeczeństwu złej sytuacji polskiej ochrony zdrowia, a także poprawę warunków pracy i wynagrodzeń pracowników systemu ochrony zdrowia. Na zakończenie zostało utworzone „Białe miasteczko 2.0” pod hasłem „Polska ochrona zdrowia umiera z przepracowania”. Miasteczko to powstało na wórze tego, które utworzono w 2007 r. w czasie protestu pielęgniarek i położnych. Organizatorzy zapowiadają, że zostaną tam, dopóki nie zostaną zrealizowane postulaty protestujących. W „Białym miasteczku 2.0” codziennie odbywają się konferencje prasowe, udzielane są m. in. porady pielęgniarskie i położnicze, a dodatkowo poszczególne grupy zawodowe



odpowiedzialne są za zorganizowanie i przeprowadzenie dni tematycznych. I tak na przykład dzień 12 września 2021 r. upłynął jako „Dzień pielęgniarstwa i położnictwa”.

W proteście udział wzięły również pielęgniarki i położne z terenu działania naszej Izby, którym szczególnie serdecznie dziękujemy za wsparcie, wyrozumiałość, poniesiony trud oraz zmęczenie, mimo, że tego wcale nie okazywały. Dziękujemy także wszystkim tym, którzy nie

mogli wziąć czynnego udziału w tym wydarzeniu, lecz pomimo tego odczuwało się ich wsparcie.

Poniżej prezentujemy zdjęcia z protestu.

*Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Renata Michalska*

*Sekretarz ORPiP w Krośnie  
Ewa Czupka*



# LIST OTWARTY DO PACJENTÓW

Potrzebujemy dialogu udanego a nie udawanego!



Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Pielęgniarek i Położnych



Naczelna Izba  
Pielęgniarek i Położnych



NACZELNA  
IZBA LEKARSKA



OGÓLNOPOLSKI  
ZWIĄZEK ZAWODOWY  
LEKARZY



Krajowa Izba  
Fizjoterapeutów



Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników  
Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii



Ze zdumieniem przyjęliśmy publikację przez ministra Adama Niedzielskiego listu podpisanego przez prezesów kilku organizacji pacjentów, w którym - w odpowiedzi na wniosek o odwołanie Ministra Zdrowia sformułowany przez naszą szeroką reprezentację środowiska medycznego, deklarują oni poparcie dla szefa resortu zdrowia i próbują bronić jego dokońcań.

Byliśmy do tej pory przekonani, że organizacje pacjentów rozumieją rzeczywiste problemy ochrony zdrowia w Polsce. Z całą pewnością dostrzegają je miliony polskich pacjentów i ich rodzin. Zarówno Oni, jak i my - medycy na co dzień zderzamy się z coraz bardziej niewydolnym systemem i jesteśmy bezsilni. Dekady zaniedbań spotęgowała pandemia i jej długofalowe skutki spowodowane opóźnieniami w diagnostyce i leczeniu chorób innych niż COVID-19. Polska ochrona zdrowia nie radzi sobie z tymi problemami organizacyjnie, finansowo i kadrowo.

Efektem są coraz częściej zamykane całe szpitalne oddziały. Dziś powodem jest brak lekarzy, pielęgniarek i położnych, a już wkrótce - kolejnych pracowników medycznych.

Jeśli nie będzie medyków, nie będzie leczenia. Kto wtedy pomoże chorym?

Rozwiązania forsowane przez Ministerstwo Zdrowia pogarszają i tak już złe warunki pracy i płacy, zniechęcając do zawodów medycznych zarówno oso-

by zdobywające wykształcenie, jak i nabywające praw emerytalnych. Powodem jest to coraz większy niedobór personelu w publicznej ochronie zdrowia, a przez to stanie się ona jeszcze bardziej niedostępna dla szerokich grup społeczeństwa. Przed taką perspektywą ostrzegamy.

Nie wolno już marnować czasu! Najwyższy czas na rzeczywistą przebudowę systemu ochrony zdrowia, wypracowaną wspólnie przez medyków i pacjentów, właśnie w interesie pacjentów. To na nich ma być zorientowany system, a nie na Ministerstwo Zdrowia czy NFZ.

Pacjenci i Medycy są sojusznikami. Mamy wspólnego przeciwnika - chorobę. Stoimy po tej samej stronie. Dlatego kategorycznie protestujemy przeciwko

zawartemu w liście poparcia dla ministra zdrowia przeciwstawieniu interesów pacjentów interesom środowiska medycznego. Chcemy pomagać chorym, po to wybraliśmy nasze zawody, ale jesteśmy wtłoczeni w ramy, na których kształt nie mamy wpływu i które nie pozwalają nam działać w sposób, który wykorzystuje w pełni naszą wiedzę i kompetencje.

Chcemy to zmieniać. Jesteśmy do tego przygotowani, tak jak jesteśmy przygotowani do wspólnego wypracowania rozwiązań problemów ochrony zdrowia, m.in. w fundamentalnej kwestii stanu obecnych i przyszłych kadr medycznych. Nasze propozycje od lat są ignorowane. Dla dobra polskiego pacjenta i polskiej ochrony zdrowia potrzebujemy dialogu udanego, a nie udawanego.

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
*Kryszyna Płot*  
Kryszyna Płot

Preze  
Nacz. *Z*  
Zofia  
Prezes  
Naczelnej Rady Lekarskiej  
*A. Matyja*  
Prof. dr hab. med. Andrzej Matyja

Prezes  
Krajowej Rady Fizjoterapeutów  
*Maciej Krawczyk*

*Maciej Krawczyk*  
Maciej Krawczyk

Przewodnicząca  
Zarządu Krajowego  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Techników Medycznych Radioterapii  
tel.: 509-834-485 ozztmr@gmail.com  
*Monika Mazur*  
Monika Mazur

*Alina Niewiadomska*  
Alina Niewiadomska  
Prezes  
Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

*Beata Kalicka*  
Zarząd  
Ogólnopolski  
Techników  
tel.: 509-834  
PRZEWODNICZĄCA  
ZARZĄDU KRAJOWEGO  
Związku Zawodowego Pracowników w Ministerstwie  
Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej  
*Beata Kalicka*  
Beata Kalicka

PRZEWODNICZĄCA  
ZARZĄDU KRAJOWEGO  
OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO  
PRACOWNIKÓW BLOKU OPERACYJNEGO  
ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII  
*Beata Rozner*  
Beata Rozner



## OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

OIPiP.0010.118.2021

Krosno, dnia 9 lipca 2021 r.

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

W związku z wątpliwościami zgłaszanymi przez pielęgniarki i położne, członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie dotyczącymi stosowania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r., poz. 830 z późn. zm.) zwanej dalej ustawą zwracam się z prośbą o wystąpienie do Ministra Zdrowia w celu udzielenia wyjaśnień dotyczących następujących kwestii:

1. Do której grupy zawodowej należy przyporządkować pielęgniarki / położne z tytułem zawodowym licencjat pielęgniarstwa/ położnictwa lub magister pielęgniarstwa/ położnictwa?

Zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896 z późn. zm.) określającym kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, na stanowisku pielęgniarki może być zatrudniona osoba:

- z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo,

- licencjata pielęgniarstwa,
- posiadająca średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka.

Z kolei na stanowisku położnej może być zatrudniona osoba:

- z tytułem magistra na kierunku położnictwo,
- licencjata położnictwa,
- posiadająca średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna.

Czy mając na względzie załącznik do ustawy określający grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku powinny być one przyporządkowane do grupy 8 tj. „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjat albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa”?, czy też właściwym jest przyporządkowanie takich pielęgniarek lub położnych do grupy 9 tj. „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia”?

2. Do której grupy zawodowej należy przyporządkować pielęgniarki/położne, które ukończyły średnią szkołę medyczną, a następnie uzyskały

tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa/ położnictwa lub magistra pielęgniarstwa/ położnictwa? Czy prawidłowym jest zaszeregowanie ich w grupie 9 tj. „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia”? Czy ze względu na posiadane wykształcenie wyższe powinny być one zaszeregowane do grupy 8 tj. „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjat albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa”?

Mając na uwadze wskazane powyżej wątpliwości prosimy o zajęcie stanowiska co do sposobu interpretacji przywołanej ustawy.

*Z poważaniem*

*Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych  
Renata Michalska*





NIPIP-NRPiP-DS.015.277.2021.MT

Warszawa, dnia 15 lipca 2021 r.

**Adam Niedzielski** Minister Zdrowia

**Jakub Bydło** Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia

## **Szanowny Panie Ministrze, Panie Dyrektorze**

W związku z napływającymi pytaniami do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych dotyczącymi ustawy o minimalnym wynagrodzeniu niektórych pracowników w podmiotach leczniczych i związanych z tym zmianami wynagrodzeń zwracam się z prośbą o zajęcie stanowiska w poniższych zagadnieniach:

1. Czy pielęgniarki, położne wykonujące zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej, które otrzymywały dotychczas dodatek do wynagrodzenia (tzw. zembalowe) są objęte regulacjami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1235) - czy dotyczą ich zapisy ww. rozporządzenia dotyczące ustalenia współczynników korygujących? Czy w/w osoby będą nadal otrzymywać te same kwoty, które otrzymywały dotychczas?

2. Czy środki dotychczas otrzymywane przez pielęgniarki realizujące świadczenia zdrowotne w opiece długoterminowej oraz w opiece paliatywnej i hospicyjnej będą w dalszym ciągu wypłacane w tej samej wysokości (1600 zł)?

3. Do której grupy zawodowej należy przyporządkować pielęgniarki, położne z tytułem zawodowym licencjat pielęgniarstwa / położnictwa lub magister pielęgniarstwa / położnictwa? Zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011 r., poz. 896 ze zm.) określającymi kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczni-

czych niebędącymi przedsiębiorcami, na stanowisku pielęgniarki może być zatrudniona osoba:

- z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo,
- licencjat pielęgniarstwa,
- posiadająca średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka.

Z kolei na stanowisku położnej może być zatrudniona osoba:

- z tytułem magistra na kierunku położnictwo,
- licencjata położnictwa,
- posiadająca średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna.

Czy mając na względzie załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2020 r., poz. 830 ze zm.) określający grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku powinny być one przyporządkowane do grupy 8 tj. „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjata albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa” czy też właściwym jest przyporządkowanie takich pielęgniarek lub położnych do grupy 9 „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia”?

4. Do której grupy zawodowej należy przyporządkować pielęgniarki, położne które ukończyły średnią szkołę medyczną, a następnie uzyskały tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa/położnictwa lub magistra pielęgniarstwa/

położnictwa? Czy prawidłowym jest zaszeregowanie ich w grupie 9 tj. „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w 1p. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia”? Czy ze względu na posiadanie wykształcenie wyższe powinny być one zaszeregowane do grupy 8 tj. „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjata albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa”?

5. Czy pielęgniarka, położna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, która otrzymywała dotychczas dodatek zembalowy obok wynagrodzenia zasadniczego powinna mieć włączony ten dodatek do wynagrodzenia zasadniczego od 1 lipca 2021 r.? Należy wskazać, iż wobec części pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie dokonano wzrostu wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej. Kwoty te były natomiast wypłacane w formie dodatku obok wynagrodzenia zasadniczego. Czy wobec takich osób znajdzie zastosowanie art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. 2020 r., poz. 2401)?

*Z wyrazami szacunku*  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia  
Departament Dialogu Społecznego

**Szanowna Pani Prezes,**

Odpowiadając na pismo z dnia 15 lipca br. (znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.277.2021.MT) dotyczącego ustawy o minimalnym wynagrodzeniu niektórych pracowników w podmiotach leczniczych i związanych z tym zmianami wynagrodzeń, Departament Dialogu Społecznego uprzejmie prosi o przyjęcie poniższych informacji.

Odpowiadając na pytania pierwsze i drugie należy wskazać, że kwoty odpowiadające kwotom tzw. dodatku „zembalowego” od dnia 1 lipca 2021 r. nadal będą wypłacane w oparciu o przyjęty współczynnik korygujący. Pozwoli to zabezpieczyć wszystkich świadczeniodawców, którzy do dnia 30 czerwca 2021 r. otrzymywali znaczne środki finansowe w fundusze niezbędne do utrzymania wysokości dotychczasowych wynagrodzeń osób które uzyskały wzrost wynagrodzenia zasadniczego na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

Zasady ustalania współczynnika korygującego, o którym mowa wyżej określone zostały przez Prezesa NFZ w zarządzeniu Nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.06.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych, ust. 1 § 1 tego zarządzenia stanowi, że:

„Określa się współczynniki korygujące dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia

Warszawa, 21 lipca 2021 r.

DSW.0212.171.2021.MM

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

pielęgniarek i położnych, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.”

Jednocześnie w ust 2 § 1 wskazano, że: „Od 1 lipca 2021 r. miesięczna wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 1, jest równa wartości sumy kwot zobowiązań z tytułu świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za czerwiec 2021 r.”

Odpowiadając na pytania trzecie i czwarte należy wskazać, że załącznik do ustawy ustanawiający 11 grup zawodowych i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym stanowisku. Pracodawca/kierownik podmiotu leczniczego realizując więc postanowienia ustawy w zakresie kwalifikowania danego pracownika do właściwej grupy zawodowej, powinien więc brać pod uwagę wykształcenie, nie tyle posiadane, co wymagane na stanowisku na którym zatrudniony jest pracownik.

Podkreślenia wymaga, że przepisy ustawy określając jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłączają w żadnym miejscu przepisów ogólnych Kodeksu pracy. W pierwszym rzędzie dokonując ustalenia wynagrodzenia pracownika pracodawca kierować powinien się ogólna dyrektywa prawa pracy określoną w art. 78 Kp. Ponadto w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie same obowiązki, lecz posiadają różne - lecz porównywalne - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 1830 Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pra-

cę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 183c§ 3 Kodeksu pracy).

Odpowiadając na pytanie piąte uprzejmie informuję, że art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 dotyczy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami które wykonują zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które uzyskały wzrost wynagrodzenia zasadniczego na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje więc swym zakresem pielęgniarki i położne zatrudnione u świadczeniodawcy zatrudnione zarówno w ramach stosunku pracy jak i na podstawie umowy cywilnoprawnej. Pielęgniarkom takim zatrudnionym przez świadczeniodawcy zobowiązani są zapewnić od dnia 30 czerwca 2021 r.:

- w przypadku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w ramach stosunku pracy (stosunku służbowego) - wynagrodzenie, w tym wynagrodzenie zasadnicze, w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie, w tym wynagrodzenie zasadnicze, określone w umowie o pracę aktualne na dzień 30 czerwca 2021 r.;

- w przypadku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w ramach umowy cywilnoprawnej - wynagrodzenie w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie ustalone na podstawie tej umowy na dzień 30 czerwca 2021 r.

*Z poważaniem*  
Maciej Miłkowski Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/



Warszawa, dnia 15 września 2021 r.

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

**Szanowna Pani Prezes,**

W związku z przedstawionym zapytaniem przedkładam opinię prawną w sprawie:

Nierówne traktowanie pielęgniarek i położnych w zakresie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego za pracę.

1. Stosownie do postanowień art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tekst jedn. Dz. U. 2020, poz. 820, dalej jako „**Ustawa**”) podmioty lecznicze zostały zobowiązane dokonać do dnia 1 lipca 2021 r. podwyższenia wynagrodzeń m.in. pielęgniarek i położnych. Jednocześnie zatrudnienie w podmiocie nowych pielęgniarek i położnych odbywa się już z uwzględnieniem zapisów Ustawy.

2. Wysokość podwyżek została uzależniona od wartości współczynnika pracy dla poszczególnych grup pielęgniarek i położnych. Najniższy współczynnik (0,73 versus 0,81 i 1,06) Ustawa nadała pielęgniarkom i położnym, które nie posiadają tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - wykształcenie średnie. Do tej grupy zaliczają się jednak pielęgniarki i położne, które posiadają najdłuższy staż pracy, są filarem pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, często uczą, wdrażają, pomagają innym pielęgniarkom i położnym. Był to pierwotny system kształcenia tych grup zawodowych. Obecnie w systemie opieki zdrowotnej mamy pielęgniarki i położne, które były kształcone w różnych systemach - mogą mieć wykształcenie: średnie, licencjat, magisterskie ale wszystkie jednak posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu.

5. Załącznik do Ustawy ustanawiający grupy zawodowe i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o **kwa-**

**lifikacje wymagane** od pracownika na zajmowanym stanowisku oraz, że kierownik podmiotu leczniczego powinien brać pod uwagę **nie tyle posiadane wykształcenie, co wymagane** na stanowisku na którym zatrudniony jest pracownik.

6. Oznacza to, że w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują **takie same obowiązki**, lecz posiadają **różne - lecz porównywalne** - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 18 3c Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do **jednakowego wynagrodzenia** za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości.

Zatem:

■ Jeśli w podmiocie leczniczym są pielęgniarki/położne z średnim wykształceniem i z licencjatem, to jeśli realizują **te same** zakresy obowiązków, to powinny otrzymywać jednakowe wynagrodzenie, gdyż nie liczy się to jakie mają wykształcenie a to, jakie jest **wymagane** na stanowisku pielęgniarki, położnej.

Niewątpliwie wszystkie spełniają wymagania do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej. Nie jest jednak uprawnione takie „wyrównywanie” wynagrodzeń, które uwzględnia najniższy wskaźnik zarówno dla pielęgniarki/położnej z średnim wykształceniem, jak i z licencjatem, bo wtedy pielęgniarki/położne z licencjatem zostałyby zakwalifikowane do grupy o współczynniku 0,73 czyli niezgodnie z przepisami Ustawy.

■ Jeśli podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada wykształcenie średnie a zatrudnia już pielęgniarki/położne z licencjatem dla których stosuje współczynnik 0,81 i będą one realizować te same zakresy obowiązków, to pielęgniarka/położna z wykształceniem średnim nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy

z współczynnikiem 0,73 z uwagi na jej staż pracy, wiek i doświadczenie.

Nie ma wątpliwości, że pracodawca może korzystniej uregulować stosunek pracy pracownika. Szczególnie powinien to uczynić w sytuacji, gdy stosując wprost przepisy kontrowersyjnej Ustawy może narazić się na odpowiedzialność za nierówne traktowanie i dyskryminację.

■ Jeśli natomiast podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada licencjat, to nie powinien stosować najniższego współczynnika 0,73 gdyż byłoby to niezgodne z Ustawą.

Należy mieć bowiem na uwadze, że licencjat uznawany jest za studia wyższe - zgodnie z systemem wykształcenia wyższego i stopni naukowych w Europie który został zharmonizowany na podstawie tzw. procesu bolońskiego. Zatem osoba z licencjatem nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy z wykształceniem średnim.

8. W sytuacji, gdy podmiot leczniczy zatrudni pielęgniarkę/położną z licencjatem i ustali wynagrodzenie w oparciu o współczynnik 0,81 a jednocześnie zatrudnione będą pielęgniarki/położne posiadające wykształcenie średnie, które wykonywać będą te same obowiązki, ale będą miały np. dłuższy staż pracy, doświadczenie i otrzymywać będą wynagrodzenie niższe bo ustalone w oparciu o najniższy współczynnik 0,73 to niewątpliwie:

■ pielęgniarka/położna ze średnim wykształceniem jeśli wykonuje ten sam zakres obowiązków co pielęgniarka/położna z licencjatem i otrzymuje niższe wynagrodzenie, to powinna wystąpić do kierownika podmiotu leczniczego o zwiększenie wynagrodzenia;

■ nadto, taka sytuacja rodzić może odpowiedzialność podmiotu leczniczego za nierówne traktowanie w wynagrodzeniu.

9. Oczywiście, stany faktyczne mogą być różne i każdy przypadek należy badać

i analizować odrębnie. W zależności od konkretnej sytuacji i okoliczności sprawy możliwe staną się procesy związane:

- z dyskryminacją lub/i
- z nierównym traktowaniem.

10. Wyjaśnić należy, że trzeba odróżnić dyskryminację od nierównego traktowania. Różne są podstawy prawne tych roszczeń. Nie wchodząc w szczegóły, nie ma wątpliwości w judykaturze, że nawet brak dyskryminacji nie uprawnia do różnicowania wynagrodzenia, gdy występuje **sytuacja jednakowej pracy lub pracy o jednakowej wartości** (183c Kodeksu pracy), co niewątpliwie ma miejsce w przypadku wykonywania prac przez pielęgniarki, położne.

I już samo nierówne traktowanie - czyli bez dyskryminacji - może być podstawą roszczenia o wyrównanie wynagrodzenia i ustalenia wynagrodzenia na przyszłość (tak: wyroki Sądu Najwyższego z 18 września 2014 r., III PK 136/13; z 26 stycznia 2016 r., II PK 303/14; z 22 marca 2016 r., II PK 29/15; z 20 lipca 2017 r., I PK 216/16; z 13 września 2018 r., II PK 135/17).

W konkretnej sytuacji dodatkowo może wystąpić kryterium dyskryminujące.

Przykładowo takimi kryteriami mogą być płeć, **wiek**, niepełnosprawność, rasa, religia, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkowa, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientacja seksualna.

Wtedy, taka sytuacja może świadczyć nie tylko o nierównym traktowaniu, a możliwe, że również o dyskryminacji - w przypadku wystąpienia przyczyny dyskryminującej np. wieku - gdy pielęgniarka, położna starsza wiekiem zarabia mniej niż młodsza pielęgniarka, położna choć wykonują te same obowiązki.

Generalnie w art. 18 3b Kodeksu pracy zawarty jest **jednoznaczny** katalog naruszeń zasady równego traktowania. Za naruszenie zasady równego traktowania w uważa się m.in. niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę, chyba że pracodawca udowodni, że kierował się **obiektywnymi powodami**.

13. Jednak przy tak skonstruowanych przepisach Ustawy, w kontekście funda-

mentalnych zasad Kodeksu pracy nie możliwe wydaje się sformułowanie przez pracodawców owych „obiektywnych” powodów, które by uzasadniały różne wynagrodzenia pielęgniarek, położnych **jeśli wykonują te same obowiązki i posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu**.

14. Reasumując, z całą mocą należy podkreślić, że wykonując przepisy kontrowersyjnej Ustawy pracodawcy mają obowiązek respektować podstawowe zasady prawa pracy tj.:

- równe prawo pracowników z tytułu **jednakowego** wypełniania takich samych obowiązków (art. 112 Kodeksu pracy), a także
- prawo do **godziwego** wynagrodzenia za pracę (art. 13 Kodeksu pracy). 15. Ustawa natomiast nie może burzyć ustalonego porządku prawnego.

*Monika Drab,  
radca prawny*

## Ze skargą do NIK

7 lipca 2021 r. przedstawicielki Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych spotkały się z prezesem Najwyższej Izby Kontroli, Marianem Banasiem. NIK jest jedyną instytucją, która zareagowała na niepokojące informacje dotyczące zastępowalności kadr w tych zawodach. Ponad 27% obecnie pracujących pielęgniarek i położnych uprawnionych jest do przejścia na emeryturę. Jeśli zdecydują się na rezygnację z zawodu, 273 szpitale pozostaną bez kadry. W reakcji NIK powołuje Zespół Analizy Ryzyka.

Od dłuższego czasu ze środowiska medycznego napływają niepokojące informacje. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych alarmują, że rozkład struktury wieku w zawodzie pielęgniarki i położnej wskazuje na brak zastępowalności pokoleń. Ponad 60 tys. osób zatrudnionych na tych stanowiskach, mimo nabycia uprawnień

emerytalnych, wciąż pracuje w zawodzie. To aż 27,2% ogółu zatrudnionych. Gdyby wszystkie pielęgniarki i położne uprawnione do przejścia na emeryturę, zdecydowały się obecnie na odejście z zajmowanych posad, 272 szpitale

pozostałyby bez kadry. Zgodnie z prognozami zawartymi w raporcie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – katastrofa kadrowa pielęgniarek i położnych w 2030 r. bez pracowników zostanie 482 szpitale.





Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych zgłosiły do NIK również szereg wątpliwości związanych z wydatkowaniem środków publicznych w związku z przeciwdziałaniem pandemii Covid-19, chodzi m.in. o warunki ubezpieczenia personelu medycznego pracującego w szpitalach jednomiennych zakaźnych, wykorzystywanie w podmiotach leczniczych środków ochrony indywidualnej, które nie mają

atestów i zgodności, a także (!) polecenie pracownikom medycznym pracy w okresie, gdy obowiązywała ich kwarantanna.

Sprzeciw środowiska pielęgniarek i położnych budzą również elementy zaproponowanego przez rząd projektu ustanawiania minimalnego wynagrodzenia dla pracowników medycznych. 19 maja 2021 r. wpłynął do sejmu rządowy projekt, zakładający, że od 2 lipca 2021 r. ich wynagrodzenie zasadnicze nie może być niższe niż przeciętne wynagrodze-

nie w gospodarce narodowej w 2020 r. przemnożone przez określony ustawowo współczynnik – różny w zależności od wykształcenia i doświadczenia. Senat zgłosił do projektu poprawki, zakładające podwyższenie współczynników, od których ma zależeć wartość minimalnego wynagrodzenia, jednak sejm w trzech głosowaniach odrzucił zaproponowane przez senat zmiany, mimo że zostały wcześniej poparte przez Komisję Finansów Publicznych i Komisję Zdrowia.

W reakcji na przedstawione przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych informacje prezes NIK, Marian Banaś, podjął decyzję o powołaniu specjalnego Zespołu Analizy Ryzyka, którego celem będzie zaplanowanie, przygotowanie, a następnie prowadzenie systemowej kontroli dotyczącej szerokokorozumianych zagrożeń dla bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii przedstawionych przez pielęgniarki i położne. Prezes NIK poinformował, że obszar ten zostanie również potraktowany priorytetowo jako jeden z elementów przygotowywanego obecnie Raportu o Stanie Państwa.

źródło: NRPiP



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

NIPiP-NRPiP-DM.0025.106.2021 .MK

Warszawa, dnia 21 lipca 2021 r.

**Pan Maciej Miłkowski**

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

### **Szanowny Panie Ministrze**

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz w nawiązaniu do ustaleń przyjętych na spotkaniu w dniu 7 lipca 2021 r. z Panem Ministrem, przedstawiam uzasadnienie wyceny porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Na wstępie należy podnieść, iż w ostatnich latach, a szczególnie w czasie pandemii znacznie zmniejszył się dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opie-

ki zdrowotnej. Na powyższe nakłada się także wielokrotnie sygnalizowany problem znacznego zmniejszenia w ostatnich latach i w kolejnych, kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, a przede wszystkim pielęgniarek, położnych oraz lekarzy. Wobec wskazanej sytuacji należy podjąć działania mające na celu zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, którą gwarantuje ustawowo Konstytucja RP.

Jednym z pozytywnych rozwiązań było wdrożenie porady pielęgniarki

POZ i porady położnej POZ, której celem było ułatwienie dostępu do świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej pacjentom, w tym przede wszystkim osobom starszym, niepełnosprawnym, którzy wymagają bezpośredniej, a niekiedy pilnej porady, bez konieczności wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto, należy podkreślić, iż istnieje konieczność realizacji porady położnej POZ dla pacjentek z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej,

a także kobiet ciężarnych (wykonanie badania KTG).

Powyższe ma na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu ww. pacjentek zamieszkałych na terenach z utrudnionym dostępem do lekarza ginekologa lub lekarza położnika.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż systematycznie od kilku lat kierownicy podmiotów realizujący świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zwracają się z zapytaniem „od kiedy będzie możliwość kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia powyższych porad pielęgniarki i położnej?”. W uzasadnieniu ww. sytuacji wskazują na pilną potrzebę zastosowania takiego rozwiązania w celu zwiększenia dostępności określonej grupy pacjentów do świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, podkreślając zasadność realizacji przez pielęgniarki i położne świadczeń gwarantowanych, które są zawarte w tych poradach.

W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadzającego poradę pielęgniarki POZ i położnej POZ, projektodawca wskazywał na potrzebę **„usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie świadczeniobiorcom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego przez wyodrębnienie porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej wraz z dookreśleniem warunków ich realizacji”**.

Ponadto, należy przypomnieć, iż obecnie obowiązujące rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zarówno w przypadku pielęgniarki POZ, a także położnej POZ ogranicza wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy do przypadków medycznie uzasadnionych.

Przypomnienia wymaga fakt, iż 2 października 2019 r. ogłoszono rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23

września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1864) wprowadzające porady pielęgniarstwa w poradni chirurgii ogólnej, diabetologicznej, kardiologicznej oraz porady położnej w zakresie położnictwa i ginekologii. W uzasadnieniu do projektu ww. rozporządzenia wskazano, iż wprowadzenie porad było podyktowane w pierwszej kolejności analizą, z której wynikało, że w Rzeczypospolitej Polskiej jedne z najwyższych współczynników chorobowości dotyczą niewydolności serca i innych schorzeń kardiologicznych, cukrzycy oraz związanej z nią powikłań, w tym zespołu stopy cukrzycowej. Ponadto, istotne było także zapewnienie właściwej opieki dla kobiet w zakresie położnictwa i ginekologii.

Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach porady pielęgniarki i położnej w AOS zostały wycenione w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 182/2019/DSOZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Szczegółowa wycena procedur dotyczyła świadczeń gwarantowanych w ww. poradniach specjalistycznych, na przykład: oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki, wycięcie wilgotnej tkanki martwicy, usunięcie szwów ze ściany jamy brzusznej.

Poradę pielęgniarki POZ i położnej POZ należy wycenić analogicznie, jak w przypadku porady pielęgniarki i położnej w AOS. Zasadnym byłoby przyjęcie wyceny dla każdego zakresu świadczenia objętego poradą pielęgniarki POZ:

- 1) profilaktyka chorób i promocja zdrowia,
- 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- 3) ordynowanie leków zawierających substancje czynne,
- 4) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia,

5) ordynowanie wyrobów medycznych,

6) wystawianie skierowanie na wykonanie badań diagnostycznych, oraz dla każdego zakresu świadczenia objętego poradą położnej POZ:

- 1) porada dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej,
- 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- 3) ordynowanie leków zawierających substancje czynne,
- 4) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia,
- 5) ordynowanie wyrobów medycznych,
- 6) wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych,
- 7) wykonywanie oraz interpretacja badania KTG u kobiety ciężarnej.

Ponadto, należy przypomnieć, że w pracach przy tworzeniu porady pielęgniarki POZ, położnej POZ braли udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia z Departamentów: Pielęgniarek i Położnych, Polityki Lekowej i Farmacji, Analiz i Strategii, Prawnego, a także przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia. Wypracowany finalnie projekt porady pielęgniarki POZ, położnej POZ rozgraniczał świadczenia zdrowotne, które powinny być wykonywane odrębnie od świadczeń realizowanych w ramach stawki kapitacyjnej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie rozporządzeniem Ministra Zdrowia porady pielęgniarki POZ oraz porady położnej POZ, stanowi realizację postulatów ujętych w § 1 ust. 6 Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r. zawartego między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, **dlatego oczekujemy pilnej wyceny ww. porad w celu ich kontraktowania przez świadczeniodawców.**

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Zofia Małas



MINISTER ZDROWIA

**Szanowna Pani Prezes,**

w odpowiedzi na pismo o znaku NI-PiP-NRPiP-DM.0025.106.2021.MK z dnia 21 lipca 2021 r., w sprawie wyceny porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz położnej POZ, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zarządzeniem z dnia 8 lipca 2021 r. (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.49), Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Do zadań powyższego Zespołu należeć będzie:

- przygotowanie koncepcji zmian dotyczących działania podmiotów POZ;

Warszawa, 31 sierpnia 2021

DLU.740.36.2021.AG

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

- wypracowanie zmian w zakresie finansowania świadczeń POZ;
- wypracowanie mechanizmu kształtowania wysokości stawki kapitacyjnej w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich.

Jednym z elementów prac podejmowanych przez ww. Zespół, wpisujących się w przywołane wypracowanie zmian w zakresie finansowania POZ, będzie także wnioskowana porada pielęgniarki oraz położnej POZ.

Nowe rozwiązania przełożą się na zapewnienie odpowiedniego dostępu do

świadczeń z zakresu POZ oraz właściwej jakości ich realizacji, wskazując prawidłowy kierunek zmian, korzystnych zarówno dla świadczeniodawców, jak i pacjentów. Wypracowane regulacje prawne przełożą się również na nowe podejście do zagadnień finansowania POZ.

*Z poważaniem  
z upoważnienia Ministra Zdrowia*

*Waldemar Kraska  
Sekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/*



Ministerstwo Zdrowia  
Departament Lecznictwa

Warszawa, 28 lipca 2021 r.

DLG.7460.11.2021.IJ

**Pani Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

**Szanowna Pani Przewodnicząca,**

nawiązując do Apelu Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w sprawie zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego. Uprzejmie dziękuję za przesłanie informacji przedstawiającej sytuację w pielęgniarskiej opiece długoterminowej.

Niewątpliwie wszelkie Państwa argumenty mogą być rozważane w ramach analizy wycen świadczeń, przeprowadzanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, których realizacja odbywa się zgodnie z Planem Taryfikacji na poszczególne lata. Decyzja o umieszczeniu danej grupy świadczeń

w Planie Taryfikacji na dany rok podejmowana jest przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: sytuacja epidemiologiczna i procesy demograficzne zachodzące w Polsce, szczególne potrzeby wybranych grup pacjentów, znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty społeczne oraz istotność z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Plan Taryfikacji na rok 2021 nie zawiera świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.

Odnosząc się do Państwa obserwacji, należy zauważyć, że do Ministra Zdrowia wpływa szereg wniosków o zakwalifikowanie świadczenia jako świadczenia gwarantowanego lub podwyższenia wyceny świadczenia, za którymi przema-

wiają obiektywne kryteria. Biorąc pod uwagę tak dużą liczbę uzasadnionych wniosków Agencja, uwzględniając swoje możliwości organizacyjne i personalne, tworzy plany taryfikacji systematycznie i stopniowo obejmuje przeglądem wyceny wszystkich świadczeń gwarantowanych. Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że prace analityczne dotyczące taryfikacji świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej, mogą być rozważane w planach taryfikacji na kolejne lata.

*Z poważaniem  
Dominika Janiszewska-Kajka  
Zastępca Dyrektora  
/dokument podpisany elektronicznie/*



NIPiP-NRPiP-DM.0025.116.2021.JP

Warszawa, dnia 30 sierpnia 2021 r.

**Przewodnicząca/Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

W związku z podjęciem przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych działań i wystosowania do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prośby o podwyższenie stawki osobodnia za realizację świadczenia w rodzaju: pielęgniarska opieka długotermino-

wa domowa, w załączeniu przedstawiam otrzymaną w tej sprawie korespondencję,

*Z wyrazami szacunku  
Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska*

**Załączniki:**

1. Pismo z dnia 20 lipca 2021 r., znak: 0025.104.2021.JP.

2. Pismo z dnia 5 sierpnia 2021 r., znak: WT.071.27.2021.KL.3.



NIPiP-NRPiP-DM.0025.104.2021.JP

Warszawa, dnia 20 lipca 2021 r.

**Pan Roman Topór-Mądry**

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji

**Szanowny Panie Prezesie**

W imieniu pielęgniarek oraz kierowników podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Pana Prezesa o podjęcie działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczenia w rodzaju: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, poprzez wprowadzenie zaproponowanych poniżej zmian w tym obszarze.

Na wstępie należy zauważyć, iż **stawka osobodnia w wysokości 30,08 zł oraz taryfa w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej nie była zmieniana od 2016 roku**, przy czym należy zaznaczyć, że **sukcesywnie z roku na rok były podwyższa-**

**ne taryfy i wagi punktowe produktu rozliczeniowego** w pozostałych rodzajach świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, tj. w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dla dzieci i młodzieży, w zakładzie opiekuńczym dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie oraz dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, a także zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie oraz dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż ustalanie taryf oraz wag punktowych produktu rozliczeniowego odbywa się w odniesieniu do „świadczenia bazowego”, który jest nazwany: „**osobodniem za świadczenia pielęgniarskie**

**w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi miejscami zamieszkania**”, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 pkt, a koszt świadczenia bazowego oszacowana na wartość na 30,08 zł. Należy podkreślić, iż dopóki definicja świadczenia bazowego będzie nazwana „**osobodniem za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi miejscami zamieszkania**”, to prawdopodobnie nigdy nie zostanie podniesiona taryfa za świadczenia w **pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej**, ponieważ z nazwy jest to świadczenie bazowe, którego ewentualny wzrost skutkowałby



podwyższeniem pozostałych rodzajów świadczeń.

**Proponuję, zmienić nazwę „świadczenia bazowego” na „osobodzień za świadczenia zdrowotne w opiece długoterminowej”** i wtedy może to być podstawą do zwiększenia taryfy dla **pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej** do wartości 2, 3, 4, 5, tak jak w przypadku osobodni innych świadczeń w opiece długoterminowej.

Jeżeli nastąpi zmiana nazwy stawki bazowej i będzie nazwana „osobodzień za świadczenia zdrowotne w opiece długoterminowej”, której wartość będzie wynosić 30, 08 zł, to proponuję

podwyższenie taryf w poniższych wysokościach:

- osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania - **taryfa 2,5;**

- osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania - **taryfa 1,5.**

Należy podkreślić, iż problemy kadrowo - finansowe w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej powodują narastające trudności w dostępie do tej opieki. Ponadto obecna sytu-

acja epidemiczna znacząco wpływa na zwiększenie kosztów ponoszonych na realizację świadczeń u pacjentów z podejrzeniem lub z rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Pana Prezesa o podjęcie pilnych działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w proponowanych wartościach.

*Z wyrazami szacunku  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas*



AGENCJA OCENY TECHNOLOGII  
MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI  
www.aotmit.gov.pl

WT.071.27.2021.KL.3

Warszawa, 05.08.2021 r.

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Dotyczy: prośby o podjęcie działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczeń w rodzaju: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa**

**Szanowna Pani Prezes,**

W odpowiedzi na pismo MPiP-NR-PiP-DM.0025.104.2021.JP z dnia 20 lipca 2021 roku, dotyczące prośby o podjęcie działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczeń w rodzaju: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa poprzez wprowadzenie zaproponowanych zmian, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zgodnie z art. 31la Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji AOTMiT, sporządzanego w terminie do dnia 1 czerwca danego roku na

rok kolejny i akceptowanego przez Ministra Zdrowia. W planie taryfikacji ujmowane są całe obszary świadczeń, wybierane przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: sytuacja epidemiologiczna i procesy demograficzne zachodzące w Polsce, szczególnie potrzeby wybranych grup pacjentów, znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty społeczne oraz istotność z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej państwa. W planie zawarty jest również punkt Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie którego Minister Zdrowia może zlecić prace nad wyceną innych świadczeń, o ile w jego opinii istnieje taka potrzeba.

Z powyższego wynika zatem, że jedynym organem uprawnionym do skutecznego zainicjowania procesu wyce-

ny świadczeń jest Minister Zdrowia. Z tego względu prośba o podjęcie pilnych działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej została przekazana do Ministra Zdrowia, do decyzji o zleceniu Agencji tego zadania.

Jednocześnie proszę przyjąć zapewnienie, że konstrukcja wycen oparta na wskazaniu świadczenia bazowego i wag pozostałych powiązanych produktów względem niego jest stosowana w różnych obszarach i nie rzutuje na możliwość zmiany taryf wybranych świadczeń, w tym świadczenia wskazanego jako bazowe.

*Z poważaniem  
dr n. med. Roman Topór-Mądry  
/dokument podpisany elektronicznie/*

## Opieka długoterminowa w Polsce leży. Mapa potrzeb zdrowotnych nie zostawia złudzeń.

Zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze związane ze starzeniem się społeczeństwa rośnie. Tymczasem opieka długoterminowa w Polsce funkcjonuje fatalnie. Mapa potrzeb zdrowotnych nie zostawia złudzeń

Opieka długoterminowa w Polsce jest w zapaści?

- Polska ma najniższy wśród krajów OECD wskaźnik udziału osób w wieku od 65 lat wżwyż objętych opieką długoterminową - czytamy w mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026
- W porównaniu do innych krajów OECD Polska ma także jeden z najniższych wskaźników liczby łóżek w opiece długoterminowej na 1000 mieszkańców w wieku ponad 65 lat (11,9)
- To aż ponad 4-krotnie mniej niż średnio w 33 badanych krajach!

### Opieka długoterminowa w Polsce, czyli problem goni problem

Problemy trapiące nasz system opieki długoterminowej precyzyjnie wypunk-

towała najnowsza edycja „Mapy potrzeb zdrowotnych” na lata 2022-2026. W liczącym ponad 1 tys. stron dokumencie, opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia, czytamy, między innymi, że w Polsce:

- Brakuje wystarczającej liczby personelu świadczącego usługi medyczne i pielęgnacyjno-opiekuńcze
- Występuje też niedobór wykwalifikowanych opiekunów osób starszych i osób z niepełnosprawnościami
- Problemem są długie kolejki do świadczeń opieki długoterminowej ze względu na ograniczoną liczbę miejsc w zakładach opiekuńczych i ich nierównomierne rozmieszczenie.

Polska ma najniższy wśród krajów OECD wskaźnik udziału osób w wieku od 65 lat wżwyż objętych opieką długoterminową? (0,9%). Wartość ta jest ponad dziesięciokrotnie niższa niż średnia w 25 krajach OECD (10,8%). Największa część społeczeństwa w wieku od 65 lat została objęta opieką długotermino-

wą w Szwajcarii i Izraelu (odpowiednio 22,4% i 20,2%).

W porównaniu do innych krajów OECD Polska ma również jeden z najniższych wskaźników liczby łóżek w opiece długoterminowej na 1000 mieszkańców w wieku ponad 65 lat (11,9). To ponad 4-krotnie mniej niż średnio w 33 badanych krajach. Gorzej wypadają tylko Grecja (4,5) i Turcja (8,7). Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w Luksemburgu (82,8) i Holandii (76,4).

W Polsce istnieje duże zróżnicowanie w liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej między województwami. W woj. pomorskim leczonych było jedynie 156 pacjentów na 100 tys. ludności, a w województwie opolskim - 456!

Szybko przybywa emerytów, osób przewlekle chorych i niesamodzielnych

Tymczasem problem staje się coraz bardziej poważny. W 2019 r. odsetek osób w wieku ponad 65 lat wyniósł w Polsce 18,1% w ogólnej liczbie ludności. Według prognoz GUS udział tej grupy wie-



kowej wzrośnie w 2030 r. do 23,3%, a do 2050 r. udział osób w wieku emerytalnym zwiększy się do 40%.

Jak zaznacza prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” Magdalena Osińska-Kurzywilk, już dziś w Polsce jest 1 milion osób przewlekle chorych niezdolnych do samodzielnego życia, często obłożnie chorych, nieopuszczających łóżek, które potrzebują pomocy praktycznej w każdej czynności życiowej.

Sprawdź: Ministerstwo Zdrowia przedstawiło mapy potrzeb zdrowotnych. Co zawierają?

### **Jak (nie)działa opieka długoterminowa w Polsce**

Przypomnijmy, że część świadczeń opieki długoterminowej w Polsce udzielana jest w ramach składki zdrowotnej - stacjonarne lub w warunkach domowych. To świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz paliatywno-hospicyjne.

Druga część tego systemu finansowana jest z naszych podatków w ramach opieki społecznej. To m.in. działalność domów opieki społecznej czy powstające od kilku lat domy opieki medycznej (DDOM) - najpierw finansowane ze środków unijnych, a obecnie utrzymywane przez samorządy.

Na opiekę długoterminową w naszym kraju przeznaczają się 0,5 proc. PKB, podczas gdy średnia w Unii Europejskiej sięga 1,6 proc. 22 proc. osób po 75. roku życia w naszym kraju ma poważne trudności z samodzielnym wykonywaniem codziennych czynności.

- Aż ok. 90 proc. rodzin w Polsce opiekuje się swoimi seniorami. Dla nieformalnych opiekunów osób starszych i niesamodzielnych brakuje wsparcia - przypomina Beata Stepanow, wiceprezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

### **Stawka 30,08 zł za pielęgnarską domową opiekę to fikcja**

Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wskazywała podczas czerwcowego VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, że w polskim systemie bardzo brakuje pozaszpitalnych form opieki długoterminowej.

- Obłożenie Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych czy Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych jest zazwyczaj 100-procentowe. Dlatego należy wspie-

rać i rozwijać opiekę domową, która w sumie jest najtańszą formą opieki długoterminowej. Pacjent w środowisku domowym czuje się najbardziej bezpiecznie - zaznacza Mariola Łodzińska.

- Niestety, bazowej stawki za pielęgnarską domową opiekę długoterminową nie podnoszono w Polsce od 2013 roku i wciąż wynosi 30,08 zł. Wielokrotnie zwracaliśmy się do ministra zdrowia o zwiększenie tej stawki. Otrzymaliśmy odpowiedź, że prace nad zmianą wyceny tych świadczeń zostały wstrzymane - informuje wiceprezes NRPIP.

- Bazowa stawka za pielęgnarską opiekę długoterminową domową wynosi 30,08 zł, ale rzeczywistość jest zupełnie inna. Żaden oddział NFZ nie płaci za osobodzień takiej stawki, chyba że są to jakieś wyjątkowe placówki. Większość dostaje 25 zł, 26 zł, 27 zł za osobodzień. Wszyscy myślą że opieka długoterminowa jest tania i pielęgnarki mogą te świadczenia wykonywać za darmo - irytuje się na naszym redakcyjnym forum jednak z czytelniczek portalu Rynek Zdrowia.

### **Nowe zasady wynagrodzeń w ochronie dobijają opiekę długoterminową?**

Na inny problem związany z finansowaniem opieki długoterminowej zwraca uwagę prezes Magdalena Osińska-Kurzywilk.

- Ustawa o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych póki co niczego nie uprościła i nie uporządkowała - uważa prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

- Zmiana poziomu minimalnych wynagrodzeń jest faktem i dla opieki długoterminowej oznacza dodatkowe koszty, czy to się nam podoba czy nie. A brak realnej wyceny świadczeń powoduje, że zamiast więcej, mamy jeszcze mniej - dodaje Magdalena Osińska-Kurzywilk.

Jej zdaniem wzrost wynagrodzeń, nawet jeżeli jego poziom jest krytykowany przez poszczególne środowiska medyczne, jeszcze bardziej dociąży sektor opieki długoterminowej w Polsce. - Dlatego jak najszybsze, ponowne oszacowanie kosztów świadczeń w opiece długoterminowej jest absolutną koniecznością, jeżeli

nie chcemy jeszcze bardziej pogłębić kryzysu, w jakim znajduje się ona od wielu lat - podsumowuje prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

### **Mapa potrzeb zdrowotnych - rekomendowane kierunki działań**

„Mapa potrzeb zdrowotnych” przygotowana przez resort zdrowia rekomenduje działania naprawcze mające usprawnić opiekę długoterminową w Polsce, w tym, między innymi:

- Wyrównanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach o niższej niż średnia w kraju liczbie osób objętych tą opieką na 100 tys. mieszkańców
- Zapewnienie w poszczególnych województwach adekwatnego do potrzeb dostępu do opieki długoterminowej i stacjonarnej dla ludności powyżej 65. roku życia
- Zwiększenie udziału formalnej opieki zdrowotnej świadczonej blisko miejsca zamieszkania pacjenta względem opieki instytucjonalnej poprzez wzrost liczby świadczeń udzielanych w warunkach domowych lub dziennych
- Rozwijanie form dziennej opieki długoterminowej, np. poprzez włączenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej w DDOM do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej
- Zwiększenie dostępności nowoczesnych form usług z zakresu telemedycyny, teleopieki oraz e-Zdrowia w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Stworzenie wielokierunkowych form wsparcia i pomocy dla nieformalnych opiekunów osób niesamodzielnych, m.in. poprzez działania informacyjne i edukacyjne.

Źródło: Rynek Zdrowia •  
01 września 2021



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH  
Adam Bodnar

Warszawa, 21-06-2021 r.

KMP.575.9.2021JJ

**Pan Adam Niedzielski**  
Minister Zdrowia

**Szanowny Panie Ministrze,**  
od początku trwania pandemii COVID-19 ze szczególną uwagą monitoruję sytuację w domach pomocy społecznej. Mieszkańcy, ze względu na wiek, choroby i niepełnosprawność, należą do grup najbardziej narażonych na zakażenie. Tym samym pracownicy tych placówek podlegają wielkiej presji, aby w obliczu zwiększonego ryzyka utraty własnego zdrowia, wykonując swoje obowiązki w trudnych warunkach pracy, zadbali przede wszystkim o bezpieczeństwo pensjonariuszy. Ostatnie półtora roku szczególnie uświadomiło nam, jak ważny jest personel, jego poświęcenie i kompetencje w tak kryzysowych i skrajnych sytuacjach jak stan zagrożenia epidemicznego i stan epidemii.

Monitoring zdalny prowadzony w domach pomocy społecznej przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) działającego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pozwolił zidentyfikować kilka problemów systemowych powodujących trudności w zatrudnianiu w tych placówkach pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych.

Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 1876, dalej zwana ustawą o pomocy społecznej) dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarskich, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.

z 2020 r. poz. 1398). Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 ustawy o pomocy społecznej).

Jak wynika z doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, wizytującego od wielu lat domy pomocy społecznej, jedną z podstawowych potrzeb mieszkańców tych placówek jest zapewnienie odpowiedniej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Większość mieszkańców boryka się z różnymi przewlekłymi chorobami somatycznymi, psychicznymi lub innymi wynikającymi z zaawansowanego wieku lub z doznanych wcześniej urazów. Konieczne jest zatem zapewnienie im stałej opieki pielęgniarskiej oraz systematycznych wizyt lekarskich.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479, dalej zwana ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej) umożliwia się **zatrudnienie pielęgniarki w domach pomocy społecznej** określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarki zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi zróżnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych (finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej. Pielęgniarki zatrudnione w podmiotach leczniczych otrzymują bowiem zdecydowanie wyższe wynagrodzenie aniżeli te, które pracują w domach

pomocy społecznej. Z uwagi na fakt, że te ostatnie są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w dps-ach (brak dodatków, podwyżek, ekwiwalentu za pracę w niedzielę i święta, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, skutkują w praktyce olbrzymimi problemami w pozyskiwaniu do pracy w dps-ach osób o tym wykształceniu, jak również częstymi rezygnacjami pielęgniarek z zatrudnienia w placówkach pomocy społecznej na rzecz podmiotów leczniczych. Skalę problemów związanych z zagwarantowaniem bezpieczeństwa i opieki pielęgniarskiej mieszkańcom dps-ów oraz możliwość należytego wykonywania zawodu pielęgniarkom przedstawia szczegółowo Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt: „Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczeniach pielęgniarskie”. Wskazuje on m.in., że biorąc pod uwagę stan zdrowia i potrzeby mieszkańców (wiek, niepełnosprawność, niesamodzielność, wielochorobowość) istnieje konieczność zatrudnienia pielęgniarek w dps-ach. Jednakże stosunkowo niskie wynagrodzenia pracowników domów pomocy społecznej, w tym pielęgniarek nie zachęcają absolwentów studiów pielęgniarskich do podejmowania pracy w tym sektorze.

Podobna sytuacja dotyczy **położnych zatrudnionych w dps-ach**. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej przewiduje również zatrudnienie w dps-ach położnej z prawem do wykonywania zawodu (art. 5 ust. 2, pkt 7). Zadania położnej zostały jasno określone w powyższej ustawie, a od września 2020 r. wzbogacone o dodatkowe uprawnienia. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wyko-

nywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie; rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych, planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej, samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia - zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi (art. 5 ust. 1a). Pensje położnych zatrudnionych w dps-ach pochodzą również z budżetu samorządu, nie zaś ze środków NFZ, co - analogicznie jak w przypadku pielęgniarek - powoduje niską konkurencyjność placówek pomocy społecznej jako pracodawców dla tej grupy zawodowej. Warto również dodać, że położne zatrudnione w dps-ach nie zostały uwzględnione w Zarządzeniu Nr 118/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2020 r. w sprawie realizacji projektu granicznego „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19”. Umożliwił on przyznanie dodatku do wynagrodzeń jedynie dla pielęgniarek lub ratowników medycznych w dps-ach, którzy - ze względów bezpieczeństwa i ograniczania ryzyka zakażenia COVID-19 - ograniczyły swoje zatrudnienie do jednego miejsca pracy lub też które nigdy nie zrezygnowały z drugiego zatrudnienia, gdyż nie posiadały drugiego miejsca pracy w okresie, który obejmuje projekt. Nieuwzględnienie położnych zatrudnionych w dps-ach w katalogu pracowników objętych dodatkowym wynagrodzeniem było również przedmiotem interwencji Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych<sup>2</sup>.

Dużym wsparciem dla personelu domów pomocy społecznej byłaby również możliwość zatrudnienia ratowników medycznych. Jednakże obowiązująca ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) nie przewiduje wprost możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w domach pomocy spo-

łecznej. Dodatkowo w rozporządzeniu z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 936) - w katalogu stanowisk samorządowych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, centrach integracji społecznej, jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej oraz centrach usług społecznych - nie wymienia się stanowiska „ratownik medyczny”. Brak ów uniemożliwia zatrudnienie w dps-ach ratowników medycznych. W praktyce dyrektor domu pomocy społecznej może zatrudnić ratownika medycznego na stanowisku np. opiekuna, przy zastrzeżeniu, że nie wykonując zawodu ratownika medycznego nie udziela on świadczeń zdrowotnych na rzecz mieszkańców. Obowiązujące przepisy prawne powodują zatem małe zainteresowanie zatrudnieniem w dps-ach także i tej grupy zawodowej.

Zatrudnienie do pracy w dps-ach personelu rekrutującego się spośród powyższych zawodów od lat przysparza wielu problemów. W większości placówek duży odsetek mieszkańców to tzw. pacjenci leżący, w złym stanie zdrowia, wymagający stałej opieki i pielęgnacji. Warto przy tym zaznaczyć, że domy pomocy społecznej nie zatrudniają lekarzy. Brak pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych powoduje, że większość pracy nad mieszkańcami przeniesiona zostaje na barki opiekunów posiadających znacznie mniejsze uprawnienia. Sytuacja była szczególnie trudna w ciągu trwania pandemii Covid-19. W związku z ograniczeniem transmisji wirusa, pielęgniarki pracujące w różnych podmiotach musiały wybrać jedno miejsce zatrudnienia. Najczęściej rezygnowały z pracy w domach pomocy społecznej, ponieważ placówki te oferowały zdecydowanie niższe zarobki. Na niektórych pracowników, posiadających wykształcenie pielęgniarstwa, położnicze lub ratowniczo medyczne, lecz zatrudnionych w dps-ach na stanowisku opiekunów (co zdarza się często) wierano wówczas presję, aby wykonywali czynności przypisane wyuczonym zawodom. Tymczasem zatrudnienie pielęgniarek, położnych lub ratowników medycznych na stanowisku opiekunów nie upoważnia ich do wykonywania obowiązków swoistych dla tych zawodów.

Sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki i pielęgnacji mieszkańców dps-ów. Obowiązkiem każdego społeczeństwa jest zapewnienie opieki osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować i nie mogą liczyć na pomoc bliskich. Odpowiedzią na ten problem są różne zinstytucjonalizowane formy pomocy, w tym przede wszystkim domy pomocy społecznej - najstarsza i najbardziej ugruntowana organizacyjnie forma opieki. W mojej ocenie konieczne jest zatem podjęcie działań przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej oraz przez Ministra Zdrowia zmierzających bezpośrednio do zmiany przepisów prawa, poprzez stworzenie zachęty dla specjalistów reprezentujących wskazane wyżej grupy zawodowe do podejmowania zatrudnienia w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na powyższe, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o odniesienie się do opisanych problemów. Będę wdzięczny za powiadomienie mnie o stanowisku przyjętym przez Pana Ministra w tej sprawie oraz o podjętych działaniach. Analogiczne pismo skierowałem również do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

*Z wyrazami szacunku*

*Adam Bodnar*

*Rzecznik Praw Obywatelskich  
/podpisano elektronicznie/*

<sup>1</sup> T. Kuziara, B. Hudzik, R. Michalska, B. Ozga, Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarstwa - raport z badania ankietowego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018 r., str. 23-24,

<sup>2</sup> Pismo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 20.08.2020 r. do Józefy Szczurek-Żelazko, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia [dostęp: <https://ww.doipip.wroc.pl/download/nowy%20>]

#### **Do wiadomości:**

1) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

## W Polsce powstaje nowy zawód medyczny. To chirurgiczna asysta lekarza.

**Czy w Polsce powstanie nowy zawód medyczny? Wszystko na to wskazuje. Chirurgiczna asysta lekarza - to nowa specjalizacja medyczna, którą uruchamia Ministerstwo Zdrowia. Projekt rozporządzenia został już opublikowany.**

- Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt rozporządzenia wprowadzającego nową dziedzinę – chirurgiczna asysta lekarza, w której pielęgniarki i ratownicy medyczni będą mogli odbywać szkolenie specjalizacyjne
- Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji pod numerem MZ 1179. Pod projektem rozporządzenia podpisał się wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski
- Projekt rozporządzenia został przekazany do konsultacji publicznych 63 podmiotom i opiniowania z terminem zgłaszania uwag 14 dni

Jak podano w uzasadnieniu, przedmiotem **projektu rozporządzenia** jest wprowadzenie nowej dziedziny – chirurgiczna asysta lekarza, w której osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne.

Nowa specjalizacja medyczna: chirurgiczna asysta lekarza

W ramach kształcenia podyplomowego ratownicy medyczni i pielęgniarki będą mogli podnieść kwalifikacje zawodowe. Poprzez nabycie dodatkowej wiedzy i umiejętności w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, ratownicy i pielęgniarki będą mogli asystować lekarzom przy operacjach oraz zabiegach pooperacyjnych.

„Rozwiązanie to spowoduje, iż system opieki zdrowotnej wzbogaci się o wysoko wyspecjalizowaną kadrę medyczną, która zdobędzie wiedzę i umiejętności w wykonywaniu dodatkowych czynności i będzie realnym wsparciem w odciążeniu lekarzy np. chirurgów” - wyjaśniono w uzasadnieniu do zmiany regulacji.

Asystować chirurgom mają pielęgniarki i ratownicy medyczni

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego

Centrum Legislacji pod numerem MZ 1179. Pod projektem rozporządzenia

podpisał się wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski.

W rozporządzeniu założono, że wprowadzenie w przepisach rozporządzenia nowej dziedziny szkolenia specjalizacyjnego - umożliwi zainteresowanym osobom rozpoczęcie takiego szkolenia. Projekt zakłada, że w specjalizacji zostanie przeszkolonych w pierwszej fazie ok. 100 osób.

*Źródło: Rynek Zdrowia  
• 25 lipca 2021*



# Zalecenia organizacyjne dotyczące prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania w szkołach podstawowych w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.

## **A. Grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania w szkołach podstawowych może być realizowana w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, pod warunkiem odpowiedniego przygotowania organizacyjnego szkoły zmniejszającego ryzyko transmisji zakażenia:**

1. W czasie przeprowadzania grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania (dalej: fluoryzacja), łazienka powinna być wyłączona z dostępu dla innych uczniów.

2. Zaleca się, aby fluoryzacja była prowadzona w czasie trwania lekcji dydaktycznej (nie podczas przerw), aby nie zakłócać dostępności do urządzeń higieniczno-sanitarnych dla innych uczniów.

3. Przed rozpoczęciem fluoryzacji pomieszczenie higieniczno-sanitarne powinno być sprzątnięte, a urządzenia higieniczno-sanitarne (umywalka, w tym również bateria umywalkowa oraz najbliższe jej otoczenie) zdezynfekowane.

4. Fluoryzację nadzoruje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna.

5. Przed rozpoczęciem fluoryzacji uczniowie powinni umyć ręce wodą z mydłem a następnie dokładnie je osuszyć papierowym ręcznikiem.

6. W łazience podczas fluoryzacji powinien znajdować się pojemnik na odpady komunalne, w miarę możliwości otwierany za pomocą przycisku pedałowego, gabarytowo uwzględniający przewidywaną ilość wytworzonych odpadów (jednorazowe szczoteczki, jednorazowe papierowe ręczniki).

7. W czasie szczotkowania zębów w łazience:

a) może przebywać taka liczba uczniów, aby każdy z nich miał dostęp do

jednej umywalki z zachowaniem odległości od siebie min. 1,5 m lub

b) przestrzenie pomiędzy umywalkami powinny być wyposażone w przegrody ze zmywalnego tworzywa lub zmywalny, przenośny parawan zabezpieczający przed rozprzestrzenianiem się kropli wody i drobnoustrojów.

8. Uczniowie powinni używać do szczotkowania (fluoryzacji) zębów:

a) szczoteczek jednorazowych, które po użyciu należy niezwłocznie wyrzucić do pojemnika na odpady komunalne znajdującego się w łazience,

b) osobistych szczoteczek wielokrotnego użytku, które są przechowywane przez ucznia w szczelnie zamkniętym pojemniku, a w domu są wyparzone w temperaturze co najmniej 60°C,

9. Każdorazowo podczas trwania szczotkowania zębów pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna powinna być wyposażona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną i przyłbicę.

10. Po zakończonej fluoryzacji pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna wyrzuca do kosza na odpady komunalne znajdującego się w łazience jednorazowe środki ochrony osobistej z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.

11. W czasie fluoryzacji powinna być przydzielona osoba sprzątająca, zabezpieczona w środki ochrony osobistej fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną i przyłbicę.

12. Osoba sprzątająca, po każdej zakończonej sesji szczotkowania zębów, pomiędzy poszczególnymi grupami uczniów powinna przeprowadzić sprzątnięcie i dezynfekcję łazienki, w tym:

a) dezynfekcję roztworem wirusobójczym umywalk, przegród i parawanów,

b) skuteczne wywietrzenie łazienki, w tym zgodnie z czasem podanym w instrukcji użytego środka,

c) opróżnienie kosza na odpady komunalne znajdującego się w łazience oraz jego dezynfekcję,

d) umycie podłogi wodą z detergentem.

## **B. W sytuacji braku możliwości zastosowania w/w zaleceń dotyczących prowadzenia fluoryzacji w szkołach, rekomenduje się, aby w czasie przeznaczonym na fluoryzację zębów wśród uczniów w danej klasie, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna w ramach celowanego programu edukacji zdrowotnej uczniów, omawiały zasady higieny jamy ustnej przygotowały film instruktażowy dotyczący szczotkowania zębów oraz informację dla rodziców o znaczeniu regularnych wizyt u dentysty.**

23 lutego 2021 r.

*Opracowanie i konsultacja:  
dr hab. n. med.*

*Iwona Paradowska-Stankiewicz  
- konsultant krajowy w dziedzinie  
epidemiologii*

*dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek  
- konsultant krajowy w dziedzinie  
pielęgniarstwa pediatricznego*

*Prof. dr hab. med.  
Dorota Olczak-Kowalczyk  
- konsultant krajowy w dziedzinie  
stomatologii dziecięcej*

## Opinia

### w sprawie kompetencji pielęgniarek w zakresie leczenia ran, dobierania opatrunków oraz zdejmowania szwów

Warszawa, dnia 16 lipca 2019r.

Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń wyszczególnionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. „w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego” (Dz. U. poz. 497). Zgodnie § 3 pkt 3 lit. a ww. rozporządzenia pielęgniarka **jest uprawniona samodzielnie bez zlecenia lekarskiego wykonywać świadczenia lecznicze obejmujące 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.**

Ponadto, należy mieć na uwadze, normę § 2 ww. rozporządzenia, który stanowi, iż 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 pielęgniarstwa lub szkoły położnych, z uwzględnieniem § 3 i § 7, zawierających wykaz czynności, które może wykonywać pielęgniarka samodzielnie, po spełnieniu określonych wymagań.**

#### Reasumując:

1. Każda pielęgniarka, bez względu na uzyskane wykształcenie w toku kształcenia przeddyplomowego musi określić, czy posiada nabytą wiedzę i umiejętności na temat wykonania danego rodzaju świadczenia zapobiegawczego, diagnostycznego, leczniczego, rehabilitacyjnego.

2. W przypadku, kiedy pielęgniarka stwierdzi, że nie nabyła danej wie-

dzy i umiejętności w wystarczającym zakresie, nie wykonuje danego świadczenia zdrowotnego. Jednakże, mając na uwadze art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2019.576 t.j.) pielęgniarka ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych i w toku kształcenia podyplomowego powinna ją uzupełnić i zaktualizować.

3. Pielęgniarka, która 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, jest uprawniona samodzielnie bez zlecenia lekarskiego wykonywać świadczenia lecznicze obejmujące dobór sposobów leczenia ran.

Agnieszka Ambroziak  
Radca prawny

WA-4944

## Opinia prawna

w sprawie:

czy położna może objąć samodzielnie opieką rodzającą z cesarskim cięciem w wywiadzie, jeśli pacjentka wybiera poród w warunkach domowych i prosi położną o opiekę.

#### Podstawa prawna

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018, poz. 1756).

Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm., tj. z dnia 9 listopada 2018 r. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), zgodnie z którym Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych pod-

miotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca w uzasadnieniu do obowiązującego rozporządzenia nowy Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej wskazał, że:

- uwzględnia ono wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz
- doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Jednocześnie, zgodnie z uzasadnieniem projektu rozporządzenia „Projekt zwraca szczególną uwagę **na właściwe**

#### wykorzystanie wiedzy i kompetencji położnych.

W związku z powyższym zaproponowane przepisy **powinny pozwolić położnym na większą samodzielność w sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem.**”

#### Sprawowanie opieki przez położną

Położna została wskazana w pkt I ust. 4 pkt 7 a) jako jedna z osób „sprawujących opiekę”, która jest odpowiedzialna za wykonywanie świadczeń określonych w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej.



### **Zadania osoby sprawującej opiekę – położnej**

Do zadań osoby sprawującej opiekę należy szereg czynności wskazanych w pkt I ust. 8 Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w tym m.in. **ocena stanu zdrowia ciężarnej, a także ocena występowania czynników ryzyka** (pkt III ust. 5).

W przypadku **stwierdzenia przez położną, że występują czynniki ryzyka**, których katalog otwarty jest zawarty w pkt III ust. 1–4, **ciężarna powinna pozostawać pod opieką lekarza** położnika o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym odpowiednią opiekę.

Jednym z czynników ryzyka, który położna powinna zidentyfikować na podstawie pkt III ust. 1 pkt 8 Standardu jest:

**stan po operacjach** macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wnicowaniu macicy.

Cięcie cesarskie (łac. sectio caesarea) to niewątpliwie operacja położnicza polegająca na rozcięciu powłok brzusznych oraz macicy.

Zatem STAN PO cięciu cesarskim może stanowić ryzyko powikłań okołoporodowych.

Stan ten zobowiązana jest zidentyfikować osoba sprawująca opiekę.

Położna na mocy pkt III ust. 7 po zidentyfikowaniu u ciężarnej takiego stanu po cięciu cesarskim, który rodzi ryzyko powikłań okołoporodowych **zobowiązana jest omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym tak, aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.**

### **Ostateczna decyzja należy do ciężarnej**

Powyższe rozwiązanie ustawodawcy oznacza, że to oczywiście ciężarna podejmuje ostateczną decyzję co do miejsca porodu i może wybrać warunki poza szpitalne nawet jeśli wystąpią czynniki ryzyka. Nie ma ustawowego zakazu porodu w warunkach poza szpitalnych dla ciężarnej. Ale jest powinność pozostawiania ciężarnej pod opieką lekarza położnika gdy stwierdzone zostaną czynniki ryzyka.

Decyzja ciężarnej musi być podjęta na podstawie rzetelnych informacji przekazanych przez położną, która jest odpowiedzialna za stosowanie Standardu.

### **Odpowiedzialność położnej**

Sam fakt cięcia cesarskiego nie wyklucza możliwości kolejnego porodu w warunkach domowych, o ile stan po cięciu cesarskim na to pozwala.

Jednak, odpowiedzialność położnej jest daleko idąca i obejmuje zarówno

odpowiedzialność zawodową, karną, jak i odszkodowawczą, która skutkować może egzekucją z majątku prywatnego (gdy nie wystarczy kwot z ubezpieczenia) odszkodowania, zadośćuczynienia, czy renty na rzecz poszkodowanego.

Dlatego też, w sytuacji, gdy wg oceny położnej istnieje ryzyko związane z rodzeniem przez ciężarną po cesarskim cięciu w warunkach domowych – **powinna rozważyć odmowę samodzielnej opieki.**

Sytuację każdej pacjentki należy rozpatrywać indywidualnie pamiętając o tym, że zgodnie z pkt I ust. 12 Standardu położna, która wykonuje świadczenia w warunkach poza szpitalnych **jest zobowiązana do zapewnienia ciągłości opieki** w czasie porodu oraz położu. Jeżeli położna ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródpłodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.

*Monika Drab, radca prawny  
15 lipca 2021 r.*

## **Czy pielęgniarka może wypisywać zwolnienia lekarskie w imieniu lekarza?**

Autor odpowiedzi:  
**Tymiński Radosław**

Odpowiedzi udzielono:  
**19 lipca 2021 r.**, stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

**Czy pielęgniarka może wypisywać zwolnienia lekarskie w imieniu lekarza?**

ODPOWIEDŹ

**Pielęgniarka upoważniona przez lekarza za pośrednictwem Rejestru**

**Asystentów Medycznych może wypisywać zwolnienia lekarskie w imieniu lekarza.**

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 54a ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2021 r. poz. 1133), wystawiający zaświadczenie lekarskie, mający utworzony profil informacyjny ZUS może udzielić upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, w jego imieniu i na podstawie danych dotyczących orze-

czonej czasowej niezdolności do pracy zawartych w sporządzonej przez niego dokumentacji medycznej osobie wykonującej:

1) zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711);

2) czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Niewątpliwie pielęgniarka jest osobą wykonującą zawód medyczny, więc le-

karz może udzielić jej upoważnienia do wystawiania zwolnień lekarskich. Należy jednak pamiętać, że udzielanie upoważnień następuje za pośrednictwem Reje-

stru Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31 b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r.

poz. 666), na zasadach określonych w tej ustawie.

## Czy pielęgniarka środowiskowa przychodni SPZOZ podczas wizyty w domu pacjenta może podłączyć wlew dożylny? Przez jaki długi czas pielęgniarka środowiskowa może przebywać u pacjenta w czasie pandemii?

Autor odpowiedzi:

**Marta Bogusiak**

Odpowiedzi udzielono:

**23 marca 2021 r.**, stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

**Czy pielęgniarka środowiskowa przychodni SPZOZ podczas wizyty w domu pacjenta może podłączyć wlew dożylny? Przez jaki długi czas pielęgniarka środowiskowa może przebywać u pacjenta w czasie pandemii?**

ODPOWIEDŹ

Pielęgniarka jest upoważniona do wykonywania wlewów dożylnych, przy czym samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego może wykonać wlew wyłącznie z produktów leczniczych wymienionych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497), gdzie wymienia się m.in. Glucosum 5% (Glukoza 5%), Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%) czy Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny. W przypadku innych produktów leczniczych konieczne jest zlecenie lekarskie.

Przepisy nie limitują czasu, przez jaki pielęgniarka może przebywać u pacjenta w czasie pandemii. Czas przebywania powinien być podyktowany potrzebą udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z potrzebami pacjenta i aktual-

ną wiedzą medyczną. Pielęgniarka powinna być jednak wyposażona w środki ochrony indywidualnej adekwatne do ryzyka.

UZASADNIENIE

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki reguluje przede wszystkim Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 562 ze zm.) - dalej u.z.p.p. Zgodnie z art. 4 ust. 1 u.z.p.p. wykonywanie zawodu pielęgniarki polega m.in. na:

1) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych oraz

2) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Rodzaj i zakres świadczeń, jakie mogą być udzielane przez pielęgniarkę samodzielnie, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. poz. 497) - dalej r.z.ś.

Stosownie do treści ZAŁĄCZNIKA Nr 3 „WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO” do r.z.ś., pielęgniarka jest upoważniona do wykonywania wlewów dożylnych, przy czym samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego może wykonać wlew wyłącznie z produktów leczniczych wymienionych we wspomnianym załączniku m.in. Glu-

cosum 5% (Glukoza 5%), Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%) czy Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny). W przypadku innych produktów leczniczych konieczne jest zlecenie lekarskie.

Jeżeli wykonanie świadczenia zdrowotnego wykraczałoby jednak poza zakres posiadanych kwalifikacji, to korzystając z uprawnienia wskazanego w art. 12 u.z.p.p., pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z zakresem posiadanych kwalifikacji - chyba że zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku zamiaru odmowy wykonania polecenia wykraczającego poza zakres kwalifikacji pielęgniarka powinna niezwłocznie:

1) podać przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej,

2) uprzedzić pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym,

3) uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Żadne przepisy nie limitują czasu, przez jaki pielęgniarka może przebywać u pacjenta w czasie pandemii. Czas przebywania powinien być podyktowany potrzebą udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z potrzebami pacjenta i aktualną wiedzą medyczną. Pielęgniarka powinna być jednak wyposażona w środki ochrony indywidualnej adekwatne do ryzyka.

## Etyczne dylematy

Etyka zawodowa nie jest jedynym wyznacznikiem właściwego postępowania pielęgniarki i położnej. Jest jednak ważna także z innego punktu widzenia – radzenia sobie z dylematami ludzkimi i pracowniczymi.

Pielęgniarstwo to samodzielny zawód, a samodzielność ta polega na osobistej odpowiedzialności za realizowane działania i podejmowane decyzje. Obowiązujące normy prawne wyznaczają reguły wykonywania zawodu, a więc określają granice, szczególnie wtedy, gdy możliwe jest wystąpienie odmiennego efektu czynności zawodowych niż jest to oczekiwane, np. śmierć pacjenta. Samo pielęgnowanie ma nieść pomoc człowiekowi, który takiej pomocy potrzebuje dla zachowania zdrowia i życia, powinno taki proces ułatwiać i przyspieszać.

Pielęgniarstwo ma długą tradycję, od samego początku opiera się na powołaniu, moralności i profesjonalnym podejściu. Etyka wpisuje się tu w zawód, a normy zawarte w kodeksie etycznym pozwalają na rozstrzygnięcie dylematów moralnych (etycznych), pojawiających się w trakcie realizacji powierzonych pielęgniarce zadań zawodowych. Odpowiednie normy są swoistym przewodnikiem oraz sposobem na rozwiązanie problemów.

Współczesne pielęgniarstwo obejmuje działania z zakresu nowoczesnej medycyny oraz odmiennego podejścia do roli społeczno-zawodowej pielęgniarki. Podejmowaniu decyzji w trudnych sytuacjach często towarzyszą emocje, problemy z zaakceptowaniem obowiązujących przepisów prawa z uwagi na ich kolidowanie z efektywnością podejmowanych przez pielęgniarkę czynności, np. w związku z tzw. uporczywą terapią.

### Kodeks etyki

Współczesne kodeksy etyczne stanowią katalogi konkretnych zachowań, które precyzują sposoby postępowania wybranych grup pracowników. Stanowią zbiór reguł oraz wartości etycznych, które wyznaczają standardy działań dla dobra klientów, pacjentów, pacjentów itp. Jest on również definiowany jako zespół regulacji oraz norm, określających

wybrane zachowania jako pożądane z punktu widzenia moralności. Dotyczy on postaw i zachowań dedykowanych osobom wybranych profesji. Są to zatem zasady, do których należy się stosować podczas pełnienia swoich obowiązków zawodowych.

Kodeks powinien być prezentowany w sposób hierarchiczny, a więc poprzez treść i konstrukcję przedstawiać normy i wartości, w szczególności normę podstawową systemu moralności zawodowej. Odpowiednio uporządkowane zasady powinny wskazywać zobowiązania wybranego grona zawodowego, a co więcej – wszystkie one powinny zostać określone jako kategoryczne lub dobrowolne. Taki kodeks należy rozpatrywać jako jednostronne zobowiązanie (nie umowę dwustronną), pacjenci czy klienci nie uczestniczą w jego tworzeniu. Kodeks ten wyraża zatem, mimo iż jest dziełem opracowywanym zbiorowo, jedynie wolę pielęgniarki, lekarza, urzędnika, prawnika itp.

Funkcje analizowanego dokumentu są spełnione, jeśli zostaną zachowane warunki wyrażania jego zasadniczego celu, a więc dbałości o szacunek dla innych ludzi, ale również gdy zapobiega się szkodom lub osiąga określone korzyści. Należy pamiętać, że człowieczeństwo jest dobrem generalnym, które dotyczy każdego. Etyka zawodowa ma zatem do spełnienia określony cel (jeden, bez względu na profesję), dlatego zasady przyjmowane dla jednego zawodu często są odpowiednie dla pozostałych. Przyjęto, że zasady kodeksu etycznego spełniają następujące funkcje:

- **określanie relacji do przedmiotu swojego działania**, a także deklaracji jego podmiotowego traktowania (w zawodach medycznych specjaliści kierują wszystkie swoje decyzje i zachowania bezpośrednio do człowieka, a najwyższą wartość stanowi jego zdrowie i życie),

- **określanie odpowiedniego stosunku pomiędzy członkami danego zawodu** (w aspekcie bezpośrednich, interpersonalnych relacji, ale i całego obszaru danej wspólnoty zawodowej),

- **określanie etycznych relacji członków danej profesji w stosunku do jej zawodowego otoczenia** – wobec społeczeństwa, a w pewnych sytuacjach przy wyodrębnieniu zawodów współpracujących. Dbą się tu o prestiż zawodu, a także pozyskiwanie społecznej akceptacji dla działań realizowanych w jego ramach.

Nie wszystkie profesje posiadają opracowany kodeks etyki zawodowej, jest on bowiem niezbędny tam, gdzie zagrożone mogą być najistotniejsze wartości moralne, takie jak: zdrowie, życie, sprawiedliwość, wolność, bezpieczeństwo, przyjaźń, zaufanie itp. Zapisy w kodeksie etycznym powinny być traktowane jedynie jako przypomnienie tego, co specjaliści danej grupy zawodowej już wiedzą i czego przestrzegają w swojej pracy. Kodeks jest kodyfikacją istniejących już przekonań moralnych, sposobem na nakłonienie do zachowań zgodnych z zapisami tego dokumentu, bez względu na to, jaką moralną postawę posiada jednostka. Sam kodeks nie jest w stanie kształtować pożądanych postaw, może jednak wymuszać konkretne działania, bez względu na podejście danej osoby, może bowiem przewidywać odpowiednie sankcje na wypadek zachowań niepożądanych (ostrzeżenie, kara zawieszenia, trwałe usunięcie z zawodu itp.). Stopień takich konsekwencji zależy od znaczenia danego zobowiązania, poważniejsza będzie sankcja za złamanie normy etycznej traktowanej jako obowiązek bezwzględny, mniej poważna za łamanie normy dobrowolnej, nie mającej rygoru bezwzględnego zastosowania.

Kodeks etyczny może być przydatnym narzędziem w sytuacji, gdy w danej

grupie zawodowej nie występują własne przekonania jej przedstawicieli, posiadane przekonania są chwilowe lub niezgodne z przyjętym stanowiskiem środowiska zawodowego. Kodeks etyczny może w takiej sytuacji być traktowany jako księga zawodowych zobowiązań etycznych, które należy sobie przyswoić.

**Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej** reguluje odpowiedzialność zawodową pielęgniarek i obejmuje:

- część ogólną - w której zapisano regulacje dotyczące działalności zawodowej pielęgniarek, rozwoju osobistego i samorządowych organizacji zawodowych,
- część szczegółową - zawiera powinności pielęgniarki w stosunku do ludzi, którzy wymagają pomocy, wobec praktyki zawodowej, współpracowników i samego zawodu.

Kodeks Etyki Zawodowej precyzuje zatem zasadnicze cele i wartości zawodu pielęgniarki, a także pewne postanowienia i interpretacje, które są wytycznymi dla zachowań wiążących się z jego realizacją. Znajomość zasad zawartych w analizowanym kodeksie jest konieczna z punktu widzenia podejmowania decyzji o chorym i członkach zespołu tera-

**PODEJMOWANIU DECYZJI W TRUDNYCH SYTUACJACH CZĘSTO TOWARZYSZĄ EMOCJE, PROBLEMY Z ZAAKCEPTOWANIEM OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW PRAWA, Z UWAGI NA ICH KOLIDOWANIE Z EFEKTYWNOŚCIĄ PODEJMOWANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ CZYNNOŚCI, ALE RÓWNIEŻ STOSOWANIE TZW. UPORCZYWEJ TERAPII.**

peutycznego. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki obejmuje swoim zakresem:

- przyrzeczenie - które jest deklaracją pielęgniarek i położnych przede wszystkim do sprawowania opieki nad pacjentami, przeciwdziałania cierpieniu, zapobiegania chorobom, niesienia pomocy ludziom i szanowania ich,
- zagadnienia związane z relacją pielęgniarka - pacjent,
- zagadnienia związane z relacją pielęgniarka - praktyka zawodowa oraz nauka,

- zagadnienia związane z relacją pielęgniarka - samorząd pielęgniarek i położnych,
- zagadnienia związane z relacją pielęgniarka - współpracownicy,
- zagadnienia związane z relacją pielęgniarka - postępowanie w stosunku do społeczeństwa.

### Problemy oraz dylematy etyczne

Opracowanie kodeksu etycznego dla pielęgniarek wiąże się z koniecznością stosowania do spisanych w nim zasad i norm, co w wielu sytuacjach (np. konfliktowych) może stwarzać pewne trudności. Wśród problemów etycznych można wyróżnić dwie ich grupy:

- **przemoc etyczna** - cechuje się naruszeniem zasad moralnych, co może mieć miejsce np. w przypadku, gdy pielęgniarka dowodzi swoim zachowaniem, że brak jej określonych, niezbędnych kompetencji, gdy zaniedbuje swoje obowiązki w stosunku do pacjentów poprzez nieudzielenie im odpowiedniej opieki, lub gdy popełnia wykroczenie,
- **dylemat etyczny** - występuje, gdy pojawia się konieczność wyboru najlepszej metody, odnalezienia różnorodnych motywów oraz kierunków działania; ma miejsce, gdy np. pielęgniarka spotyka się z odmową pacjenta w zakresie przeprowadzenia zabiegów niezbędnych dla jego zdrowia - wówczas kodeks etyczny wskazuje, co należy (można) uczynić, by zapobiec stosowaniu przemocy etycznej.

Kodeksy etyczne nie sprawdzą się w przypadku każde-

go dylematu czy problemu etycznego, ważna jest tu bowiem również osobista sumienność pielęgniarki. Wiele sytuacji wiąże się z odmiennymi okolicznościami, nie sposób zatem dopasować do nich jednego, uniwersalnego rozwiązania. W codziennej pracy współczesnych pielęgniarek niejednokrotnie pojawiają się złożone i trudne do rozwiązania problemy etyczne (poznawcze - wynikające z braku wiedzy, braku umiejętności nawiązania kontaktu z pacjentami lub ich rodzinami oraz praktyczne - skutek lenistwa, nadmiernej pewności siebie,

niedbalstwa, braku umiejętności technicznych, rutyny itp.), których sposoby rozwiązania budzą pewne zastrzeżenia i wątpliwości o charakterze moralnym.

Omawiane problemy mogą wynikać przede wszystkim z:

- uwarunkowań organizacyjno-materialnych pracy pielęgniarek, takich jak przepełnienie sal chorych, brak wystarczających ilości sprzętu,
  - uwarunkowań społecznych, takich jak niewłaściwy klimat pracy, nieodpowiednie relacje między współpracownikami,
  - znacznych uchybień moralnych, np. gdy młode, niedoświadczone pielęgniarki nie są wdrażane do pracy zgodnie z zasadami kodeksu etycznego.
- Wśród sytuacji, które mogą być przyczyną pojawienia się problemów etycznych, można wymienić również:
- regulacje prawne (ograniczenia),
  - dualizm w obszarze podległości,
  - niedobory personelu,
  - zbyt wiele zadań do wykonania,
  - brak odpowiedzialności,
  - wypalenie zawodowe,
  - szpitalne rytuały,
  - niewłaściwa organizacja pracy,
  - źle prowadzone dokumentacja szpitalna,
  - brak szkoleń lub ich niedostateczna ilość.

Rozwiązanie wielu problemów etycznych wiąże się każdorazowo z wyborem sposobu postępowania najwłaściwszego (w ocenie danej pielęgniarki) w danym momencie i określonej sytuacji. Jednak postępowanie to może okazać się nieoptymalne. Decyzje są trudniejsze, gdyż w znacznym stopniu godzą w dobro i/lub prawa pacjentów, a także gdy nie spełniają powinności zawodowych pielęgniarek.

*dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk;  
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej NIPiP w Warszawie, Uczelnia  
Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku*

*mgr pielęgniarstwa Wiktoria Kita;  
absolwentka Krakowskiej Akademii im.  
Andrzeja Frycza-Modrzewskiego*

*Źródło: 1-2/2021 MAGAZYN  
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ*

# Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii Queen Silvia Nursing Award



Warszawa, dn. 01.09.2021

Rusza szósta edycja Konkursu o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Szwecji Sylwii. Nabór wniosków poprzez platformę zgłoszeniową rusza 01 września i będzie trwał do 01 listopada 2021.

Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii to wyjątkowe stypendium, skierowane do wszystkich pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w zawodzie oraz do studentek i studentów pielęgniarstwa.

Konkurs w Polsce odbywa się pod honorowym patronatem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już po raz kolejny zasiądzie w Komisji Konkursowej, która wyłoni Laureata tegorocznej edycji.

„Pandemia pokazała nam, jak bardzo pielęgniarki i pielęgniarze są potrzebni. Jesteśmy na pierwszej linii frontu, zarówno w opiece szpitalnej, ale także

tej domowej. W kolejnej edycji Konkursu Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii zbierane będą pomysły na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję. Osoby te bardzo ucierpiały podczas pandemii, potrzebują kompleksowej pomocy ze strony wykwalifikowanych specjalistów. Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii to fantastyczna inicjatywa, która daje szansę ambitnym i kreatywnym osobom i jednocześnie tworzy przestrzeń do dyskusji nad koniecznością rozwinięcia opieki nad osobami starszymi.” - mówi Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Międzynarodowa nagroda pod patronatem Jej Królewskiej Mości Królowej Szwecji Sylwii w 2021 roku będzie poświęcona najlepszym pomysłom na poprawę opieki nad pacjentami, ze szcze-

gólnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję. Nagrodzone zostaną działania już wdrożone lub pomysły, które dopiero będą zrealizowane.

Rok 2021 został ogłoszony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) „Rokiem Pracowników Ochrony Zdrowia” w uznaniu dla ich zaangażowania w zapewnienie opieki podczas i mimo trwającej wciąż pandemii COVID-19, która od długiego czasu stanowi wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Pandemia bardzo odbiła się na ludziach starszych. Pozostawiali oni przez bardzo długi czas w izolacji, która stała się dla wielu osób w podeszłym wieku groźniejsza niż sam koronawirus. Dlatego w roku 2021 mamy powrót tematyki konkursu do zbierania kreatywnych pomysłów na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję.

Nagrodą w konkursie jest stypendium w wysokości 25.000 zł oraz staż.

Nagroda została ustanowiona 23 grudnia 2013 r. przez organizację Swedish Care International jako prezent dla Jej Królewskiej Mości Królowej Sylwii z okazji urodzin. Laureat odbiera Nagrodę z rąk Królowej podczas uroczystej gali w Sztokholmie. W czasie spotkania zwycięzcy ze wszystkich krajów wygłaszają przemówienie na temat swojego pomysłu.

Konkurs ma charakter międzynarodowy i równoległe jego edycje odbywają się w Szwecji, Finlandii, Niemczech, na Litwie, na Uniwersytecie Waszyngtońskim w USA oraz w Brazylii. W polskiej edycji konkursu biorą udział prace nadesła-





ne przez osoby, które są w trakcie edukacji w polskiej uczelni lub pracują jako pielęgniarka i pielęgniarz. Za organizację

konkursu w Polsce odpowiada Fundacja MedicoVer.

**ZGŁOSZENIA MOŻNA WYSYLAĆ DO 1 LISTOPADA 2021r.**

na stronie internetowej: <https://qsna.awardsplatform.com/?language=pl> PL

Naszym wspólnym celem jest umożliwienie rozwoju przyszłym pielęgniarkom i pielęgniarzom, dlatego też uprzejmie proszę o przekazanie informacji o konkursie o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii osobom z Państwa otoczenia, które są uprawnione do udziału w konkursie, czyli do wszystkich pielęgniarek i pielęgniarzy oraz studentów pielęgniarstwa.

Więcej informacji o konkursie znajduje się na stronie [www.queensilvianursingaward.pl](http://www.queensilvianursingaward.pl)

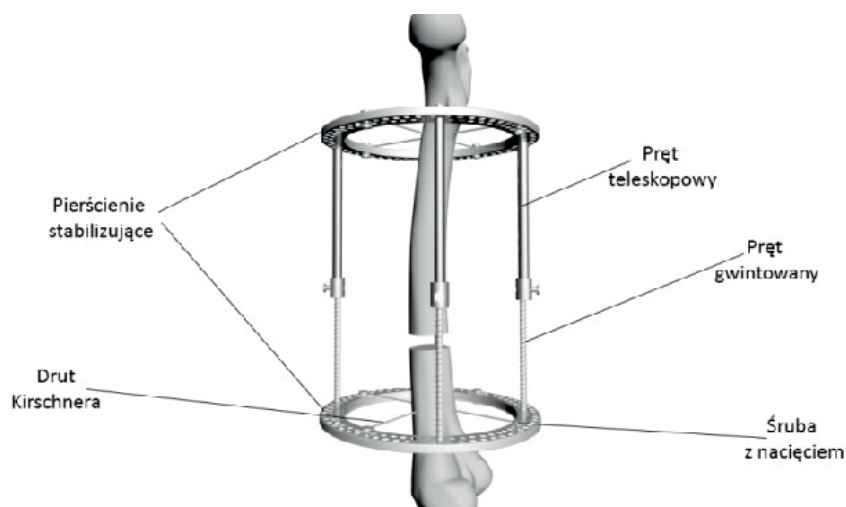
Pytania dotyczące zasad konkursu należy kierować do koordynatora projektu: Anna Jonarska, [anna.jonarska@medico-ver.pl](mailto:anna.jonarska@medico-ver.pl), tel. +48 601 259 677.

## Udział pielęgniarki w procesie pielęgnowania i leczenia pacjenta poddanego wydłużaniu kości udowej metodą Ilizarowa

Wstęp. Nierówna długość kończyn dolnych - anisomelia, stanowi zaburzenie czynnościowe, powoduje dysfunkcję kończyn dolnych a w konsekwencji nieprawidłowości w statyce i dynamice całego ciała [7]. Wiele osób ma minimalnie krótszą jedną z kończyn dolnych i jest to problem natury kosmetycznej, który nie wpływa znacząco na funkcjonowanie układu kostno-mięśniowego. W przypadku różnicy przekraczającej 5 cm zaburzenie przyjmuje charakter czynnościowy i stanowi poważne zagrożenie dla statyki oraz dynamiki narządu ruchu. Obecnie najpopularniejszą i najczęściej polecaną metodą leczenia nierówności kończyn dolnych, przy znacznych dysproporcjach w długości kończyn, jest metoda Ilizarowa. Proces leczenia tą metodą jest długotrwały, obciążony ryzykiem występowania powikłań oraz związany ze specyficznymi problemami pielęgnacji

cyjnymi. Odkrywcą tej zasady jest profesor Gawriił Ilizarow, który w 1950 roku opracował metodę zewnętrznej stabilizacji oraz wydłużania kości kończyn, opar-

tą na biologicznych i mechanicznych warunkach tworzenia się nowych tkanek. Ilizarow stworzył aparat własnej konstrukcji (Rycina 1) składający się z meta-



Rycina 1. Budowa aparatu Ilizarowa [15]

lowych, kołowych pierścieni połączonych ze sobą prętami gwintowanymi i teleskopowymi oraz różnego rodzaju drobnymi elementami mocującymi [2]. Pierścienie sytuuje się w kości, powyżej i poniżej wytworzonej za pomocą osteotomii (przecięcia kości) szczeliny oraz zespala się z kością tak zwanymi drutami Kirschnera. Charakterystyczne dla tych drutów jest ich wyprofilowane ścięcie, zwane łezką, które umożliwia bezpośrednie przewiercanie leczonej kości [9]. Głównym wymogiem leczenia jest utrzymanie stabilności odłamów kostnych oraz zachowanie funkcji kończyny w trakcie trwania wszystkich faz wydłużania. Etap wydłużania kości rozpoczynany jest po około 5 - 7 dniach od założenia aparatu. Okres wydłużania, czyli dystrakcja kości, polega na powolnym podkręcaniu śrub aparatu i odsuwaniu od siebie odłamów kostnych w miejscu osteotomii. Czas trwania tego okresu jest zmienny i zależy od reakcji tkanek miękkich, dolegliwości bólowych i stanu emocjonalnego pacjenta [5]. W teorii prędkość rozciągania tkanek dla kości udowej powinna wynosić 1mm na dobę. Zatem co 6 godzin wykonywana jest 1/4 obrotu śruby odpowiednio dobranym kluczem metalowym. Oznacza to konieczność wykonywania 4 cykli obrotowych po 0,25mm z uwzględnieniem przerwy nocnej. Ta optymalna prędkość pozwala na maksymalne wykorzystanie potencjału regeneracyjnego tkanki kostnej a jednocześnie znosi ryzyko uszkodzenia naczyń krwionośnych, mięśni, nerwów, czy stawów [14]. Podczas okresu wydłużania co 7 dni wykonuje się ultrasonografię a co 6 tygodni badanie radiologiczne [5]. Etap wydłużania kości (dystrakcji) trwa do momentu uzyskania zaplanowanego wydłużenia. Powstały regenerat (Rycina 2) ulega przebudowie, aż do powstania pełnego zrostu kostnego wraz z odbudową korowej części kości. Okres ten powinien trwać co najmniej tak długo, co poprzedzające go rozciąganie, w praktyce jednak jest on od 1,5 do 2 razy dłuższy. Pacjent w tym czasie powinien intensywnie ćwiczyć oraz obciążać kończynę w celu wzmocnienia nowopowstałego segmentu kostnego. Zastosowana metoda pozwala na chód w aparacie z pełnym obciążeniem operowanej kończyny. W celu wyrównania różnicy długości kończyny obuwie podkleja



Rycina 2. Tworzący się regenerat [2]

się dodatkową podszwą. Etap ten kończy usunięcie aparatu [11].

### Studium indywidualnego przypadku.

Pacjent lat 14, hospitalizowany w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie. Przebywa z mamą. Pacjent urodził się z krótszą prawą kończyną dolną. Rozpoznano pozapalną deformację szpotawą prawego stawu biodrowego i niedorozwój uda prawego (skrócenie). W związku z procesem leczenia chłopiec znajduje się pod stałą opieką lekarza i rehabilitanta. Dotychczas przeszedł wiele zabiegów operacyjnych, m.in. korekcję osi kończyny dolnej z wydłużeniem bliższego końca kości udowej prawej; korekcje przodozgięcia i koślawości uda; kilkakrotne założenie aparatu Ilizarowa na udo. W czerwcu 2019 r. - miał miejsce kolejny zabieg operacyjny - wydłużanie prawej kości udowej metodą Ilizarowa (kość krótsza od lewej o 10 cm). Pacjenta operowano w znieczuleniu ogólnym oraz dodatkowo w zewnątrzoponowym. Na prawe udo założono zewnętrzny stabilizator odłamów kostnych - aparat Ilizarowa. Stabilizator zamocowano za pomocą wszczepów kostnych - grotów Schanza i drutów Kirschnera. Kończynę operowaną kończynę zabezpieczono opatrunkami w miejscu wprowadzenia grotów i drutów. Pacjen-

ta monitorowano, ułożono na materacu z wycięciem na aparat Ilizarowa. Kontrolowano pozycję ułożeniową kończyny. Do przestrzeni zewnątrzoponowej pacjent ma założony cewnik, poprzez który otrzymał w czasie zabiegu operacyjnego znieczulenie oraz leki celem blokowania transmisji bólu do mózgu. W pierwszych godzinach pacjent odczuwał nudności, skarżył się na ból głowy, oceniony w skali NRS na 6 pkt. oraz ból operowanej kończyny - NRS 7 pkt. W wyniku obniżonej temperatury ciała po zabiegu i utrzymujących się dreszczy, pacjenta okryto kocem elektrycznym celem przywrócenia optymalnej ciepłoty ciała. Zaobserwowano obniżony nastrój, oceniony w skali BDI na 10 pkt. Prowadzono obserwację stabilizatora, kontrolowano opatrunki na ranach pooperacyjnych. Według zlecenia lekarskiego wdrożono farmakoterapię. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym pobrano krew do oceny laboratoryjnej parametrów po długotrwałym zabiegu chirurgicznym. Chłopiec samodzielnie przyjął posiłki w niewielkiej ilości, z uwagi na brak apetytu wywołany utrzymującym się bólem w miejscu założenia aparatu. Ból został oceniony na 7 pkt. w skali NRS. Na zlecenie lekarza podano Morfinę 10 mg. s.c oraz Paracetamol 1g. i.v. Zwiększono dawkę leku przeciwzakrzepowego z racji podwyższonych parametrów płytek krwi

w surowicy krwi. Zmieniono opatrunki na ranach pooperacyjnych. W miejscu wprowadzenia drutów Kirshnera, zaobserwowano obrzęk i sączący się płyn surowiczy. Pobrano materiał do oceny mikrobiologicznej. Sprawdzono ciepłotę kończyny operowanej w ramach kontroli ukrwienia. Zauważono nieblednące zaczerwienienie, zlokalizowane na pięcie kończyny operowanej, jak też otarcie naskórka w okolicy kości ogonowej. Miejsca zabezpieczono. Wprowadzono ćwiczenia izometryczne oraz ćwiczenia bierne i czynne, m.in. ćwiczenia w podwieszeniu kończyny do ramy bałkańskiej łóżka. Parametry życiowe w granicach normy. U pacjenta utrzymuje się obniżony nastrój z powodu nawracającego bólu oraz perspektywy długotrwałego leczenia i związanych z nim ograniczeń (BDI 7 pkt.). Zaplanowano konsultację z psychologiem.

Kolejny dzień obserwacji, druga doba po zabiegu operacyjnym - podjęto pró-

by pionizacji. Pacjent, z uwagi na wciąż utrzymujący się ból kończyny (NRS 5 pkt.), przyjął jedynie pozycję siedzącą. Nie chciał podejmować próby wstawania ani uczestniczyć w procesie rehabilitacji. Nadal utrzymywano terapię przeciwbólową, przeciwzakrzepową oraz osłonę antybiotykową. Zmieniono opatrunki na ranach pooperacyjnych, nie zaobserwowano cech infekcji. Kontrolowano ciepłotę ciała na operowanej kończynie - nie stwierdzono nieprawidłowości.

### Wybrane diagnozy i interwencje pielęgniarские.

#### Diagnoza 1.

Ból operowanej kończyny na skutek przerwania ciągłości skóry oraz uszkodzenia tkanek głębokich - 7 pkt. wg NRS.

Interwencje pielęgniarские i uzasadnienie empiryczne.

1. Codzienna ocena natężenia bólu w skali NRS. Uzasadnienie empiryczne: Skale służące do oceny bólu są ważne i wiarygodne w określaniu jego nasilenia [1].

2. Zastosowanie udogodnienia w postaci materaca z wyciętym fragmentem na wysokości obręczy aparatu Ilizarowa w celu zapewnienia wygodnej pozycji oraz odciążenia kończyny. Uzasadnienie empiryczne: Stosowanie udogodnień przyczynia się do minimalizacji dolegliwości bólowych redukując ucisk oraz zapewniając stabilizację ciała [8].

3. Podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń i ocena skuteczności ich działania. Uzasadnienie empiryczne: Prawidłowe prowadzenie terapii przeciwbólowej gwarantuje uśmierzenie bólu u większości dzieci [3].

4. Zapewnienie pacjentowi spokoju i warunków do wypoczynku. Uzasadnienie empiryczne: Odpowiednie warunki do snu i wypoczynku podwyższają próg bólowy, obniżają ryzyko wyczerpania organizmu, zwiększają szansę na wyciszenie dolegliwości chorobowych [8].

5. Okazanie pacjentowi wsparcia i zrozumienia. Uzasadnienie empiryczne: Badania wykazały, że stosowanie metod psychologicznych może przyczynić się do zredukowania nasilenia bólu u dzieci i nastolatków [1].

Wynik opieki: Zmniejszono dolegliwości bólowe z 7 pkt. do 3 pkt. w skali NRS.

#### Diagnoza 2.

Ryzyko infekcji ran pooperacyjnych związane z obecnością drutów i grotów.

Interwencje pielęgniarские i uzasadnienie empiryczne.

1. Stosowanie profilaktyki antybiotykowej zgodnie z kartą zleceń. Uzasadnienie empiryczne: Większość zakażeń u chorych nieobciążanych chorobami przewlekłymi, poddaje się leczeniu jednym antybiotykiem [6].

2. Kontrola suchości opatrunków. Uzasadnienie empiryczne: Kontrola suchości opatrunków i ich odpowiedni dobór jest jednym z czynników wywierających wpływ na proces prawidłowego gojenia się ran [10].

3. Codzienna obserwacja ran pooperacyjnych. Uzasadnienie empiryczne: Metoda obserwacji pozwala na wczesne wykrycie infekcji i wdrożenie działań prewencyjnych [8].

4. Przestrzeganie zasad aseptyki podczas zmiany opatrunków. Uzasadnienie empiryczne: Przestrzeganie zasad aseptyki ma na celu niedopuszczenie do zanieczyszczenia lub zainfekowania drobnoustrojami rany, miejsca bądź sprzętu jałowego [4].

5. Stosowanie higieny dłoni oraz przestrzeganie reżimu sanitarnego przez personel medyczny oraz pacjentów. Uzasadnienie empiryczne: Mycie rąk oraz stosowanie środków zawierających alkohol (stężenie 60 - 80%), wraz z zastosowaniem odpowiedniej techniki, zakładanie rękawiczek podczas każdego kontaktu z krwią, błonami śluzowymi, wydzielinami, wydaliniami, uszkodzoną skórą, zakładanie w razie potrzeby okularów ochronnych, bezpudrowych rękawiczek oraz fartucha przyczynia się do zmniejszenia częstości występowania powikłań oraz zakażeń [1].

6. Codzienna obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów infekcji. Uzasadnienie empiryczne: Obserwacja, prowadzenie dokumentacji oraz szybkie zgłaszanie wszelkich oznak zakażenia pozwala na wczesne wykrycie i zapobieganie powikłaniom [8].

7. Edukacja pacjenta i jego rodziny odnośnie występowania czynników ryzyka oraz profilaktyki zakażeń. Uzasadnienie empiryczne: Do ponad połowy zakażeń ran dochodzi po wypisaniu pacjenta do domu [1].

8. Wykonanie badań diagnostycznych w chwili stwierdzenia nieprawidłowości. Uzasadnienie empiryczne: Wiarygodne dane dotyczące czynnika etiologicznego zakażenia uzyskuje się dzięki zastosowaniu metod diagnostyki mikrobiologicznej, np. posiewu [6].

Wynik opieki: Brak oznak zakażenia.

#### Diagnoza 3

Ryzyko rozwoju powikłań zakrzepowo-zatorowych wskutek unieruchomienia kończyny.

Interwencje pielęgniarские i uzasadnienie empiryczne.

1. Podaż leków przeciwzakrzepowych zgodnie ze zleceniem lekarskim (np. Fragmin). Uzasadnienie empiryczne: Stosowanie farmakologii przeciwzakrzepowej chroni przed wystąpieniem zakrzepicy żył głębokich u osób hospitalizowanych [8].

2. Obserwacja stanu pacjenta w kierunku wystąpienia objawów świadczących o powikłaniach zakrzepowo-zatorowych. Uzasadnienie empiryczne: Obserwacja, prowadzenie dokumentacji oraz szybkie zgłaszanie wszelkich nieprawidłowości pozwala na wczesne wykrycie i zapobieganie powikłaniom [8].

3. Wczesne podjęcie rehabilitacji oraz pełnego uruchomienia. Uzasadnienie empiryczne: Unieruchomienie stanowi jeden z czynników ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych. Wczesne wdrożenie ćwiczeń, pionizowanie i pełne uruchomienie pacjenta zapobiega tworzeniu się skrzepów [1].

4. Kontrola ocieplenia kończyny. Uzasadnienie empiryczne: Rozpoznanie zaburzeń czynności naczyniowych pozwala na wczesne wdrożenie działań prewencyjnych [1].

5. Pomiar obrzęku. Uzasadnienie empiryczne: Zakrzepica wykrywana jest zazwyczaj przy obrzęku oraz bólu chorej/operowanej kończyny [1].

6. Zapoznanie opiekuna pacjenta z techniką oraz zasadami posługiwania się ampułkostrzykawkami z lekiem przeciwzakrzepowym. Uzasadnienie empiryczne: Intencją profesjonalnego oddziaływania na przebieg leczenia poprzez edukację jest uzyskanie korzystnych dla zdrowia efektów [13].

#### Diagnoza 4



Ryzyko wystąpienia depresji oddechowej wskutek przyjmowania Morfiny.

Interwencje pielęgniarskie i uzasadnienia empiryczne.

1. Pomiar tętna, ciśnienia tętniczego krwi, liczby oddechów, ocena zabarwienia skóry. Uzasadnienie empiryczne: Ocena parametrów życiowych i stanu pacjenta determinuje wybór adekwatnych interwencji, np. wdrożenie tlenoterapii. Przyspieszenie tętna, niska wartość ciśnienia tętniczego krwi, sinica świadczą o niedostatecznej podaży tlenu [8].

2. Monitorowanie gazometrii. Uzasadnienie empiryczne: Wzrost PaCO<sub>2</sub> oraz spadek PaO<sub>2</sub> wskazują na rozwój niewydolności oddechowej [8].

3. Monitorowanie saturacji. Uzasadnienie empiryczne: Wysycenie krwi tlenem poniżej 80% określa się jako hipoksję głęboką [8].

4. Ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej lub wysokiej. Uzasadnienie empiryczne: Pozycja półwysoka sprzyja lepszej wentylacji płuc oraz ułatwia pracę przepony zmniejszając duszność [8].

5. Modyfikacja dawki, bądź zaprzestanie podaży morfiny na zlecenie lekarza. Uzasadnienie empiryczne: Objawy ustępują po odstawieniu leku, który wywołał niepożądane reakcje [12].

6. Wykonywanie ćwiczeń oddechowych. Uzasadnienie empiryczne: Wykonywanie ćwiczeń oddechowych poprawia sprawność oraz wydolność układu oddechowego a także zapobiega powstawaniu czynników upośledzających, np. ognisk niedodmy [4].

Wynik opieki: Brak oznak zaburzeń ze strony układu oddechowego.

### Diagnoza 5

Przygnębienie spowodowane perspektywą długotrwałego leczenia i związanymi z tym ograniczeniami - BDI 10 pkt.

Interwencje pielęgniarskie i uzasadnienia empiryczne.

1. Kontrolowanie czynników odpowiadających za wystąpienie przygnębienia (unieruchomienie, długi pobyt w szpitalu). Uzasadnienie empiryczne: Istotą braku zdrowia i stanów depresyjnych jest bezsilność oraz cierpienie emocjonalne [1].

2. Nawiązanie relacji terapeutycznej z pacjentem poprzez poświęcanie mu uwagi, aktywne słuchanie, rozmowę.

Uzasadnienie empiryczne: Otrzymywanie wsparcia ze strony personelu medycznego prowadzi do obniżenia poczucia bezsilności [1].

3. Zachęcenie pacjenta do aktywnego udziału w planowaniu opieki, np. określenie czasu wykonywania czynności pielęgnacyjnych, preferencji w zakresie przyjmowania pokarmów itp. Uzasadnienie empiryczne: Samodzielne regulowanie zasad dotyczących samoopieki i samoobsługi wpływa na poprawę samooceny oraz zwiększenia pewności siebie u pacjentów [1].

4. Zachęcenie pacjenta do zadawania pytań dotyczących wątpliwości związanych z jego jednostką chorobową. Uzasadnienie empiryczne: Wykazano, że bezsilność pacjentów hospitalizowanych wynikała z faktu braku wsparcia ze strony personelu, ignorowania pytań, braku informowania o jednostce chorobowej [1].

5. Zaznajomienie pacjenta z technikami relaksacyjnymi. Uzasadnienie empiryczne: Stosowanie technik łagodzenia stresu wpływa pozytywnie na poprawę nastroju pacjentów [1].

6. Zapewnienie dostępu do książek, krzyżówek, gier komputerowych, zachęcanie do oglądania TV. Uzasadnienie empiryczne: Organizacja czasu oraz zapewnienie dostępu do różnych form rozrywki sprzyja poprawie samopoczucia [8].

Wynik opieki: Nastroj pacjenta wyrównany - BDI - 3 pkt.

### Wnioski

1. Profesjonalna opieka pielęgniarska polega na indywidualnym traktowaniu pacjenta oraz wymaga znajomości problemów pielęgnacyjnych oraz klinicznych w związku z uszkodzeniem skóry, tkanek miękkich oraz kości.

2. Najważniejsze czynności pielęgniarskie w opiece nad pacjentem obejmują monitorowanie parametrów życiowych, ocenę świadomości oraz stanu psychicznego pacjenta, stosowanie farmakoterapii, obserwację i zabezpieczanie ran z zachowaniem zasad aseptyki oraz kontrolę opatrunków i stabilności aparatu Ilizarowa.

3. Kluczowe problemy pielęgnacyjne u pacjenta leczonego metodą Ilizarowa to: ostry ból związany z przerwaniem ciągłości skóry, tkanek podskórnych i ko-

ści, utrudnione i ograniczone poruszanie się związane z występującym bólem oraz obecnością stabilizatora, permanentnie obniżony nastrój, dyskomfort z powodu przymusu załatwiania potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych w obrębie łóżka w pierwszych dobach po zabiegu.

4. Charakter zabiegu oraz zastosowana metoda leczenia predysponują do: infekcji ran pooperacyjnych, powikłań zakrzepowo - zatorowych, zaburzeń ze strony układu oddechowego, ograniczeń ruchomości w stawie biodrowym i kolanowym, depresji oraz niechęci do kontynuowania leczenia.

5. Wczesne rozpoczęcie pionizacji i usprawniania pacjenta zapobiega rozwojowi powikłań, pozytywnie wpływa na samopoczucie chorego i przygotowuje go do rozpoczęcia długofalowego procesu rehabilitacji.

6. Rolą pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie pielęgnacji skóry, profilaktyki przeciwzakrzepowej, umiejętności wczesnego rozpoznania powikłań. Niezbędne jest przekazanie informacji dotyczącej działania aparatu Ilizarowa w kierunku wydłużania kończyny, tj. ilości cykli obrotowych śrub w ciągu doby.

Autor:

lic. Piel. Anna Moskal

Promotor:

mgr Małgorzata Moskal-Szybka

### Bibliografia

1. Ackley B. J. i Ladwig G. B.: Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych, Warszawa 2011.

2. Animutskaya M. i wsp.: Idiopatyczne skrócenie kończyny dolnej leczone metodą Ilizarowa - specyfika zadań opiekuńczych w praktyce pielęgniarskiej, [w:] Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, (red.) M. Sobkowski i wsp., Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2017; 1 (50).

3. Cepuch G.: Ból u dzieci, [w:] Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych, (red.) M. Kózka i L. Płaszewska - Żywko, PZW, Warszawa 2015.

4. Chmielewska - Kowalska E. i wsp.: Podstawy pielęgniarstwa. Repetytorium

przedegzaminacyjne, (red.) A. Krupienicz, Wrocław 2018.

5. Dyl Ź. i wsp.: Udział pielęgniarki w opiece nad chorym leczonym metodą Ilizarowa z powodu nierówności kończyn dolnych, *Medycyna rodzinna* 2017; 20 (1).

6. Hryniewicz W. i wsp.: Zasady leczenia przeciwdrobnoustrojowego, [w:] *Interna Szczeklika 2015*, (red.) A. Szczeklika i P. Gajewski, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.

7. Koczewski P. i wsp.: Nierówność kończyn dolnych i zastosowane metody Ilizarowa w ortopedii, [w:] *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*, (red.) W. Marciniak i A. Szulc, PZWL, Warszawa 2015, T. II.

8. Kózka M. i Płaszewska - Żywko L.: *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych*, PZWL, Warszawa 2015.

9. Mazurkiewicz S. i wsp.: *Innowacyjny mechatroniczny system w leczeniu nierówności kończyn dzieci metodą Ilizarowa*, [w:] *Problemy nauk stosowanych*, (red.) A. Czajkowski i wsp., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Techniczno - Ekonomicznej w Szczecinie, Szczecin 2014, Tom 2.

10. Rosińczuk J. i Uhmanowicz I.: *Leczenie odleżyn*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa tom II*, (red.) B. Ślusarska i wsp., PZWL, Warszawa 2017.

11. Tęsiorowski M. i Zarzycka M.: *Podstawowe zasady wydłużania kończyn*, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2012.

12. Wiatr E.: *Niepożądane reakcje polekowe w układzie oddechowym*, [w:] *Interna Szczeklika 2015.*, (red.) A. Szczeklika i P. Gajewski, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.

13. Zarzycka D.: *Istota roli zawodowej pielęgniarki w obszarze edukacji zdrowotnej*, [w:] *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa*, (red.) M. Sierakowska i I. Wrońska, PZWL, Warszawa 2015. Netografia

14. <http://projekty.signumit.pl/masaz/artykuly/stan-funkcjonalny-konczyny-dolnej-po-wydłużaniu-metoda-ilizarowa>.

15. <https://ilizarow.wordpress.com/budowa-aparatu-ilizarowa>.

*„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.  
Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić...  
Tak, jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,  
Że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”.*

*Ks. J. Twardowski*

**Z ogromnym smutkiem i żalem żegnamy naszą kochaną koleżankę**

### **EWĘ SZURĘ**

Była pięknym i dobrym człowiekiem, pielęgniarką z długoletnim stażem pracy.  
Będzie nam Ciebie Ewcia bardzo brakowało,  
ale zostajesz w naszej pamięci na zawsze.  
Spoczywaj w pokoju.

*Wyrazy współczucia Rodzinie składają koleżanki i koledzy z Samodzielnego Publicznego Miejsko Gminnego ZOZ Jasło.*



## Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 lipca 2021 r. do 30 września 2021 r.

### **1 lipca 2021 r.**

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Konwentu Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie w Auli w Kampusie Politechnicznym przy ul. Dmochowskiego 12.

### **6 lipca 2021 r.**

Udział Bożeny Kamińskiej przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w egzaminie z kursu

specjalistycznego w zakresie „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” organizowanym przez Stowarzyszenie „Centrum Szkolenia Zawodowego” w Gorlicach Przedstawicielstwo w Jasle. Egzamin odbył się w siedzibie Stowarzyszenia w Jasle.

### **Posiedzenie Komisji do spraw kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie.**

### **27 lipca 2021 r.**

#### **Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Na posiedzeniu podjęto 56 uchwał, m. in. w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych nie będących członkami OIPiP w Krośnie, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, przyznania

jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wydania nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat oraz wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

#### **Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego**

Łącznie przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 24 osób na łączną kwotę w wysokości 12.916,00 zł (słownie: dwanaście tysięcy dziewięćset sześćdziesiąt złotych).

#### **Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej**

Łącznie przyznano 18 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 13.000,00 zł (słownie: trzynaście tysięcy złotych), w tym:

1) z powodu długotrwałej choroby oraz zgonu dla 15 osób na łączną kwotę w wysokości 11.000,00 zł (słownie: jedenaście tysięcy złotych),

2) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z izolacją i leczeniem w warunkach domowych bez potrzeby hospitalizacji dla 2 osób na kwotę w wysokości 1.000,00 zł (słownie: jeden tysiąc złotych),

3) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z hospitalizacją dla 1 osoby na kwotę w wysokości 1.000,00 zł (słownie: jeden tysiąc złotych).

Ponadto na posiedzeniu Prezydium ORPiP przyznano bezzwrotną zapomo-

gę finansową dla 1 pielęgniarki nie będącej członkiem OIPIP w Krośnie na łączną kwotę w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych).

#### **17 sierpnia 2021 r.**

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu on-line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

#### **24 sierpnia 2021 r.**

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Na posiedzeniu podjęto 18 uchwał, m. in. w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych nie będących członkami OIPIP w Krośnie, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie (zgodnie z art. 36a), stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki/pielęgniarsza z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat oraz pokrycia kosztów związanych z protestem pracowników ochrony zdrowia.

#### **Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego**

Łącznie przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 33 osób na łączną kwotę w wysokości 14.020,00 zł (słownie: czternaście tysięcy dwadzieścia złotych).

#### **Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej**

Łącznie przyznano 7 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 3.450,00 zł (słownie: trzy tysiące czterysta pięćdziesiąt złotych), w tym:

1) z powodu długotrwałej choroby dla 6 osób na łączną kwotę w wysokości 2.950,00 zł (słownie: dwa tysiące dziewięćset pięćdziesiąt złotych),

2) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z izolacją i leczeniem w warunkach domowych bez potrzeby hospitalizacji dla 1 osoby na kwotę w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych),

Ponadto na posiedzeniu Prezydium ORPiP przyznano bezzwrotne zapomogi finansowe dla:

- 2 pielęgniarek członków OIPIP w Krośnie z tytułu zdarzenia losowego na łączną kwotę w wysokości 2.000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych),

- 1 pielęgniarki nie będącej członkiem OIPIP w Krośnie na łączną kwotę w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych).

#### **31 sierpnia 2021 r.**

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu on-line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

#### **11 września 2021 r.**

Udział członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w Wielkim Proteście pracowników ochrony zdrowia w Warszawie.

#### **20 września 2021 r.**

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu on-line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

#### **22-23 września 2021 r.**

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

**28 września 2021 r.**  
**Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Na posiedzeniu podjęto 28 uchwał, m. in. w sprawie przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych nie będących członkami OIPiP w Krośnie, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów

prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, wyrażenia zgody na wypowiedzenie warunków pracy i płacy członkowi Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych zgodnie ze złożonym wnioskiem przez pracodawcę, przyznania bezzwrotnej zapomogi finansowej dla pielęgniarki oraz wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w skład Komisji Egzaminacyjnej.

**Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego**

Łącznie przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 13 osób na łączną kwotę w wysokości 7.762,00 zł (słownie: siedem tysięcy siedemset sześćdziesiąt dwa złote).

**Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej**

Łącznie przyznano 14 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę

10.800,00 zł (słownie: dziesięć tysięcy osiemset złotych), w tym:

- 1) z powodu długotrwałej choroby oraz zgonu dla 12 osób na łączną kwotę w wysokości 9.800,00 zł (słownie: dziewięć tysięcy osiemset złotych),
- 2) z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę Covid-19 w związku z izolacją i leczeniem w warunkach domowych bez potrzeby hospitalizacji dla 2 osób na kwotę w wysokości 1.000,00 zł (słownie: jeden tysiąc złotych).

Ponadto na posiedzeniu ORPiP przyznano bezzwrotne zapomogi finansowe dla:

- 1 pielęgniarki członka OIPiP w Krośnie na kwotę w wysokości 1.500,00 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych),
- 3 pielęgniarek nie będących członkami OIPiP w Krośnie na łączną kwotę w wysokości 2.000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych).

## Marysiu!

*Wiek emerytalny po to jest Ci dany  
byś realizowała wszystkie swoje plany!  
Wykorzystaj każdą chwilę  
ją spędzaj zawsze mile!!!*

Droga Marysiu, w związku z Twoim odejściem na emeryturę składamy Ci serdeczne podziękowanie za wiele lat wspólnej pracy na Oddziale Pediatrycznym. Dziękujemy za nieoceniony wkład w rozwój Oddziału, za wspólne rozwiązywanie problemów, za radości i smutki. Dziękujemy za pracowitość, wytrwałość, cierpliwość, zaangażowanie i empatię, a także profesjonalizm i chęć dzielenia się wiedzą oraz doświadczeniem zawodowym i życiowym. Życzymy Ci wielu jeszcze dobrych chwil oraz wszelkiej pomyślności i satysfakcji w życiu osobistym.

*Koleżanki z Oddziału Dziecięcego  
W. Sz. P. im. Jana Pawła II w Krośnie*

*„Życie jest tak dobre,  
jak dobrym pozwalasz mu być”*

**W związku z przejściem na emeryturę  
naszej koleżanki**

### **KATARZYNY NIEPOŁOMSKIEJ pielęgniarki Oddziału Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Lesku.**

Składamy Jej serdeczne podziękowania za pracę wykonywaną z zaangażowaniem i empatią, za oddanie, życzliwość oraz za wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.

*Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarki,  
Pielęgniarze i Położne SP ZOZ w Lesku*

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60  
www.oipip.krosno.pl, e-mail: biuro@oipip.krosno.pl  
REDAKCJA: Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska,  
Bożena Pacek, Katarzynę Kopiczak, Justyna Tryniecka  
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60  
PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Studio Pro  
DRUK: Chroma. Korekta redakcji.  
Nakład egz. 500, numer oddano do druku 20 X 2021 roku.