

# FORUM

## ZAWODOWE 1(112)2018



**CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE**  
**ISSN 1213-2046**

## W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 5** Spotkanie z Ministerstwem Zdrowia w sprawie strategii pielęgniarstwa i położnictwa
- 6** Posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia
- 7** Posiedzenie Podkomisji stałej ds. organizacji ochrony i innowacyjności w medycynie
- 8** Profesor Łukasz Szumowski Ministrem Zdrowia
- 9** Komunikat prasowy ze spotkania przedstawicieli pielęgniarzek i położnych z Ministrem Zdrowia
- 10** Nowe normy zatrudnienia powinny trafić do rozporządzenia koszykowego
- 15** Spotkanie robocze Przedstawicieli Pielęgniarek i Położnych z Ministrem Zdrowia w sprawie strategii
- 18** Zinbryta (daklizumab): ograniczenie stosowania w związku z ryzykiem piorunującej niewydolności wątroby
- 17** Nowy skład Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych
- 19** Komunikat
- 22** Nasze życie jest w ich rękach. Ich życiem nikt się nie przejmuje.
- 25** Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentką po zabiegu operacyjnym – embolizacji tętniaka mózgu
- 29** Pytania i odpowiedzi
- 32** Obowiązkowa składka członkowska - 2018 rok
- 32** Opłata za wpis do rejestru działalności leczniczej – 2018 rok
- 33** Znamy termin beatyfikacji pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej
- 35** Serdeczne gratulacje !!!

### 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,  
e-mail: oipip@interia.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 podyplomowych** prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

## NASZA ZIMA BIAŁA

*Nasza zima biała  
Chustą się odziała.  
Idzie, idzie do nas w gości  
W srebrnych blaskach cała!  
Włożyła na czoło  
Księżycowe koło,  
Lecą z płaszcza gwiazdy złote,  
Gdy potrząśnie połą.  
Z lodu berło trzyma,  
Tchu ni głosu nie ma.  
Idzie, idzie, smutna, cicha,  
Ta królowa zima!  
Idzie martwą nogą  
Wyiskrzoną drogą,  
Postanąły rzeki modre,  
Do morza nie mogą.  
Gdzie stąpi, gdzie stanie,  
Słysząc narzekanie:  
- Oj, biedne my kwiaty, trawy,  
Co się z nami stanie! –  
Przed nią tuman leci,  
Straszy małe dzieci...  
A my dalej do komina:  
- Nie puścim waszeci!*

Maria Konopnicka



# Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

## Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Z Nowym Rokiem, nowym krokiem. Tak brzmią słowa, które chociażby raz w życiu wypowiadamy głośno, albo przynajmniej o nich myślimy. Początek roku to czas na zmiany, czy podejmowanie nowych przedsięwzięć. W Nowy Rok wkraczamy niestety z wieloma problemami, które od jakiegoś czasu, a może nawet od wielu lat, nurtują nasze środowisko.

Bardzo ważną kwestią są chociażby normy zatrudnienia. Zapisy koszykowe – gdzie nie ustajemy w żądaniach określania jednoznacznych wskaźników. Nie ukrywamy, że przyjęta przez Ministerstwo Zdrowia „Strategia na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” i zaproponowane w niej kierunki działań powinna jak najszybciej i w jak najszerszym zakresie zostać wdrażana do systemu opieki zdrowotnej.

Gdziekolwiek jesteśmy, w dalszym ciągu podkreślamy, że obecna sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Coraz mniejsze zainteresowanie młodzieży studiami na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, czy uszczuplająca się kadra na dyżurach, niesie ze sobą ogromne ryzyko zagrożenia zdrowia i życia nie tylko pacjentów, ale i nas samych. Warto zaznaczyć, że liczba pielęgniarek przypadających obecnie na 1000 pacjentów jest w Polsce najniższa wśród krajów Unii Europejskiej, a średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 51 lat. Jedynie natychmiastowe działania ze strony Ministerstwa Zdrowia przy wsparciu merytorycznym środowiska mogą tę sytuację poprawić. Więcej informacji znajdziecie Państwo w dalszej części Biuletynu.

Duże nadzieje wiążemy także z nowo powołanym Ministrem Zdrowia – Panem Łukaszem Szumowskim, który w czasie spotkania w dniu 26 stycznia br. m. in. z Panią Krystyną Ptok - Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych i Pa-

nią Zofią Małas – Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stwierdził, że sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie to obecnie najbardziej paląca kwestia w polskiej ochronie zdrowia. Prace muszą znacząco przyspieszyć, a w niektórych obszarach efekty powinny być widoczne jeszcze w tym roku, jak chociażby w zakresie zabezpieczenia pacjenta przez kadrę pielęgniarską i położniczą. Ważne jest przyjęcie takich rozwiązań, które umożliwią zwiększenie liczby szkół wyższych pozwalających kształcić w zawodzie, przez co poprawi się ich dostępność na terenie poszczególnych województw. Zdaniem Ministra, dodatkowo powinny pojawić się konkretne propozycje skłaniające absolwentów do podjęcia pracy w zawodzie natychmiast po zakończeniu kształcenia. Liczymy na konkretne działania ze strony Ministerstwa Zdrowia, oczywiście uprzednio skonsultowane ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych.

W treści tego Biuletynu znajdziecie Państwo także korespondencję NRPiP kierowaną do realizatorów serialu „Barwy szczęścia” dotyczącą między innymi negatywnego ukazania zawodu pielęgniarki pracującej w gabinecie szczepień. Nie możemy pozwolić na tak niekorzystne przedstawienie zawodu pielęgniarki, gdzie przy ogromnych brakach kadrowych tak bardzo potrzebna jest promocja naszego zawodu.

W bieżącym numerze Biuletynu znajdziecie też Państwo informacje o terminie beatyfikacji pielęgniarki – Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie organizuje wyjazd autokarem do Sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Łagiewnikach na tę uroczystość. Oczywiście liczba miejsc jest ograniczona, a decyduje kolejność zgłoszeń.

Pozytywną zmianą wprowadzoną z początkiem roku 2018, jest dla naszego samorządu zawodowego przyznanie nowe-



go świadczenia pieniężnego. W grudniu 2017 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zdecydowała, że pielęgniarki i położne, będące członkami OIPiP w Krośnie mogą otrzymać jednorazowe świadczenie w wysokości 500,00 zł w związku z przejściem na emeryturę. W celu dopełnienia formalności muszą złożyć odpowiedni wniosek o przyznanie świadczenia wraz z decyzją organu rentowego (ZUS) o przyznaniu emerytury. Więcej informacji w tej sprawie w dalszej części Biuletynu.

Już teraz zapraszamy Państwa także na jednodniową konferencję naukowo – szkoleniową, która odbędzie się w Krośnie w dniu 24 maja 2018 r. na temat „Postępowanie z raną przewlekłą”. W konferencji tej będą brać udział eksperci bazujący na wytycznych i zaleceniach Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Serdecznie zapraszamy wszystkie zainteresowane osoby, które w swojej codziennej pracy zajmują się leczeniem i pielęgnacją ran, ponieważ odpowiednia wiedza merytoryczna, znajomość dostępnych i nowoczesnych opatrunków podwyższa nasze kwalifikacje i pozwala rozszerzyć dotychczasową wiedzę.

Zapraszamy też Koleżanki i Kolegów do współpracy przy tworzeniu naszego Biuletynu. Zgłaszajcie swoje spostrzeżenia, propozycje, którymi warto a może nawet trzeba podzielić się z innymi.

*Serdecznie pozdrawiam,*

*Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Renata Michalska*

# Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 grudnia 2017 r. do 31 stycznia 2018 r.

## 1 grudnia 2017 r.

Udział członka OIPiP Pani Ewy Cipora w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Leczenie ran” dla pielęgniarek oraz kursie specjalistycznym w zakresie „Leczenie ran” dla położnych organizowanym przez Interrete Sp. z o. o. we Wrocławiu. Egzaminy odbyły się w SPZOZ Ustrzykach Dolnych.

Udział członka ORPiP Pani Bożeny Kamińskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne” organizowanym przez Stowarzyszenie „Centrum Szkolenia Zawodowego” w Gorlicach Przedstawicielstwo w Jasle. Egzamin odbył się w siedzibie Stowarzyszenia w Jasle.

## 5 grudnia 2017 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Posiedzenie Zespołu pielęgniarek epidemiologicznych.

## 6 grudnia 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej w spotkaniu opłatkowym w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie.

## 9 grudnia 2017 r.

Udział członka OIPiP Pani Anny Dąbrowskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” organizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie. Egzamin odbył się w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie.

## 11 grudnia 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Skarbnika ORPiP Pani Bożeny Jastrzębskiej i członka ORPiP Pani Beaty Barańskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Leczenia Uzależnień od Alkoholu,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku.

## 13–14 grudnia 2017 r.

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

## 18 grudnia 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Wiceprzewodniczącej ORPiP Pani Krystyny Krygowskiej i Sekretarza Pani Ewy Czupskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych z Pododdziałem Geriatrii,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodków,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Opieki Paliatywnej,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Otolaryngologii i Otolaryngologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

## 19 grudnia 2017 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 28 Uchwał. Były to uchwały w sprawie: wydania nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie (dotyczy osób, które posiadają prawo wykonywania za-

wodu wydane na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów tj., przed dniem 3 listopada 1999 r.), wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej z powodu śmierci, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, zmiany uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 16 czerwca 2016 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania bezzwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych”, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie do składu Komisji Egzaminacyjnej, uchwalenia projektu prowdorium budżetowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na I kwartał 2018 roku, prenumeraty czasopism na rok 2018, przedłużenia abonamentu Lex Ochrona Zdrowia, zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”, zwołania XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyznania rekompensaty pieniężnej za pracę w organach Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyznania nagród pieniężnych pracownikom Biura OIPiP w Krośnie, wyrażenia zgody na zmianę wynagrodzenia osobom zatrudnionym na podstawie umów cywilnoprawnych, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Posiedzenie Komisji Finansowo- Socjalnej. Przyznano 17 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego - 82 osoby otrzymały dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

### **20 grudnia 2017 r.**

Udział Przewodniczącej ORPiP Pani Renaty Michalskiej, Sekretarza ORPiP Pani Ewy Czupskiej i członka ORPiP Pani Beaty Barańskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno – Położniczego,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć Planowych

Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

### **22 grudnia 2017 r.**

Udział członka ORPiP Pani Haliny Paławskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacja krą-

żeniowo–oddechowa” dla pielęgniarek i położnych organizowanym przez Interrete Sp. z o. o. we Wrocławiu. Egzamin odbył się w SPZOZ Ustrzykach Dolnych.

### **19 stycznia 2018 r.**

Posiedzenie Zespołu ds. oceny minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

### **23 stycznia 2018 r.**

Udział Przewodniczącej Pani Renaty Michalskiej w szkoleniu nt. „Zasady przyjmowania realizacji, dokumentowania zleceń lekarskich oraz samodzielnego wydawania recept przez pielęgniarki i położne” organizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

### **23–24 stycznia 2018 r.**

Udział Wiceprzewodniczącej Pani Krysztyny Krygowskiej w spotkaniu położnych „Położna w systemie ochrony zdrowia” w Warszawie organizowanym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

### **25 stycznia 2018 r.**

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniu podjęto 14 Uchwał. Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla

pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wydania opinii dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek 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, wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

Posiedzenie Komisji Finansowo- Socjalnej. Przyznano 14 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego – 18 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Posiedzenie Komisji ds. położnych.

## **Spotkanie z Ministerstwem Zdrowia w sprawie strategii pielęgniarstwa i położnictwa**

W dniu 13 grudnia 2017 r. posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych odwiedziła wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko w celu przedstawienia szerszemu audytorium głównych kwestii zawartych w opracowywanej przez Departament Pielęgniarek i Położnych strategii dla pielęgniarstwa i położnictwa. Podczas ożywionej dyskusji padło wiele pytań odnośnie szczegółów strategii. W posiedzeniu udział wzięła także Pani Beata Cholewka, dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych. Strategia zakłada zmiany w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego poprzez

wprowadzenie kształcenia modułowego oraz wprowadzenie treści teoretycznych w postaci e-learningowej. Projekt ma na celu również wprowadzenie zawodu pomocniczego, jakim jest funkcjonujący już na rynku opiekun medyczny, który ma wykonywać proste czynności opiekuńczo-higieniczne. Na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do strategii został włączony opracowany przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych dokument pt. „Analiza liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych nabywających uprawnienia emerytalne oraz wchodzących do zawodu w latach

2018 – 2033”. Ponadto poruszona została kwestia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które zostały określone w tzw. rozporządzeniach koszykowych, co jest bardzo ważnym punktem w strategii. Prace nad strategią miały zakończyć się w grudniu, jednak Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na etapie końcowych prac wносиła swoje uwagi i wciąż trwają dalsze dyskusje mające na celu udoskonalenie treści, która ma być obowiązującą normą działania w środowisku medycznym na przyszłe lata.

*Źródło: NIPiP*

# Posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia

## Notatka z posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia

W dniu 3 stycznia 2018 roku odbyło się posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia poświęcone przekazaniu informacji przez Ministra Zdrowia w sprawie sytuacji związanej z wypowiedzeniami przez lekarzy rezydentów i innych klauzuli opt-out. Posiedzenie otworzył przewodniczący Komisji B. Arłukowicz, który na wstępie starał się przedstawić sytuację polskich szpitali na terenie poszczególnych województw, zwracając uwagę na problem z ograniczonym dostępem pacjentów do świadczeń zdrowotnych. B. Arłukowicz zadał wiele pytań Ministrowi Zdrowia, które dotyczyły m.in. działań i aktywności Ministra Zdrowia w związku z zaistniałą sytuacją. Przewodniczący Komisji oczekiwał odpowiedzi na temat liczby spotkań z protestującymi lekarzami rezydentami, liczby przeprowadzonych przez NFZ kontroli, liczby spotkań z wojewodami i jakie działania zostały przez nich podjęte, czy odbyły się spotkania z dyrektorami szpitali, w których są problemy kadrowe, czy uruchomione zostały infolinie dla pacjentów, aby uzyskać pomoc w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Minister Zdrowia K. Radziwiłł jednoznacznie podkreślił, że nie ma sytuacji krytycznej ani kryzysowej jak to przedstawiają media, natomiast wszyscy mają dostęp do opieki, tym bardziej, że sytuacja jest pod kontrolą Ministra Zdrowia, ponadto prowadzony jest stały monitoring przez oddziały wojewódzkie NFZ. W ocenie Ministra Zdrowia obecna sytuacja nie stanowi zagrożenia dla pacjentów, natomiast uchwalona nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotycząca wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB w 2025 r. w ocenie Ministra Zdrowia jest rewolucyjna i przekazuje olbrzymie środki. Ponadto Minister Zdrowia przedstawił dane, z których wynika, że klauzulę opt-out wypowiedziało 3546 lekarzy, w tym 1899 to lekarze rezydenci, 1657 to inni lekarze, w Polsce pracu-

je ok 80 tys. lekarzy, w tym 18 tys. lekarzy rezydentów. Minister Zdrowia poinformował także, że lekarze rezydenci otrzymali podwyżki w przedziale od 400 do 1600 zł miesięcznie, natomiast od 1 stycznia wzrosły o minimum średnio 500 – 1700 zł. Najniższe wynagrodzenie rezydentów to od 3675 – 4875, czyli średnio o 500 albo 1700 zł wyższe niż rok temu przy dodatkowym płaceniu za dyżury i inne. K. Radziwiłł odniósł się również do postulatów niefinansowych, jakie zgłaszali lekarze rezydenci; dotyczyły one likwidacji kolejek i informatyzacji w ochronie zdrowia, gdzie Minister podkreślał, że będzie ona przełomowa i będą uruchomione środki z UE (na budowę platformy P1). Ponadto stopniowo Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania, aby opracować standardy organizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny. Jednocześnie zwrócił uwagę, że w wielu polskich szpitalach obsady dyżurowe są znacznie liczniejsze niż w szpitalach w Europie i niekoniecznie efektywnie wykorzystane.

W odniesieniu do wyjaśnień i informacji przedstawionych przez Ministra Zdrowia posłowie, zadając pytania, chcieli otrzymać informację: czy trwają prace nad projektem rozporządzenia, który będzie umożliwiał pracę lekarzom z zagranicy, w tym z Ukrainy; czy są konkretne rozwiązania Ministerstwa Zdrowia, w jaki sposób zapobiec eskalacji zjawiska zamykania oddziałów; w jaki sposób będą funkcjonowały szpitale w sieci w aspekcie wymogów NFZ podczas kontraktowania świadczeń, uwzględniając sytuację braków kadrowych lekarzy. Padła sugestia, aby w związku z rozwojem gospodarczym Polski, uszczelnieniem VAT, a tym samym zwiększonymi dochodami państwa, w budżecie na rok 2018 przesunąć większe środki na ochronę zdrowia w Polsce i uznać ją jako priorytet w finansowaniu. Pojawił się też pomysł oddzielenia pracy na stanowisku or-

dynatora od praktyki prywatnej. Przedstawiciele strony społecznej poruszali kwestię nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i braku lekarzy do pracy na SOR i IP.

Przedstawiciel lekarzy rezydentów z Porozumienia rezydentów M. Sobotka podkreślał, że nie jest to protest, tylko akcja wypowiedzenia klauzuli opt-out, która jest konsekwencją protestu głodowego. W ocenie środowiska lekarzy projekty rozporządzeń, jakie są w trakcie opiniowania, są bardzo niebezpieczne, ponieważ zagrażają bezpieczeństwu pacjenta, natomiast jeśli nie dojdzie do porozumienia z MZ w styczniu może dojść do zamykania oddziałów, SOR i IP i innych placówek.

Przewodnicząca OZZPiP K. Ptók odniosła się do warunków pracy i płacy zawodów medycznych, w tym pielęgniarek i położnych, w aspekcie sytuacji demograficznej polskiego społeczeństwa i starzejącej się grupy zawodów medycznych, w tym pielęgniarek i położnych.

Prezes NRPiP Z. Małas zwróciła uwagę na sytuację kadr medycznych, gdzie oprócz braków lekarzy z jeszcze większymi brakami kadrowymi boryka się środowisko pielęgniarek i położnych. Posługując się najnowszymi danymi z grudnia 2017 roku Z. Małas wskazała na brak zastępowalności pokoleniowej w grupie pielęgniarek i położnych i stwierdziła, że pielęgniarka unijna opiekuje się średnio 5-7 pacjentami, natomiast w Polsce ma pod opieką kilkunastu a nawet kilkudziesięciu pacjentów na dyżurze. Aby osiągnąć średnio-unijny wskaźnik 9,4 pielęgniarek na 1000 mieszkańców (w Polsce 5,2) powinno rokrocznie wchodzić do zawodu blisko 15 tys. absolwentów, a nie jak obecnie – niespełna 3 tys. Pomysł Ministra Zdrowia, który szuka rozwiązań patowej sytuacji środowiska lekarskiego, proponując zmiany w aktach prawnych, które w ocenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych mogą spowodować

wać nałożenie dodatkowych zadań na pielęgniarki i położne i tak już bardzo przeciążone pracą.

Minister Zdrowia odnosząc się do pytań i wątpliwości posłów i strony społecznej potwierdził, że jest rozważany pomysł, aby sprowadzać personel medyczny, w tym lekarzy, którzy wykonywaliby zawód w oparciu o ograniczone prawo wykonywania zawodu, natomiast nadzór i odpowiedzialność na terenie podmiotu leczniczego miałyby ponosić dyrektor. Ponadto podkreślił, że w większości krajów UE i nie tylko szeroko pojętą opiekę nad pacjentami sprawują osoby a nie konkretnie lekarze i system dobrze funkcjonuje. Padła również propozycja rozwiązania problemów kadrowych w postaci np. dyżurów lekarskich pod telefonem, o których decydowałby dyrektor wyposażony w większą swobodę i możliwości organizacyjne.

Z informacji uzyskanych od Ministra Radziwiła zwiększono limit o 1500



miejsc dla kandydatów na wydziałach lekarskich w kształceniu przed dyplomowym, natomiast na wydziałach pielęgniarstwa o 1000. Z kolei liczba rezydentur w stosunku do 2014 roku wzrosła dwukrotnie.

Posiedzenie Komisji Zdrowia zakończyło się głosowaniem nad podjęciem

dezyderaty, która przygotowana była przez Przewodniczącego B. Arłukowicza a druga przez Wiceprzewodniczącego T. Latosa. W wyniku głosowania przyjęta została dezyderata T. Latosa.

*Notatkę sporządziła  
Mariola Łodzińska - Wiceprezes NRPiP*

## Posiedzenie Podkomisji stałej ds. organizacji ochrony i innowacyjności w medycynie

Notatka z posiedzenia Podkomisji stałej ds. organizacji ochrony i innowacyjności w medycynie

W dniu 9 stycznia 2018 roku odbyło się posiedzenie Podkomisji stałej ds. organizacji ochrony i innowacyjności w medycynie. NRPiP reprezentowała Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska. Posiedzenie podkomisji prowadził Pan Tomasz Latos.

Tematem posiedzenia było rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat telemedycyny i możliwości rozwoju polskiej medycyny. Informację w powyższej sprawie przedstawił Pan Marek Tombarkiewicz Wiceminister Zdrowia. Rozwój telemedycyny został wpisany do „Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do 2020 r. (z perspektywą do 2030 r.)” Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa również przewiduje rozwój telemedycyny poprzez działania mające na celu wsparcie two-

rzenia możliwości telekonsultacji i telermonitoringu między pracownikami medycznymi w ramach wymiany dokumentacji medycznej, jak również wspólnego przeglądania dokumentacji w trakcie prowadzonej konsultacji. Dodatkowo na mocy porozumienia Minister Cyfryzacji oraz Minister Zdrowia zawarli porozumienie gdzie powołano Program e-Zdrowia na lata 2018 – 2022. Zmiany w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz innych ustaw dotyczyły:

- Zniesienia wymogu osobistego badania pacjenta przez lekarza
- Zniesienia obowiązku spełniania technicznych wymagań dotyczących pomieszczeń w podmiotach leczniczych wprowadzając jednocześnie możliwość odrębnego określania wy-

magań dla świadczeniodawców telemedycznych

- Zmiany definicji miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych na miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń
- Wprowadzenia ogólnych przepisów umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych czy prowadzenia działalności leczniczej w przypadku promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych
- Wprowadzenia przepisów umożliwiających wykonywanie zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności



W ocenie Ministra istnieje społeczne oczekiwanie poprawy dostępności do usług medycznych, wygody ich użycia natomiast aż 72,7% ankietowanych w grupie 50 plus chciałoby otrzymywać zwolnienie lekarskie lub e-receptę drogą elektroniczną.

Według Ministerstwa Zdrowia korzyści dotyczą zwiększenia dostępno-

ści do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zniesienia barier terytorialnych, zwiększenie komfortu pracy personelu medycznego z możliwością wykorzystania wiedzy specjalistów, redukcja kosztów, wzrost poczucia bezpieczeństwa pacjentów. Ministerstwo Zdrowia zamierza podjąć działania wspierające i upowszechniające stosowanie rozwiązań

telemedycznych i podjęcie działań wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych odrębnych produktów telemedycznych, pilotażu oraz dokonania analizy przepisów prawnych stanowiących barierę dla rozwoju telemedycyny.

*Notatkę sporządziła  
Mariola Łodzińska - Wiceprezes NRPiP*

## Profesor Łukasz Szumowski Ministrem Zdrowia

W dniu 9 stycznia 2018 r. po godzinie 12:00 podczas uroczystości dokonania zmian w składzie Rady Ministrów został powołany nowy Minister Zdrowia – Łukasz Szumowski, kardiolog i profesor nauk medycznych.

Profesor Szumowski, wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego, zastąpił Konstantego Radziwiłła, dotychczasowego szefa w Ministerstwie Zdrowia. Nowy Minister Zdrowia został powołany przez prezydenta Andrzeja Dudę, który dokonał rekonstrukcji rządu na wniosek premiera Mateusza Morawieckiego.

*Źródło: NIPiP*





# Komunikat prasowy ze spotkania przedstawicieli pielęgniarek i położnych z Ministrem Zdrowia

w dniu 17.01.2018 r.



Dnia 17 stycznia 2018 r. o godzinie 15.00 w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie odbyło się spotkanie nowego Ministra Zdrowia prof. Łukasza Szumowskiego z przedstawicielami naszej grupy zawodowej. W spotkaniu uczestniczyli ze strony OZZPiP: Przewodnicząca OZZPiP – Pani Krystyna Ptok wraz z Członkami Prezydium Związku oraz ze strony NRPiP – Pani Zofia Małas wraz z Członkami Prezydium Rady. Stronę Ministerstwa Zdrowia re-

prezentowali Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski, Pani Wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko oraz Pan Jakub Banaszek. Spotkanie odbyło się z inicjatywy Ministra Zdrowia i środowisko doceniło fakt, że pierwsze kroki Minister skierował właśnie do nas. Ze względu na ograniczony czas ustalono, iż strony skoncentrują się tylko na przekazaniu najistotniejszych problemów. Na początek podniesiona została kwestia drastycznego braku pielęgniarek w systemie (największe braki w tej grupie zawo-

dej ze wszystkich grup medycznych). Na potwierdzenie Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przedstawiła statystyki i analizę braków kadrowych oraz niepokojące prognozy. Zgodzono się, że sytuacja jest bardzo trudna i wymagająca natychmiastowych działań. Przewodnicząca OZZPiP potwierdziła informację o brakach personelu poprzez przykłady, zgłaszane do Zarządu Związku, które wskazują na duże przeciążenie zatrudnionych pielęgniarek i położnych pracą, co w połączeniu z olbrzymią odpowiedzialnością za życie i zdrowie stanowi zagrożenie nie tylko dla nich samych, ale przede wszystkim dla pacjentów pozostających pod ich opieką. Zgodzono się co do konieczności pilnego odbudowania kadr. Przewodnicząca OZZPiP podkreśliła, że podstawowym mechanizmem naprawy sytuacji jest polepszenie warunków pracy poprzez wpisanie liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych do systemu świadczeń gwarantowanych, a także zagwarantowanie wynagrodzeń na poziomie co najmniej 1,5 średniej krajowej. Podkreślono, że rozporządzenie „zembalowe” stało się magnesem przyciągającym do zawodu. Niestety, jeden zapis w Ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, proces ten przerwał. Minister w trakcie dyskusji włączał się w rozmowę rozumiejąc zgłaszane problemy. W związku z opublikowaniem przez Ministerstwo Zdrowia Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, przedstawiciele środowiska wnioskowali o cykliczne spotkania w celu szybszego wdrożenia w życie jej zapisów.

*Na tym spotkanie zakończono.  
Źródło: NIPiP*



# Nowe normy zatrudnienia powinny trafić do rozporządzenia koszykowego

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oczekuje od nowego ministra zdrowia rzeczywistego i konstruktywnego dialogu i wdrażania przede wszystkim tych postulatów, które są już możliwe do zrealizowania. Najważniejszy dotyczy nowych norm zatrudnienia pielęgniarek.

Samorząd zaproponował wskaźniki, według których powinna być wyliczana liczba pielęgniarek. Na oddziałach zachowawczych wskaźnik taki powinien wynosić 0,6; na zabiegowych - 0,7; a na dziecięcych - 0,8 (wskaźnik jest mnożony przez liczbę łóżek).

Przedstawicielki samorządu pielęgniarek i położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych spotkały się z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim w środę 17 stycznia 2018.

- Było to nasze pierwsze spotkanie z ministrem. Przedstawiliśmy najważniejsze problemy, związane z rażącym brakiem kadry, brakiem personelu pomocniczego i starzeniem się pielęgniarek (średnia wieku to obecnie 51 lat), mówiliśmy o opracowanej strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa, która zawiera nasze najważniejsze postulaty – mówi Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która brała udział w spotkaniu.

Minister Szumowski przyznał, że zna problemy z brakiem kadry pielęgniarskiej, które są nawet większe niż problemy z kadrą lekarską, i przyznał, że zdaje się, iż nowo wyposażone oddziały nie funkcjonują właśnie z tego powodu.

Według przedstawicielek samorządu ważne jest także zachęcanie pielęgniarek kończących szkoły do podejmowania pracy w zawodzie, gdyż wiele z nich, z powodu niskich zarobków, odchodzi do innych branż, na przykład do kosmetologii.

- Minister powiedział, że postara się załatwić najbardziej palące problemy, także te związane z płacami, zadeklarował, że jest gotowy do rozmów z naszym środowiskiem - mówi Zofia Małas.

Samorząd pielęgniarski oczekuje od Łukasza Szumowskiego przede wszystkim wpisania do rozporządzenia „ko-

szykowego” zmiany sposobu wyliczania minimalnych norm zatrudnienia, które mają zastąpić skomplikowany wzór zawarty w rozporządzeniu z roku 2012.

- Chciałybyśmy, aby decyzja w tej sprawie została podjęta w miarę szybko i aby te zmiany, które można już wdrożyć, były na bieżąco wprowadzane, aby nie były odkładane – dodaje Zofia Małas, która wyraziła także nadzieję, że wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko w dalszym ciągu będzie zajmowała się sprawami pielęgniarek w resorcie zdrowia.

## ZA KILKANAŚCIE LAT PIEŁĘGNIARKAMI BĘDĄ EMERYTKI

Pielęgniarek jest za mało i za kilkanaście lat nie będzie miał kto opiekować się chorymi – wynika ze strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa, opracowanej przez zespół powołany przez ministra zdrowia. Samorząd pielęgniarski nie do końca jest usatysfakcjonowany strategią, ale podkreśla, że jest to pierwszy dokument, który powstał na ten temat, co jest cenne.

Liczba zarejestrowanych pielęgniarek w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych (CWPM) CSIOZ wynosi 283,7 tysiąca, a liczba posiadających specjalizację 31,5 tysiąca.

- Zabiegaliśmy o jego powstanie od początku siódmej kadencji samorządu, czyli od stycznia 2016 roku – mówi Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która również uczestniczyła w pracach zespołu.

Starania dotyczące opracowania raportu trwały prawie rok, w marcu 2017 odbyła się w tej sprawie debata i powołano zespół liczący 30 osób. Efektem jego prac jest liczący ponad sto stron raport, będący źródłem informacji o sytuacji kadr pielęgniarskich oraz postulaty rozwiązania najważniejszych problemów.

- Przekazywaliśmy wiele uwag do strategii, także pod koniec grudnia 2017, gdy była już gotowa. Część z nich została uwzględniona, część nie – mówi Zofia Małas.

Najważniejszą częścią strategii, według szefowej samorządu pielęgniarskiego, jest załącznik nr 9, zawierający analizę liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych nabywających uprawnienia emerytalne oraz wchodzących do zawodu w latach 2018–2033.

## CO ROKU POTRZEBA 13 TYŚIĘCY NOWYCH PIEŁĘGNIAREK

- Analiza ta oparta jest na rzetelnych danych Izby i obnaża największe niebezpieczeństwo związane z brakiem pielęgniarek – mówi Zofia Małas.

Wynika z niego, że wskaźnik pielęgniarek na tysiąc mieszkańców spada, obecnie wynosi 5,24, jeszcze niedawno wynosił – 5,4. Aby w dalszym ciągu nie spadał, co roku pracę w zawodzie powinno zaczynać 8300 pielęgniarek. Aby osiągnąć średnią unijną (9,4) do roku 2033, co jest celem strategii, co roku szkoły powinno opuszczać 13 tysięcy pielęgniarek (lub nawet 15 tysięcy, gdy weźmie się pod uwagę, że wiele z nich ma przerwy w wykonywaniu zawodu w związku z wychowywaniem dzieci). Tymczasem obecnie szkoły opuszcza niecałe 3 tysiące pielęgniarek. W związku z tym strategia postuluje zwiększenie liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, utrzymanie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych wyłącznie na poziomie szkół wyższych, podjęcie działań na rzecz zwiększenia dotacji dla uczelni publicznych z przeznaczeniem na zwiększenie liczby przyjmowanych kandydatów na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo oraz powrót do systemu określania limitów przyjęć na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo w drodze rozporządzenia ministra zdrowia wydanego we współpracy z ministrem nauki i szkolnictwa wyższego, a także poprzez prowadzenie działań wspierających uruchamianie kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo w województwach, w których niewiele uczelni prowadzi takie kształcenie. Ze strategii

wynika także, że średnia wieku pielęgniarki obecnie wynosi 51,4 lata.

- Do roku 2027-2028, gdy nic się nie zmieni w zakresie zwiększenia liczby młodych osób wchodzących do zawodu, średnia wieku pielęgniarki sięgnie 60 lat, czyli będziemy emerytkami. W sytuacji, gdy coraz więcej osób będzie potrzebowało opieki pielęgniarskiej (z powodu starzenia się społeczeństwa), już wkrótce nie będzie miał kto tej opieki udzielać – zaznacza Zofia Małas.

### WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK - DO POPRAWY

Do strategii weszły też postulaty Izby Pielęgniarek i Położnych dotyczące

wskaźnika pozwalającego ustalić liczbę zatrudnionych na oddziałach, które teraz czekają na to, aby znaleźć się w tzw. przepisach koszykowych.

Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce zakłada między innymi wprowadzenie nowego zawodu medycznego – pomocnika pielęgniarki, który miałby współuczestniczyć w bezpośredniej opiece nad pacjentem. Mówi także o działaniach na rzecz dokonania zmian legislacyjnych w zakresie formalnego uregulowania współpracy pielęgniarek i opiekunów medycznych oraz o poszerzeniu wiedzy i umiejętności zawodowych opiekuna medycznego w celu dostosowania ich do potrzeb pacjentów, między innym w zakresie psy-

chiatrui, geriatrui, pediatrii czy neurologii. Zakłada też dodanie kompetencji zawodowych opiekunowi medycznemu przy jednoczesnym wydłużeniu kształcenia w zawodzie, w celu bardziej efektywnego wykorzystania tej profesji w systemie opieki zdrowotnej.

Liczba zarejestrowanych pielęgniarek w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych (CWPM) CSIOZ wynosi 283,7 tysiąca, a liczba posiadających specjalizację 31,5 tysiąca, wykonujących zawód jest 203,3 tysiąca, a posiadających specjalizację 28,4 tysiąca.

<https://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/zofia-malas-najwazniejsze-sa-normy-zatrudnienia-pielęgniarek,118228.html>

## Spotkanie robocze Przedstawicieli Pielęgniarek i Położnych z Ministrem Zdrowia w sprawie strategii

W dniu 26 stycznia w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych odbyło się trójstronne spotkanie robocze, którego tematem przewodnim była „Strategia

na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. W spotkaniu uczestniczyli: ze strony Ministerstwa Zdrowia Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski. Ze strony OZZPiP: Przewodnicząca

– Pani Krystyna Ptok wraz z Wiceprzewodniczącymi i Rzecznikiem Związku oraz ze strony NRPiP – Pani Zofia Małas wraz z Wiceprezesem NRPiP.

W czasie spotkania ustalono, że dokument Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa wymaga natychmiastowego wdrożenia. Aktualizacja harmonogramu wdrożenia strategii, a przede wszystkim jego skrócenie znajduje akceptację ze strony Ministerstwa Zdrowia. Poruszono najbardziej palące kwestie merytoryczne, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, są to m.in.:

- Określenie właściwej liczby oraz kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń gwarantowanych – „rozporządzenia koszykowe”
- Kwestie płac – m.in. w kwestii zablokowania mechanizmów pozwalających na wykorzystywanie środków z dodatku 4x400zł do regulowania płacy minimalnej przez podmioty lecznicze
- Warunki pracy – m.in. jednoosobowe dyżury w oddziałach szpitalnych



Na zdjęciu: Przewodnicząca OZZPiP Krystyna Ptok, Minister Zdrowia Łukasz Szumowski, Prezes NRPiP Zofia Małas

■ System kształcenia – zachęty do wchodzenia i pozostania w zawodzie – w tym zwiększenie liczby uczelni oferujących studia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa oraz wypracowanie mechanizmów skłaniających absolwentów do wejścia do systemu i pozostania w kraju.

Minister Zdrowia podkreślił, że sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie to obecnie najbardziej paląca kwestia w polskiej ochronie zdrowia. Prace muszą znacząco przyspieszyć, w niektórych obszarach efekty powinny być widoczne jeszcze w tym roku, jak chociaż-

by w zakresie zabezpieczenia pacjenta przez kadrę pielęgniarstwa i położniczą oraz konkretnych rozwiązań, które umożliwią zwiększenie liczby szkół wyższych, które będą kształcić w zawodzie, co zwiększy dostępność na terenie poszczególnych województw. Dodatkowo powinny pojawić się konkretne propozycje skłaniające absolwentów do podjęcia pracy w zawodzie natychmiast po zakończeniu kształcenia.

OZZPiP oraz NRPiP podkreślają, że obecna sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Liczba pielęgniarek przypadających

na 1000 pacjentów jest u nas najniższa wśród krajów Unii Europejskiej, a średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 51 lat. Jedynie natychmiastowe działania ze strony Ministerstwa Zdrowia przy wsparciu merytorycznym środowiska opierające się o realizację dokumentu Strategii są gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa oraz dobrych warunków pracy i płacy w zawodach pielęgniarki i położnej. Efektem kolejnych spotkań Ministerstwa Zdrowia ze środowiskiem będą już konkretne rozwiązania legislacyjne.

Źródło: NIPiP



## NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.279.2.2017

Warszawa, dnia 16 października 2017 r.

#### Szanowni Państwo

Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

#### Szanowni Państwo

W załączeniu, przesyłam do wiadomości pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kierowane do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła,

w sprawie wdrożenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP, oraz odpowiedź w tej sprawie Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Beaty Cholewki.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska



## NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0025.107.2017

Warszawa, dnia 9 maja 2017r.

#### Pan Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

#### Szanowny Panie Ministrze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP do dokumentów legislacyjnych i formalnych, umożliwiając tym samym dalszy rozwój procesu cyfryzacji pielęgniarstwa w Polsce.

Wynika to z oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych dotyczących możliwości korzystania ze Słownika ICNP w elektronicznym rekordzie

pacjenta. Pozwoli na stosowanie ujednoliconej terminologii do opisu praktyki pielęgniarstwa; porównanie praktyki pielęgniarstwa w czasie, między ośrodkami klinicznymi, populacjami pacjentów, obszarami geograficznymi. Umożliwi również identyfikację wkładu pielęgniarki i położnej w pracę interdyscyplinarnego zespołu opieki zdrowotnej; a w konsekwencji ułatwi racjonalne określanie potrzeb w zakresie obsad pielęgniarek i położnych oraz będzie stanowić narzędzie oceny jakości opieki pie-

lęgniarskiej, m.in. poprzez identyfikację zdarzeń niepożądanych.

Efektywne wykorzystywanie Klasyfikacji ICNP w praktyce zawodowej pielęgniarki, położnej, a tym samym realizacji świadczeń zdrowotnych wymaga odpowiedniego jej przygotowania na etapie kształcenia przed i podyplomowego. W związku z powyższym Naczelna Rada wnioskuję również o zabezpieczenie środków na prowadzenie kształcenia przed i podyplomowego w zakresie korzystania z elektronicz-

go rekordu pacjenta przez pielęgniarki i położne.

Powyższe stanowi kontynuację Rekomendacji Nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 roku Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie.

Przedstawiony wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uwzględnia:

1) European Interoperability Framework 2.0 (Europejskie Ramy Interoperacyjności dla europejskich usług użyteczności publicznej, 16/12/2000, do komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „W kierunku interoperacyjności europejskich usług użyteczności publicznej”).

2) Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 570).

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

4) Normę EN 13606 - 4: 2009 Informatyka w ochronie zdrowia. Przesyłanie elektronicznych dokumentów zdrowotnych - część 4: Bezpieczeństwo, Dyrektywa UE (95/46/EC) dotycząca ochrony danych, Rekomendacja 97/5 Rady Europy dotycząca ochrony danych medycznych.

5) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 113 ze zm.).

6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069).

Należy podkreślić, iż wprowadzenie Klasyfikacji ICNP do elektronicznego rekordu pacjenta jest niezbędne dla:

a) kompleksowej oceny stanu pacjenta,

b) pełnej identyfikacji faktycznie zrealizowanych czynności pielęgniarzkich w ramach poszczególnych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta,

c) określenia rzeczywistych potrzeb kadrowych w zakresie obsad pielęgniarek, położnych,

d) określenia faktycznych kosztów świadczeń zdrowotnych,

e) identyfikacji zdarzeń niepożądanych w pracy pielęgniarki i położnej,

f) realizacji zapisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

*Z wyrazami szacunku*  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas

Do wiadomości:

1) Pani Agnieszka Kister

Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia

2) Pani Beata Cholewka

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

PP-WPS.0762.10.2017 IK:959299.KK/8W

Warszawa, 13.09.2017r.



Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych

### Szanowna Pani Prezes

Nawiązując do korespondencji skierowanej do Ministra Zdrowia znak: NR-PiP-NRPiP-DM-0025.107.2017 r., oraz znak: NRPiP-NRPiP-DM-0025.07.1.2017 r. w sprawie wdrożenia, Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP©) do dokumentów legislacyjnych i formalnych, umożliwiając tym samym dalszy rozwój procesu cyfryzacji pielęgniarstwa w Polsce, Departament Pielęgniarek i Położnych przedstawia poniżej następujące stanowisko w przedmiotowej sprawie.

W związku z wniesionym przez Panią Prezes do Ministra Zdrowia wnioskiem,

Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia we współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych oraz merytorycznymi komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia przeprowadził konsultacje w zakresie ewentualnej możliwości przyjęcia wypracowanych przez Radę do spraw e-zdrowia w Pielęgniarstwie Rekomendacji dot. wdrożenia ICNP do elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwie.

Na podstawie zgromadzonych informacji, Minister Zdrowia podjął decyzję, że określenie kierunków działań, w tym podjęcie ewentualnych prac nad uregulowaniem w obowiązujących przepisach prawa sposobu korzystania z Klasyfika-

cji - rekomendacji do stosowania Klasyfikacji ICNP® w dokumentacji medycznej, będzie możliwe po przeprowadzeniu Pilotażu w podmiotach leczniczych w ramach realizowanego pozakonkursowego projektu pn: „Rozwój kompetencji pielęgniarzkich” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), realizowanego przez Departament Pielęgniarek i Położnych.

Celem Pilotażu będzie m.in. stworzenie warunków w wybranych podmiotach leczniczych do praktycznego wdrożenia i wykorzystania oraz weryfikacji kodów Klasyfikacji ICNP® w dokumentowaniu czynności wykonywanych przez pielę-

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

niarki w bezpośredniej opiece nad pacjentem.

Dla potrzeb Pilotażu zostanie przygotowana aplikacja (zawierająca kody i interwencje Klasyfikacji ICNP®) do dokumentowania zdarzeń medycznych w pielęgniarstwie, wspierająca gromadzenie i dokumentowanie pracy pielęgniarskiej oraz podejmowanie decyzji w zakresie tworzenia dokumentu pod nazwą plan opieki pielęgniarskiej. Powyższa aplikacja będzie gromadziła szeroki zakres danych zarówno o samym pacjencie (podstawowe dane sprawozdawcze oraz teleadresowe a także karta wywiadu) jak również będzie uwzględniała przebieg leczenia klinicznego i dokumentowała zdarzenia medyczne w pielęgniarstwie.

Biorąc pod uwagę przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 z późn. zm.), należy wskazać, że podmioty lecznicze mogą prowadzić dokumentację medyczną w postaci papierowej i elektronicznej, zgodnie z zapisami tejże ustawy. Z uwagi na mały stopień z informatyzowania w podmiotach leczniczych, niezbędne jest podejmowanie dalszych działań ukierunkowanych na przygotowywanie się placówek ochrony zdrowia do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), w tym także w obszarze pielęgniarstwa.

Podsumowując, Departament podkreśla, że wyniki i wnioski z przeprowadzo-

nego Pilotażu zostaną zaprezentowane środowisku zawodowemu pielęgniarek i położnych, oraz posłużą Ministrowi Zdrowia do określenia dalszych kierunków działań w tym zakresie.

*Z poważaniem,  
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek  
i Położnych  
dr n. o zdr. Beata Cholewka*

### Do wiadomości:

Pani Agnieszka Kister Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.7.2018

Warszawa, dnia 3 stycznia 2018 r.

### Realizatorzy serialu „Barwy Szczęścia”

Telewizja Polska S.A.

#### Szanowni Państwo

W nawiązaniu do wyemitowanego odcinka nr 1773 serialu „Barwy Szczęścia” pragniemy zwrócić uwagę na negatywne przedstawienie zawodu pielęgniarki pracującej w gabinecie szczepień. We wspomnianym odcinku ukazano pielęgniarkę, która podaje dziecku sól fizjologiczną zamiast preparatu szczepionkowego. W dobie tak bardzo aktywnych ruchów antyszczepionkowych poruszona w serialu w taki sposób problematyka szczepień ochronnych może zadziałać negatywnie i spowodować utratę zaufania społeczeństwa do zawodu pielęgniarki, jak również niechęć do szczepienia siebie i swoich dzieci.

Media mają ogromną rolę w kształtowaniu opinii publicznej, a seriale oglądane przez miliony ludzi w dużej mierze wpływają na widzów i mogą kreować ich światopogląd. Ukazywanie zawodu pielęgniarki w negatywnym świetle przyczyni się do niekorzystnego wi-

zerunku tego zawodu w społeczeństwie. Nie możemy na to pozwolić, szczególnie w sytuacji, gdy brakuje pielęgniarek i położnych i potrzebna jest pozytywna promocja tych zawodów w celu eliminowania deficytu kadrowego. Należy też zauważyć, że zawód pielęgniarki i położnej to bardzo ciężka, niedoceniana i nisko opłacana praca wymagająca wysokich kwalifikacji. Należy więc w oczach opinii publicznej raczej podkreślać zalety, a nie błędy i nie dopuścić do piętnowania profesji. Ponadto przedstawione sceny na temat szczepień, które dla wielu są tematem kontrowersyjnym, mogą przyczynić się do dodatkowego zwiększenia i tak wysokiej już liczby przeciwników szczepień i w efekcie jeszcze bardziej zmniejszyć liczbę szczepionych dzieci. Serial nie powinien dezinformować widzów, szczególnie w sprawach tak poważnych jak zdrowie i życie dzieci, a nawet całego społeczeństwa.

Liczymy na zrozumienie wagi problemu z Państwa strony i odniesienie się

do zaistniałej sytuacji. Prosimy również o większe zaangażowanie się w tworzenie scenariusza serialu, który promowałby zawody pielęgniarki i położnej dla dobra polskiego społeczeństwa. Rola mediów jest kluczowa w kreowaniu wizerunku zawodów społecznych i nie możemy pozwolić, aby praca pielęgniarki, która jest wymagająca, była niedoceniana i negatywnie przedstawiana w świetle publicznym. Tym bardziej zależy nam na społecznym szacunku i poważaniu osób wykonujących zawody medyczne.

Jednocześnie oferujemy swoją pomoc w konsultowaniu kwestii związanych z personelem pielęgniarskim i położniczym, w celu wspólnego dbania o rzeczywisty obraz służby zdrowia w oczach opinii publicznej.

*Z wyrazami szacunku  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas*



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DM.0025.3.2018

Warszawa, dnia 3 stycznia 2018 r.

**Pan Konstanty Radziwiłł**  
Minister Zdrowia

#### Szanowny Panie Ministrze

W związku z pojawiającymi się sytuacjami niedotrzymywania terminów w zakresie opiniowania aktów prawnych jakie wpływają z Ministerstwa Zdrowia do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o interwencję w powyższej sprawie. Z przykrością informuję, że tego rodzaju sytuacje nie stanowią incydentalnych działań Ministerstwa Zdrowia w procesie legislacyjnym, w którym jednym z uczestników tego procesu jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych obowiązujący i stosowany proces legislacyjny jest daleki od obowiązujących standardów. Zbyt krótkie terminy konsultacji społecznych lub przesyłanie ich po terminie niejednokrotnie uniemożliwiają zaopiniowanie aktu prawnego i przesłanie uwag. Jako pełnoprawny uczestnik procesu legislacyjnego mamy prawo oczekiwać poważnego traktowania zgodnie z ustawowym zadaniem wypowiedzianym w sprawach szeroko pojętej ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej oraz prawo do zajmowania stanowisk w sprawach

stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia. W licznych wystąpieniach podkreślał Pan Minister wagę konsultacji społecznych jednak nie znajduje to odzwierciedlenia w stosowanych praktykach kierowanego przez Pana Ministerstwa. Prosimy zatem o zwrócenie uwagi na pojawiający się problem z przebiegiem procesu legislacyjnego w tym konsultacji społecznych z udziałem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i podjęcie odpowiednich działań.

*Z wyrazami szacunku*  
Prezes NRPiP Zofia Małas



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP- NRPiP-DM.0025.343.2017

Warszawa, dnia 29 listopada 2017 r.

**Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący**  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

#### Szanowni Państwo

W załączeniu, przesyłam do wiadomości komunikat firmy Biogen Poland Sp. z o.o., wystosowany w porozumie-

niu z Europejską Agencją Leków oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ograniczenia stosowania leku Zinbryta (daklizumab)

w związku z ryzykiem piorunującej niewydolności wątroby.

*Z wyrazami szacunku*  
Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska

## Zinbryta (daklizumab): ograniczenie stosowania w związku z ryzykiem piorunującej niewydolności wątroby

Komunikat do fachowego personelu medycznego

#### Szanowni Państwo,

Firma Biogen, w porozumieniu z Europejską Agencją Leków oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wy-

robów Medycznych i Produktów Biobójczych, chciałaby poinformować o:

#### Podsumowanie

- Leczenie daklizumabem może powodować nieprzewidywalne i potencjalnie śmiertelne autoimmunologiczne uszkodzenie wątroby.

- Produkt Zinbryta (daklizumab) powinien być stosowany wyłącznie w leczeniu nawracającej formy stwardnienia rozsianego (RSM) u dorosłych pacjentów, u których nie wystąpiła wystarczająca odpowiedź na co najmniej dwa rodzaje leczenia modyfikującego przebieg choroby (DMT, ang. disease modifying therapy) i u których zastosowanie jakiegokolwiek innego leczenia DMT jest przeciwwskazane lub z innego powodu niewłaściwe.
- Należy monitorować aktywność aminotransferaz w surowicy oraz stężenie bilirubiny całkowitej, w jak najkrótszym czasie przed podaniem dawki i w okresie do 6 miesięcy od podania ostatniej dawki daklizumabu.
- U pacjentów, u których aktywność AIAT lub AspAT przekracza górną granicę normy (GGN) > 3-krotnie, zaleca się przerwanie leczenia, niezależnie od stężenia bilirubiny.
- Należy poinformować pacjentów o ryzyku uszkodzenia wątroby oraz potrzebie okresowego kontrolowania stanu wątroby. Przed rozpoczęciem leczenia należy poinformować pacjentów o objawach podmiotowych i przedmiotowych sugerujących zaburzenia czynność wątroby.
- Wszystkim pacjentom należy przedstawić Formularz potwierdzenia zapoznania się z informacjami, włączając w to pacjentów przyjmujących lek obecnie.

### **Podstawa obawy dotyczącej bezpieczeństwa**

Zgłoszono kilka przypadków ciężkiego uszkodzenia wątroby, w tym autoimmunologicznego zapalenia wątroby oraz piorunującego uszkodzenia wątroby, niezależnie od przestrzegania zalecanych środków mających na celu minimalizację ryzyka, w tym comiesięcznego badania czynności wątroby. W badaniach klinicznych ciężkie reakcje, w tym autoimmunologiczne zapalenie wątroby, zapalenie wątroby i żółtaczkę, obserwowano u 1,7% pacjentów. Ocena przeprowadzona przez Europejską Agencję Leków doprowadziła do wniosku, że leczenie daklizumabem jest związane z ryzykiem rozwoju nieprze-

widywalnego i potencjalnie śmiertelnego autoimmunologicznego uszkodzenia wątroby. To ryzyko występuje w czasie leczenia i do sześciu miesięcy od podania ostatniej dawki daklizumabu.

Lekarze powinni bezzwłocznie podjąć decyzję czy kontynuacja podawania produktu Zinbryta jest właściwym sposobem leczenia u pacjentów obecnie przyjmujących lek. Należy rozważyć przerwanie leczenia u pacjentów, u których nie występuje odpowiedź na leczenie lub którzy nie przestrzegają wymogu comiesięcznego lub częstszego kontrolowania czynności wątroby. Ponadto, przed rozpoczęciem leczenia daklizumabem, pacjenci powinni zostać poddani badaniu w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. Pacjenci z pozytywnym wynikiem badań w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B i C powinni zostać skierowani do lekarza doświadczonego w leczeniu tych chorób. Charakterystyka Produktu Leczniczego (ChPL) produktu Zinbryta została uaktualniona w lipcu 2017 roku, aby uwzględnić tymczasowe środki zaradcze. Po ocenie bezpieczeństwa, przeprowadzonej przez Europejską Agencję Leków, która pełniej scharakteryzowała ryzyko uszkodzenia wątroby, ChPL jest ponownie aktualizowana, aby ograniczyć wskazania do stosowania. Dołączona zostanie dodatkowa informacja dotycząca bezpieczeństwa o ciężkich uszkodzeniach wątroby. Następujące wcześniejsze wytyczne pozostały niezmienione:

- Daklizumab jest przeciwwskazany do stosowania u wszystkich pacjentów z istniejącą wcześniej chorobą wątroby lub zaburzeniami czynności wątroby.
- Nie zaleca się rozpoczynania leczenia u pacjentów z równocześnie występującymi schorzeniami autoimmunologicznymi. Należy zachować ostrożność, jeżeli daklizumab jest podawany równocześnie z innymi produktami leczniczymi o działaniu hepatotoksycznym, włączając w to produkty dostępne bez recepty oraz preparaty ziołowe.
- Należy zalecić pacjentom, aby prowadzili obserwację w kierunku występowania objawów podmiotowych i przedmiotowych sugerujących

uszkodzenie wątroby. W przypadku wystąpienia objawów podmiotowych lub przedmiotowych sugerujących takie uszkodzenie, pacjent powinien zostać bezzwłocznie skierowany do hepatologa.

- Nie zaleca się rozpoczynania leczenia u pacjentów, u których przed leczeniem aktywność AIAT lub AspAT przekracza > 2-krotnie GGN.

Materiały edukacyjne zostaną poddane aktualizacji zgodnie z obecnymi zaleceniami. Ponadto, kluczowe jest, aby przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu leczenia produktem Zinbryta pacjenci byli w pełni poinformowani o istniejącym ryzyku. Z tego względu wprowadzony zostanie Formularz potwierdzenia zapoznania się z informacjami, który pozwoli upewnić się, że pacjenci zostali odpowiednio poinformowani o ryzyku i że otrzymali oni od lekarza Kartę Pacjenta.

### **Wezwanie do zgłoszeń**

Wszelkie podejrzewane przypadki wystąpienia działań niepożądanych należy zgłaszać do:

Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa Tel.: + 48 22 49 21 301 Faks: + 48 22 49 21 309 e-mail: ndl@urpl.aov.pl

### **Firma i dane kontaktowe**

W przypadku dalszych pytań lub potrzeby uzyskania dalszych informacji lub materiałów, prosimy o kontakt: Biogen Poland Sp. z o.o. ul. Salsy 2, 02 - 823 Warszawa tel./faks (22) 351 51 00 / 01 informacia.medvczna@bioqen.com lub zapoznanie się z informacjami dostępnymi na stronie internetowej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w części Komunikaty Bezpieczeństwa

*Z poważaniem,  
Edyta Fronc-Anusiewicz  
Dyrektor Medyczny*





MINISTERSTWO ZDROWIA  
Sekretarz stanu  
Józefa Szczurek-Żelazko

## Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo w załączeniu przekazujemy pismo z Ministerstwa Zdrowia przypominające o obowiązku aktualizacji przez pielęgniarki i położne swoich danych w Okręgowym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. Obowiązek ten wynika z art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej,

### Szanowni Państwo

Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych jest bazą danych, która zawiera dane pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Zgromadzone dane są aktualizowane na podstawie danych wpisanych do rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z art. 91 ust 1 pkt 1 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, Izby otrzymują z budżetu państwa środki finansowe na prowadzenie rejestrów pielęgniarek i położnych.

Ponadto na podstawie zapisu art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarki i położne wpisane do rejestru „są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych (...) jednak nie

później niż w terminie 14 dni od ich powstania”. Jednakże z analizy danych wynika, że nie wszystkie pielęgniarki i położne realizują powyższy obowiązek.

W związku z różnicami występującymi w danych, które dotyczą pielęgniarek i położnych, pochodzących z różnych źródeł, w tym z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, zwracam się z prośbą o wypracowanie przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych strategii działań mających na celu skuteczne egzekwowanie zapisu art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Należy podkreślić, iż zgodnie z art. 4 ust 1 pkt 1 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, „zadaniem samorządu jest w szczególności sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów”. Powyższy zapis wiąże się jednoznacznie z podejmowaniem przez samorząd starań, zmierzających do zwiększenia świadomości pielęgniarek

i położnych w zakresie wypełniania obowiązków narzuconych przepisami prawa powszechnie obowiązującego, związanych z wykonywaniem obowiązków zawodowych, w tym do wypełniania zapisu art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych.

Z uwagi na powyższe, aby wykluczyć wszelkie wątpliwości związane z prowadzeniem Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, zwracam się do Państwa z prośbą o podjęcie działań zmierzających do skuteczniejszej i efektywniejszej aktualizacji danych w okręgowych rejestrach pielęgniarek i położnych.

*Z wyrazami szacunku  
Z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Sekretarz Stanu  
Józefa Szczurek-Żelazko*

Do wiadomości:  
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

## Nowy skład Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

W dniu 8 stycznia 2018 r. Wojewoda Podkarpacki wręczyła akty powołania członkom Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych drugiej kadencji na lata 2018-2023. Członkiem Komisji została nasza koleżanka Krystyna Krygowska.

Pani Krystyna Krygowska obecnie pełni funkcję Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa gineko-

logicznego i położniczego, a na co dzień pracuje na stanowisku położnej oddziałowej Oddziału Ginekologiczno - Położniczego Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

### Serdecznie gratulujemy !

Od 2012 roku przy urzędach wojewódzkich funkcjonują – na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz.

1318 z późn. zm.) Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Są to organy powołane do rozstrzygania spraw cywilnych, prowadzące pozasądowe postępowania cywilne w przedmiocie ustalenia, czy zdarzenie mające miejsce w szpitalu – którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa – stanowiło zdarzenie medyczne.

Komisja składa się z 16 członków. Połowę stanowią specjaliści z obszaru me-

dycyny, drugą połowę stanowią eksperci w dziedzinie nauk prawnych. Po jednym członku powołuje Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta. 14 członków powołuje Wojewoda spośród kandydatów zgłoszonych przez właściwe samorządy zawodowe oraz organizacje pozarządowe.

Komisja orzeka w 4-osobowych składach. Maksymalne odszkodowanie wynosi 100 tys. zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a w przypadku śmierci pacjenta 300 tys. zł. Uгода przed wojewódzką komisją zamyka możliwość ubiegania się o odszkodowanie przed sądem. Kadencja komisji wynosi 6 lat.

*Renata Michalska  
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*



# Komunikat

## Szanowni Państwo,

W dniu 19 grudnia 2017 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie podjęła Uchwałę Nr 219/VII/2017 w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”.

ryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”.

Oznacza to, że pielęgniarki/ położne, członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, którzy z dniem 1 stycznia 2018 roku przeszli na emeryturę otrzymają powyższe świadczenie.

W celu dopełnienia formalności muszą złożyć wnioski o przyznanie świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków OIPI w Krośnie wraz z decyzją organu rentowego (ZUS) o przyznaniu emerytury.

Poniżej zamieszczamy regulamin i wnioski przyznawania świadczenia.

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 219/VII/2017 ORPiP z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”.

## Regulamin przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

### ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zwanej dalej „OIPI” przechodzący na emeryturę ma prawo ubiegać się o przyznanie świadczenia w związku ze spełnieniem przez członka OIPI warunków uprawniających do jego nabycia.

§ 2 Regulamin przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie określa zasady tworzenia Funduszu świadczeń osób uprawnionych do korzystania z otrzymania świadczenia oraz zasady i warunki jego przyznawania.

§ 3 Fundusz świadczeń, zwany dalej „Funduszem” tworzy się w ramach budżetu OIPI.

§ 4

1. Wysokość Funduszu określa na każdy rok kalendarzowy uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

2. Wysokość świadczenia wynosi 500,00 zł (słownie: pięćset złotych).

§ 5

1. Funduszem dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

2. Decyzję o wypłacie świadczenia podejmuje Przewodnicząca ORPiP w Krośnie.

3. Przewodnicząca ORPiP na najbliższym posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium ORPiP przekazuje informację o liczbę przyznanych świadczeń w związku z przejściem na emeryturę.

bie przyznanych świadczeń w związku z przejściem na emeryturę.

### ROZDZIAŁ II WARUNKI I ZASADY PRZY- ZNAWANIA ŚWIADCZENIA

§ 6

1. Z Funduszu mogą korzystać członkowie OIPI w Krośnie, którzy:

a) są wpisani do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez ORPiP w Krośnie,

b) opłacali składki członkowskie minimum przez okres 5 lat.

2. Prawo do świadczenia członek OIPI uzyskuje po przejściu na emeryturę.

3. Prawo do świadczenia przyznaje się na indywidualny wniosek osoby zainteresowanej lub osoby przez niego upoważnionej.

4. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

5. Wniosek o wypłatę świadczenia z potwierdzeniem opłacania składek członkowskich musi być wypełniony czytelnie, z podaniem wszystkich wymaganych jego treścią danych.

6. Członkowie OIPI ubiegający się o świadczenie składają wnioski o przyznanie świadczenia w terminie do sześciu miesięcy od dnia przejścia na emeryturę. Po upływie tego terminu świadczenie nie przysługuje.

7. Do wniosku musi być dołączona decyzja organu rentowego (ZUS) o przyznaniu emerytury.

8. Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrywany. Dopuszcza się możliwość uzupełnienia złożonego wniosku w ter-

minie 30 dni od zawiadomienia uprawnionej osoby o stwierdzonych brakach. Po upływie terminu świadczenie nie przysługuje.

9. Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie prowadzi rejestr członków samorządu korzystających ze środków Funduszu.

10. Uprawnioną do odbioru świadczenia jest wyłącznie osoba, której dotyczy wniosek.

11. Odbiór świadczenia następuje:

a) na konto osobiste osoby zainteresowanej,

b) przekazem pocztowym na wskazany we wniosku adres,

c) osobiście w biurze OIPI z dokumentem potwierdzającym tożsamość lub przez osobę upoważnioną w imieniu zainteresowanego.

12. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo w związku z przejściem na emeryturę. Członek samorządu może skorzystać ze świadczenia tylko raz.

13. Otrzymanie świadczenia jest dochodem członka OIPI i podlega rozliczeniu przy składaniu rocznego zeznania podatkowego przez członka OIPI.

14. Księgowość OIPI wyda stosowny dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.

15. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzję podejmować będzie ORPiP lub Prezydium ORPiP.

16. Postanowienia niniejszego regulaminu mają zastosowanie do świadczeń przyznawanych przez organ rentowy (ZUS) od 1 stycznia 2018 r.

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 219/VII/2017 ORPiP z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”.

.....  
(Data wpływu)

.....  
(Miejscowość i data)

**Wniosek o przyznanie świadczenia w związku z przejściem na emeryturę  
dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie**

**Część A.**

**Dane osoby której przysługuje świadczenie**

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania .....
3. Powiat.....
4. PESEL .....
5. Seria i nr dowodu osobistego.....wydanego przez.....
6. Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu .....
7. Adres Urzędu Skarbowego.....
8. Miejsce dotychczasowego zatrudnienia.....
9. Telefon kontaktowy.....E-mail.....

**Część B.**

**Wypełnia zakład pracy/ księgowość OIPiP w Krośnie/ osoba prowadząca indywidualną praktykę pielęgniarki lub położnej:**

.....  
(pieczętka zakładu pracy/ księgowości  
OIPiP w Krośnie/ osoby prowadzącej  
indywidualną praktykę pielęgniarki lub  
położnej)

**Pani / Pan** .....  
(imię i nazwisko)

opłaca składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

od – do .....  
(Podać datę)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis osoby upoważnionej)

**Część C.**

Przyznaną kwotę świadczenia proszę przekazać na moje konto osobiste.

Numer konta osobistego.....

**Część D.**

Oświadczam, prawdziwość powyższych danych.

**Wymagana dokumentacja.**

a) decyzja organu rentowego (ZUS) o przyznaniu emerytury.

.....  
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

**Część E.** (wypełnia Przewodnicząca ORPiP w Krośnie)

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

1. Wnioskodawcy przyznano świadczenie w kwocie:.....  
słownie: .....

2. Wnioskodawcy nie przyznano świadczenia / uzasadnienie/  
.....  
.....  
.....

*\* niewłaściwe skreślić*

.....  
(Data)

.....  
(Podpis Przewodniczącej ORPiP w Krośnie)

**Część F.** (wypełnia Skarbnik ORPiP w Krośnie)

Zatwierdzam przyznane świadczenie do wypłaty w kwocie: .....  
słownie: .....

.....  
(Data zatwierdzenia do wypłaty)

.....  
(Podpis Skarbnika ORPiP w Krośnie)

# Nasze życie jest w ich rękach. Ich życiem nikt się nie przejmuje.

Życie i zdrowie, czyli to, co mamy najcenniejsze, ratują za kilkanaście złotych za godzinę. Latami pracują na dwóch etatach i są potwornie zmęczone. Kiedy wreszcie mogą, odchodzą na emeryturę, a młodych, które by je zastąpiły, nie ma. Jeśli nic się nie zmieni, w polskich szpitalach zabraknie pielęgniarek. Rekord Moniki to 72 godziny ciągłego dyżuru. Bez przerwy, snu, prawie bez jedzenia i w ciągłym biegu. Na innych pielęgniarkach ten wynik może nie zrobić wielkiego wrażenia. Niektóre pracują jeszcze więcej - miesięcznie po 300, a nawet 400 godzin.

- Chcą dorobić, bo mają małe dzieci i kredyt na mieszkanie albo mają jeszcze poczucie obowiązku. Ja już go nie mam. Straciłam je 10 lat temu, gdy protesto-

wałyśmy w Białym Miasteczku, a premier mojego kraju powiedział, że dobrze wyglądamy i trochę głodówki nam nie zaszkodzi. I żeby było jasne: nie jestem polityczna, nie jestem przeciwnikiem obecnego rządu czy ministra zdrowia. Jestem przeciwnikiem złych rozwiązań i braku dialogu - mówi Monika, pielęgniarka z 27-letnim doświadczeniem pracująca w jednej z wrocławskich klinik.

## PRZEŁOM

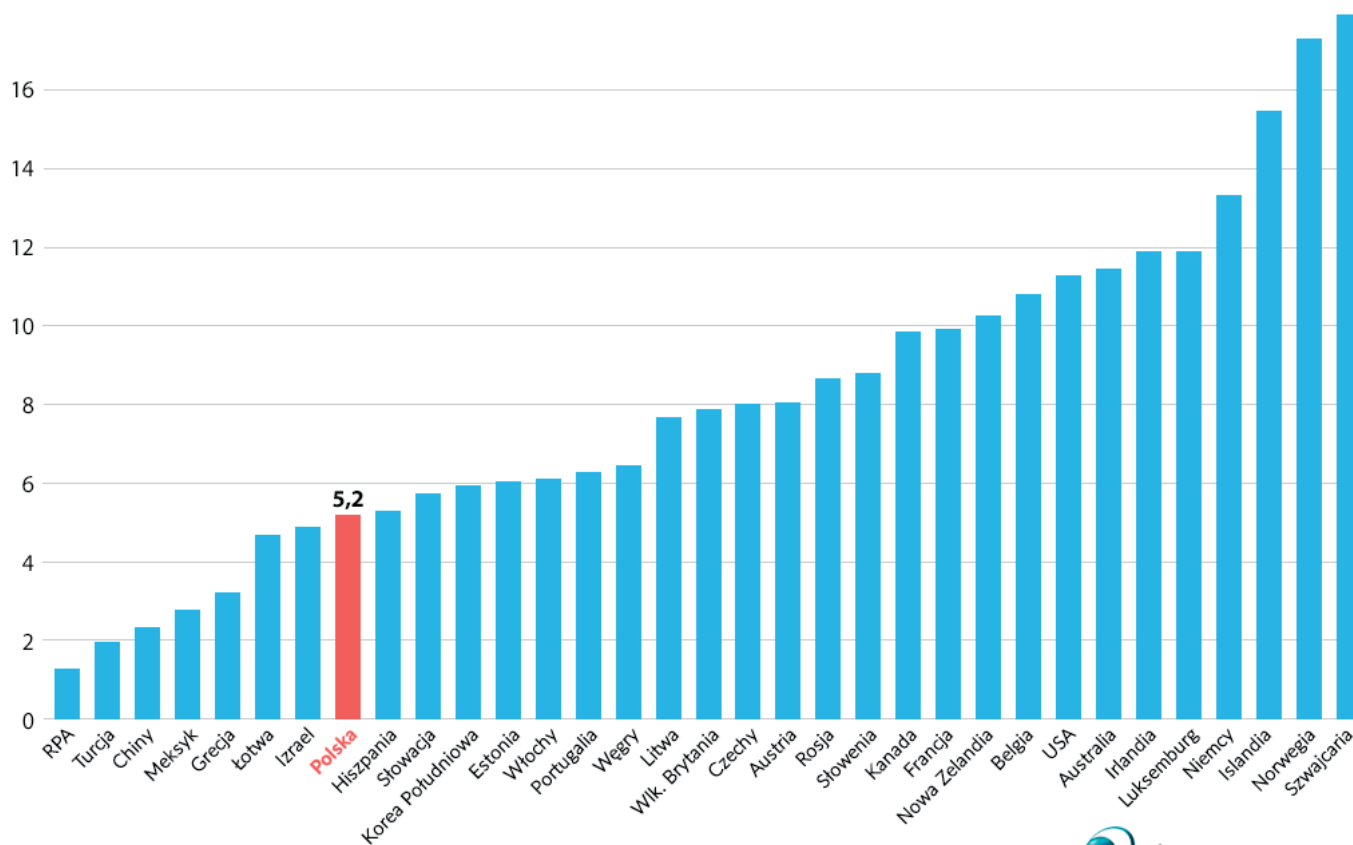
W jej zawodowym życiu kolejny ważny moment wydarzył się w ubiegłym roku, kiedy zastrajkowały pielęgniarki w warszawskim Centrum Zdrowia Dziecka.

- Minister zdrowia stanął przed kamerami i powiedział, że pielęgniarki zarabiają po 5 tys. złotych. Zadzwoeniłam

wtedy do kadr CZD i mówię: Skoro tak dobrze płacicie i macie dużo wakatów, to ja nawet jutro przeprowadzam się z Wrocławia do Warszawy. Usłyszałam, że owszem wakaty są, ale po 2,4 tysiąca złotych brutto. Skąd więc te pięć tysięcy? Minister nie dodał, że to za pracę na dwóch etatach. Ale kwota poszła w świat. Wtedy przyrzekłam sobie, że nigdy więcej nie będę pracowała za niedziwe pieniądze. Taniej niż za 50 złotych za godzinę dodatkowego dyżuru się nie sprzedam - wspomina kobieta.

Od tamtej pory Monika pracuje tylko w jednym szpitalu i na jednym etacie. Wcześniej przez wiele lat pracowała na dwóch: na oddziale intensywnej terapii i jeżdżąc w pogotowiu ratunkowym.

LICZBA PIELEŃNIAREK NA 1000 MIESZKAŃCÓW WEDŁUG OECD



Źródło danych: CRPiP

- O wolnych weekendach czy niedzielach mogłam tylko pomarzyć. Niemal wszystkie święta w pracy. Pewnego razu w Wigilię obiecałam czteroletniemu synkowi, że zadzwonię do niego o 20, ale mieliśmy wezwanie do nieprzytomnego i ciężką reanimację. Od 20.30 do 22 dzwonił do mnie kilka razy, a ja nie mogłam odebrać. Kiedy po 24-godzinym dyżurze wróciłam koszmarnie zmęczona do domu, powiedział, że pierwszy raz się na mnie obraził, bo miał dla mnie prezent, a ja nie odbierałam. Killkanaście lat później, kiedy był już nastolatkiem, usłyszałam od niego, że on to w sumie nie miał obojga rodziców - opowiada Monika.

### **CIERPI RODZINA**

Podobne historie można usłyszeć od wielu pielęgniarek, bo większość spośród tych, które pracują w naszym kraju, pracuje w dwóch, a niektóre i w trzech miejscach. Miesięcznie wyrabiają setki nadprogramowych godzin. Często pierwszą ofiarą takiego stylu życia pada właśnie rodzina.

- Większość moich koleżanek i kolegów jest po rozwodach. Niektórzy w drugim, trzecim związku. Takiej ilości pracy może nie przewyciężyć największa miłość. Rodziny się rozpadają, bo zamiast spędzać czas z mężami czy chorymi dziećmi zostawiamy je pod opieką partnera czy dziadków i jedziemy na drugi dyżur, aby zarobić na korepetycje czy wyjazd na letnie wakacje. Kiedy nasze dziecko ma pierwsze przedstawienie w przedszkolu, my ratujemy życie. Wydaje nam się, że to jest ważniejsze. Bo co jest ważniejsze od ludzkiego życia? Wielu zaczyna wierzyć, że jest od wyższych celów, a że dziecko było niegrzeczne albo że mąż narzeka na samotność i nie ma komu powiedzieć o problemach w pracy? To przecież nic przy tym, co przeżywamy my. My to mamy prawdziwy stres. Oni przecież nie widzą urwanych kończyn, zmasakrowanych dzieci, leżącej się z tętnicy krwi. Wielu po ciężkim dyżurze, kiedy na przykład przez wiele godzin reanimowało się ludzi z wypadków, wraca do domu i nie umie być na powrót mamą czy żoną - mówi Monika.

Setki przepracowanych godzin miesięcznie odbijają się też na zdrowiu. Tak było w przypadku Doroty, która przez

osiem lat pracowała na oddziale neurologii w jednym z krakowskich szpitali.

### **PRZEMĘCZENIE**

- To dosłownie ciężki oddział, bo pacjent często jest leżący, a przewracanie go w pojedynkę to proszenie się o ból kręgosłupa. Za granicą pielęgniarkom w pielęgnowaniu na przykład ważącego 100 kilogramów chorego pomagają opiekunowie medyczni, aby ona mogła skupić się na lekach i zastrzykach, ale w naszym wspaniałym kraju nikt nawet o takim zawodzie nie słyszał. Dlatego, niestety, zwykle nie miałam pomocy, bo na 30-40 chorych byłyśmy we trzy, a w nocy często zostawałam sama. Zaciśkałam więc zęby i faszerowałam się lekami przeciwbólowymi. Często po takim dyżurze do domu wracałam wykończona. Pewnego razu plecy bolały mnie tak mocno, że nie miałam siły, aby podnieść i utrzymać własną kilkuletnią córkę. Rozplakałam się w przedpokoju. Wtedy postanowiłam, że muszę zmienić zawód - opowiada Dorota, która dziś pracuje na kasie w supermarkecie.

- Ktoś może powiedzieć, że mniejszy prestiż, ale teraz nie muszę pracować nocami, roznosić papieru toaletowego czy zmieniać zasikanej pościeli, kiedy nie ma salowej. Jest lepiej, bo mam wreszcie czas dla siebie, dla męża i dzieci. Odzyskałam godność człowieka, bo nie muszę pracować co miesiąc trzystu godzin, aby nie musieć kupować ubrań w ciuchlandach, a jedzenia wyłącznie na przecenach - dodaje.

- Problem przepracowania pielęgniarek ma dwie zasadnicze przyczyny. Jest ich zbyt mało, a ich zarobki są zbyt niskie. Pierwszą przyczynę potwierdzają dane Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 pacjentów w 2015 roku wyniósł w Polsce 5,2 - to trzeci najgorszy wynik od końca w całej Unii Europejskiej. Gorzej jest tylko na Łotwie i w Grecji. Z kolei najlepiej wśród krajów Unii jest w Niemczech (13,3). Jeśli zaś spojrzymy szerzej na zestawienie wszystkich 35 najlepiej rozwiniętych państw, to na szczycie będzie Szwajcaria, gdzie na tysiąc chorych przypada ponad trzykrotnie więcej pielęgniarek - dokładnie 17,9.

Te liczby pokazują jasno: Polskę od najlepszych dzieli przepaść. Jednym ze sposobów zasypania różnic mogłoby być zatrudnienie personelu z Ukrainy - tak przynajmniej uważają niektórzy zarządcy szpitali. Jednak, jak pokazują statystyki, pielęgniarki zza wschodniej granicy nie rwą się do pracy w Polsce. W 2016 roku w naszym kraju pracowało ich zaledwie 71. Do tej liczby należy dodać 5 położnych. Dlaczego tak mało? Zbadał to Instytutu Spraw Publicznych, z którego analizy wynika, że bariery są dwie: skomplikowana procedura nostryfikacji, czyli uznania ukraińskiego dyplomu w Polsce oraz... niskie wynagrodzenie.

### **KOGO RATOWAĆ?**

Ogromne braki kadrowe widać na przykład na oddziale Małgorzaty, pielęgniarki z pięcioletnim stażem, która pracuje w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) w jednym z poznańskich szpitali.

- Pracę na moim oddziale można dostać od ręki. Na zmianie na dyżurze powinno być 11 osób, a jest siedem. Pozostałe miejsca to wakaty, które są non stop. Nawet jak ktoś się u nas zatrudni, to rezygnuje po kilku miesiącach, bo płace są niskie, a praca ciężka fizycznie i obciążająca psychicznie. W ciągu doby przez SOR przechodzi około 150 pacjentów. Musimy się nimi zająć i im pomóc, więc każdy z nas pracuje za dwóch, a jak ktoś zachoruje, to nawet i za trzech, a tracą na tym przede wszystkim pacjenci - mówi Małgorzata. Dodaje, że nocami na tak zwanej obserwacji, gdzie leży około dziesięciu chorych - często w bardzo ciężkim stanie - dyżurują tylko dwie pielęgniarki.

- A to za mało, aby jednocześnie ratować życie dwóch osób, u których nagle zatrzyma się serce. Mam nadzieję, że nigdy nie stanę przed wyborem: którego z nich reanimować jako pierwszego, którego życie jest ważniejsze - mówi Małgorzata.

### **BRAKUJE OSÓB**

Wolne wakaty to w wielu szpitalach codzienność. W miejscach, gdzie brakuje personelu, pielęgniarki muszą pracować ponad siły. Małgorzata mówi, że w czasie większości dyżurów przez 12 godzin nie ma czasu nawet usiąść, aby napić się kawy, którą często wypominają jej kole-

żankom zniecierpliwieni pacjenci i internetowi hejterzy.

- W rzeczywistości jest tak, że cały dyżur biegam. Gdybym chodziła, to jedna trzecia pacjentów nie zostałaby załatwiona. Często zdarza się, że przez 12 godzin nie mam czasu nawet pójść do toalety, ale w stresie, napięciu i wiecznym zabieganiu po prostu zapomina się o potrzebach fizjologicznych. Przypominam sobie o nich dopiero, gdy wychodzę z oddziału - mówi Małgorzata.

Monika przypomina tu żart, który krąży na jej bloku operacyjnym: pielęgniarka pyta, czy może na chwilę odejść i napić się wody; druga jej odpowiada, że lepiej nie, bo trzeba będzie też iść sikać, a na to już może nie być czasu. Monika dodaje, że w jej przypadku zjedzenie śniadania czy obiadu w pracy, co dla osób z innych branż jest normą, jest nie-realnym marzeniem: - Nie, nie dlatego, że nie jestem głodna, ale po prostu nie mam na to czasu.

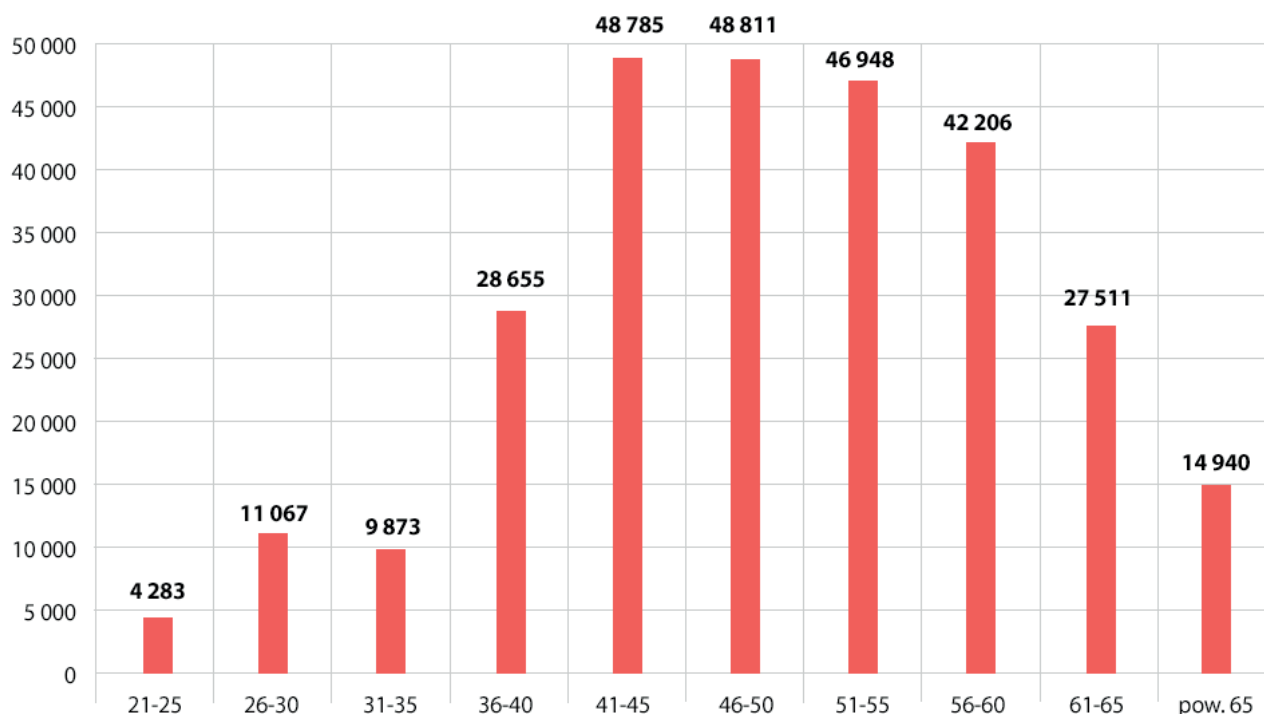
- Usypiamy do operacji kilkudziesięciu pacjentów w ciągu dyżuru. Pracujemy bez przerwy, bo w naszej klinice robione są poważne operacje, na które czeka się czasem rok albo dłużej. Robimy wszystko, aby zabiegi nie spadały i aby robić jak najwięcej operacji, ale jest nas za mało i czasem zamiast trzech operacji jednocześnie są dwie. Tak kolejka się wydłuża, a zdrowie pacjenta pogarsza - mówi Monika.

### MAŁE ZAROBKI

Drugą przyczyną braku pielęgniarek są niskie zarobki. To głównie z tego powodu od chwili wejścia do Unii Europejskiej z kraju za chlebem wyjechało około 17 tys. polskich „białych czepeków”. Jednocześnie absolwentki studiów pielęgniarskich nie podejmują pracy w zawodzie, a połowa z nich nawet nie odbiera prawa do jego wykonywania. Te zaś, które to robią, również chętnie emigrują, bo są świetnie wykształcone, nie mają bariery językowej, która powstrzymywała ich starsze o pokolenie koleżanki, i bez prob-

lemu znajdują zatrudnienie na przykład w Wielkiej Brytanii, gdzie ich pensje są wielokrotnie wyższe niż nad Wisłą. Przebiegła pensja pielęgniarki w Polsce wynosiła w zeszłym roku według Głównego Urzędu Statystycznego 3,3 tys. zł brutto, czyli 2,6 tys. zł netto za pracę z nocami, w weekendy i święta. Jednak ta kwota nie mówi o ich zarobkach całej prawdy. Średnią „sztucznie” podwyższają pensje starszych stażem pielęgniarek, których w Polsce jest większość - o czym później - a wchodząca do zawodu osoba może liczyć na kwotę 2,6 tys., ale brutto, czyli około 1,9 tys. zł netto. Jej wynagrodzenie przekroczy 3 tys. zł brutto (2,1 tys. zł „na rękę”) dopiero po 10 latach pracy. Na podobne albo lepsze wynagrodzenia można liczyć w branżach wymagających mniejszej wiedzy (pielęgniarka musi zdobyć dyplom wyższej uczelni oraz często specjalistyczne kursy) i mniej obciążających psychicznie. Nic więc dziwnego, że chętnych brakuje.

## STRUKTURA WIEKOWA PIEŁĘGNIAREK ZAREJESTROWANYCH W CENTRALNYM REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Źródło danych: CRPIP



## BŁĘDNE KOŁO

Tu właśnie pojawia się paradoks zawodu pielęgniarki. Jest ich mało, więc ich pensje powinny rosnąć, ale tak nie jest. Dlaczego? Monika wyjaśnia, że pielęgniarki, zarabiając grosze, musiały dorabiać i niemal każda brała dodatkowe dyżury w innych szpitalach czy przychodniach. W ten sposób same sobie zaszkodziłyśmy. To błędne koło. Zarabiamy mało, więc dorabiamy, a dorabiając sprawiamy, że jest nas na tyle dużo, że pensje mogą być niskie. Ten system podobał się każdej władzy przez ostatnie dwie dekady, bo był tani i wszystko jeszcze jakoś funkcjonowało. Ale teraz ten system pęka i zaczyna przeciekać. Za chwilę rozleje się i dojdzie do paraliżu mówi Monika - i dodaje, że wyjaśni wszystko na przykładzie.

- W moim mieście dwa szpitale dzieli park. Większość moich koleżanek pracuje w obu, bo z jednej pensji trudno przeżyć. Kończy dyżur nocny i idzie na dzienny albo odwrotnie. Gdyby w jednym szpitalu dyrektor dał podwyżkę na tyle wysoką, że nie musiałyby dorabiać, to w drugim zabrakłoby połowy personelu i szpital trzeba by zamknąć, więc nikt podwyżek nie daje, licząc, że jakoś to będzie. To prosta droga do katastrofy, która i tak nas czeka, jeśli nic szybko się nie zmieni - mówi Monika.

## PODWÓJNY SYSTEM

Przed katastrofą ostrzega m.in. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, prowadząc kampanię społeczną „Ostatni dyżur”. Od 2015 roku alarmuje w niej, że już za kilka lat Polacy zostaną pozba-

wieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Te słowa potwierdzają niepozostawiające złudzeń statystyki mówiące, że za pięć lat liczba pielęgniarek i położnych w Polsce z obecnie czynnych zawodowo 200 tys. zmniejszy się o 54 tysiące. A do 2030 roku będzie ich o połowę mniej. Wszystko przez to, że średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce to 48 lat, a już w 2022 r. osiągnie ona 50 lat. Młodych zaś - jak pisaliśmy wyżej - jest jak na lekarstwo.

Proces gwałtownego ubywania pielęgniarek z rynku pracy pogłębi jeszcze ponowne obniżenie wieku emerytalnego. Tylko w październiku tego roku 11 tys. z nich odeszło na emerytury. To nie dziwi Moniki z wrocławskiego szpitala, bo - jak przekonuje - pielęgniarki wieloletnią pracą zmianową i na dwóch etatach są skrajnie przeciążone. - Odchodzą bez zastanowienia, bo mają dość ciężkiej pracy, ciągłego niewyspania, lat pracy w nocy i święta. Wolą odejść na emeryturę i dostać 1,5 tysiąca złotych, a na umowie-zleceniu dorobić do 2,3 tysiąca, niż na taką pensję pracować cały miesiąc - mówi Monika i dodaje, że sama za kilka lat uzyska uprawnienia emerytalne i też nie będzie się wahać, tylko odejdzie.

- Jeśli zarobki pielęgniarek w publicznej ochronie zdrowia nie wzrosną, to powstanie podwójny system dla biednych i bogatych. Pierwsi będą cierpieć w niekończących się kolejkach na operacje, które już teraz są odwoływane, a drudzy będą leczyć się prywatnie tam, gdzie personelu nie zabraknie, bo będzie lepiej opłacany - dodaje Małgorzata.

## WSPÓLNY INTERES

Monika mówi, że nic się nie zmieni, dopóki społeczeństwo nie zrozumie, że konieczne jest zwiększenie finansowania ochrony zdrowia, w tym zarobków pielęgniarek, ratowników medycznych czy lekarzy rezydentów i stażystów. Obecnie, jak wynika z raportu „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie”, Polska wydaje na ochronę zdrowia około 4,5 proc. PKB. To jeden z najniższych wyników w UE. Najwięcej wydają Niemcy, Szwedzi czy Francuzi - około 11 proc.

- Każdy z nas, kogo nie stać na prywatne leczenie, powinien popierać ten postulat, bo to w jego interesie - mówi Monika i dodaje, że pomoc mógłby radykalny protest, na który pielęgniarki nigdy sobie nie pozwoliły. - Proszę sobie wyobrazić, co by się działo, gdyby przez trzy dni medycy nie przyszli do pracy i na przykład wzięli urlop czy opiekę nad dzieckiem. To byłby kompletny paraliż. Załamanie systemu. Oczywiście koszty byłyby ogromne, więc nikt tego nie zrobi, bo trzeba byłoby mieć gdzieś na przykład 15 pacjentów na intensywnej terapii, którzy bez nas w każdej chwili mogą umrzeć. Nikt nie odważy się odejść od łóżek i zostawić ludzi na śmierć. Chyba że nie będzie miał wyboru, a ludzie zdesperowani są zdolni do wszystkiego - dodaje.

Źródło: NIPiP

<https://www.tvn24.pl/magazyn-tvn24/nasze-zycie-jest-w-ich-rekach-ich-zyciem-nikt-sie-nie-przejmuje,124,2223>

# Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentką po zabiegu operacyjnym – embolizacji tętniaka mózgu

## WSTĘP

Tętniak mózgu występuje coraz częściej wśród populacji ludzkiej - określane jest jako „tykająca bomba” [8]. Jest uszkodzeniem, ścianą naczynia tętniczego, która jest osłabiona, cienka i poszerzona. Choroba ta pojawia się najczęściej u osób z nadciśnieniem tę-

niczym oraz miażdżycą. Nieprawidłowość ta często nie daje objawów, do czasu kiedy dochodzi do pęknięcia uwypuklenia tętniaka.

## TĘTNIAK MÓZGU

Tętniaki pojawiają się pojedynczo, ale mogą występować także w liczbie mnogiej [5]. Tę-

tniaki o kształcie workowatym są w większości wrodzone, mogą być dziedziczne, natomiast kształtu wrzecionowatego nabyte. Spowodować je może np. stan zapalny ściany naczynia, urazy oraz choroby, takie jak miażdżycy i kiła [6]. Tętniaki powstają w efekcie obniżonej zawartości elastyny w ścianie naczynia - powo-

duje to osłabienie ściany tętnicy i gorszy rozwój warstwy mięśnia, co w efekcie prowadzi do wypuklenia [7].

Tętniaki często przebiegają bezobjawowo, w większych rozmiarach mogą dawać objawy guza mózgu. Im większe gabaryty ma poszerzenie tętnicy, tym większe ryzyko że tętniak może pęknąć. Tętniak jako patologiczne zgrubienie tętnicy, może powodować ucisk w mózgu na znajdujące się w pobliżu nerwy. Poważnymi objawami, które mogą świadczyć o pęknięciu tętniaka jest silny ból głowy, nudności i wymioty, często utrata przytomności oraz sztywność karku, a nawet atak padaczkowy [9]. Zazwyczaj pierwszym symptomem choroby u kobiet jest ból głowy, natomiast u mężczyzn omdlenia [11]. Ból głowy odczuwalny jest zazwyczaj w części potylicznej, o tak silnym natężeniu jak nigdy dotychczas, często połączony ze światłowstrętem [12]. Tętniak pęka zazwyczaj nagle, powodując krwotok podpajęczynówkowy, co równa się z udarem krwotocznym mózgu [8]. Nie spodziewane zachorowanie, może zdarzyć się przy wcześniejszym dobrym samopoczuciu. Często występuje w trakcie wysiłku fizycznego, podczas podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi [20].

Aby postawić diagnozę tętniaka mózgu przy wymienionych wcześniej objawach i zaplanować leczenie potrzebne jest wykonanie badań diagnostycznych. Badaniami diagnostycznymi tętniaka są badania radiologiczne i dotyczą naczyń krwionośnych mózgu. Diagnozować można powstałą nieprawidłowość w obrębie tętnicy mózgu, bądź źródło już krwawiącej zmiany. Jednym z podstawowych badań jest tomografia komputerowa głowy [15]. Spore znaczenie w diagnozowaniu ma wykonywanie badań w czasie do 72 h, od pojawienia się objawów klinicznych [3]. Istnieje również opcja wykonania angio-CT, która polega na podaniu kontrastu do naczynia żylnego [9]. Diagnostyka krwotoku, który jest efektem pękniętego naczynia tętniczego polega na nakłuciu łędźwiowym. Jeśli płyn mózgowo-rdzeniowy będzie zawierał krew lub będzie nią podbarwiony, można twierdzić że doszło do krwawienia wewnątrznacyniowego. Innymi badaniami, które są przydatne w rozpoznaniu tętniaka mózgu jest arteriografia (angiografia) – typu angio-MR oraz rezonans magnetyczny (MRI) i przezczaszkowa ultrasonografia dopplerowska. Ognisko krwotoczne, które można zauważyć wykonując te badania może sygnalizować tętnicę, która uległa pęknięciu [35]. W ustaleniu diagnozy, która świadczy o tętniaku mózgu istotnym jest badanie neurologiczne. Obejmuje ono symptomy oponowe (należy do nich sztywność karku i objaw Kerniga), zaburzenia przytomności i/lub utrata świadomości oraz objawy ogniskowe (niedowłady dotyczące

kończyn i nerwów gałki ocznej) [4]. Do sprawdzenia stanu pacjenta z krwawieniem podpajęczynówkowym używana jest skala Boterella przekształconą przez Hunta i Hessa [3].

Skala ta składa się z 5 stopni, przy czym stopień pierwszy to sztywność karku i słaby ból głowy, a stopień piąty to już głęboka śpiączka i sztywność odmóżdzeniowa [3].

## SKALA HUNTA I HESSA

Po ustaleniu diagnozy, która wskazuje na tętniaka mózgu należy wybrać najlepszą dla danego pacjenta metodę leczenia. Jedną z dostępnych metod zaopatrywania tętniaka mózgu jest embolizacja, która jest techniką wewnątrznacyniową. Metoda ta jest nowoczesną [9] dziedziną neuroradiologii inwazyjnej [35]. Do jej wykonania niezbędne są platynowe spirale oraz aparat rentgenowski [19]. Pacjent ma wykonywane wcześniej wkłucie obwodowe oraz zorganizowany obszar do nakłucia tętnicy w pachwinie [9]. Embolizacja polega na wprowadzeniu w patologiczne wypuklenie tętnicy mikro-cewnika, a następnie spirali, która wypełnia przestrzeń tętniaka. Najczęstszym dostępem naczyniowym jest tętnica udowa w dole pachwinowym [7]. Drugą z możliwych technik leczenia tętniaka mózgu jest neurochirurgiczne klipsowanie, tzw. „clipping” [2]. Sposób ten wiąże się z operacją polegającą na wykonaniu znieczulenia ogólnego i otwarciu czaszki.

Życie osoby, która przechodzi operację jaką jest klipsowanie bądź embolizacja tętniaka mózgu niewątpliwie się zmienia. U pacjenta występuje deficyt samoopieki i samo pielęgnacji. Stopień tego deficytu jest zależny od komplikacji po zabiegowych, stanu świadomości chorego (oceniana skalą Glasgow) oraz od tego czy jest on wydolny oddechow. Stopień samoopieki uzależniony jest też od odczuwalnego bólu, który hamuje wydolność samoobsługową pacjenta [17]. Często po zabiegu operacyjnym dochodzi do zaburzeń mowy, zaników pamięci oraz niedowładów kończyn [1]. Do sprawdzenia możliwości dotyczącej aktywności funkcjonalnej dobrze sprawdza się skala ADL [18]. Nierzadkim powikłaniem jest również wodogłowie, które

następuje kilka tygodni po krwawieniu podpajęczynówkowym. Dla człowieka który do tychczas żył normalnie, funkcjonowanie po przebytej operacji dotyczącej tętniaka mózgu bywa często przytłaczające i budzi stany depresyjne.

Opieka pielęgnarska po wykonanym zabiegu na tętniaku mózgu opiera się głównie na monitorowaniu podstawowych parametrów życiowych (tętna, oddechu, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury) [13]. Zazwyczaj stosuje się skalę Glasgow do oceny świadomości oraz skalę VAS do oceny bólu. Dokładnej kontroli podlega oddech osoby po operacji, a w przypadku problemów z oddychaniem podłącza się respirator lub podaje się tlen przez nos.

Na uwagę pozostają też wartości saturacji czyli wysycenia tlenem krwi [2]. Ważnym elementem opieki nad chorym po operacji jest płynoterapia i prowadzenie bilansu płynów. Wraz z powyższymi działaniami dokonuje się oceny szerokości i reakcji źrenic. Opieka nad osobą po operacji dotyczącej tętniaka mózgu polega w dużej mierze na prowadzeniu farmakoterapii zleconej przez lekarza. Istotne jest zachowanie spokoju i ciszy. Takie postępowanie ma na celu utrzymanie niskiego ciśnienia u pacjenta, które jest tak ważne w takiej sytuacji. Osoby po operacji mają trudności z podstawowymi czynnościami, dlatego zadaniem pielęgniarstwa jest pomoc w samoobsłudze [19]. W pielęgnacji pacjenta po zabiegu, trzeba prowadzić profilaktykę przeciwoleżynową, zakażenia dróg moczowych oraz zapalenia płuc. Pacjent powinien być jak najwcześniej usprawniany [2]. Najpierw chorego najlepiej jest sadzać, a następnie stosować pionizację i dodatkowy ruch. Nie bez znaczenia pozostaje także rehabilitacja w łóżku w pierwszych dniach. Bardzo istotne są ćwiczenia bierne jak i czynne kończyn zarówno dolnych jak i górnych. U pacjentów cierpiących na afazję najczęściej wymagana jest reedukacja mowy. W takim przypadku pacjentowi należy okazywać dużo cierpliwości oraz zrozumienia [10]. Należy zapewnić takiej osobie spotkania z logopedą oraz starać się porozumiewać z chorym w inny sposób np. przez pisanie, gestykulacje, czy mimikę.

Faza	Objawy
I	Niewielkie bóle głowy, zespół oponowy o niedużym nasileniu lub brak objawów.
II	Bóle głowy o średnim i dużym nasileniu, sztywność karku, występuje uszkodzenie nerwów czaszkowych.
III	Senność, splątanie, występuje uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego o małym natężeniu.
IV	Nieprzytomność lub stupor, niedowład połowiczny, zaburzenia wegetatywne.
V	Głęboka śpiączka, sztywność odmóżdzeniowa, zaburzenia wegetatywne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rosińczuk J., Kołtuniuk A., Madej A.: *Problemy Pielęgnacyjne Pacjentów leczonych operacyjnie z powodu tętniaka mózgu, Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, Vol. 4, Nr 2/2015, s. 40-42*

## STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka X.Y., lat 49, przyjęta na oddział Rehabilitacyjny z pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej w stanie po krwotoku podpajęczynówkowym z pękniętym tętniakiem tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej, w trybie planowanym. Przeniesiona została z oddziału Intensywnej Terapii. Celem pobytu w szpitalu było usprawnianie chorej. Pacjentka przeżyła 4 miesiące temu zabieg neurochirurgicznego klipsowania tętniaka. Chora trafiając nagle do szpitala po krwotoku podpajęczynówkowym była w śpiączce, nie otwierała oczu na bodźce bólowe. Żrenice pacjentki były równe, wąskie, a po rozwarciu powiek, gałki oczne były w położeniu pośrednim. U pacjentki występował objaw Babinskiego po stronie lewej, sztywność karku oraz słaba reakcja zgięciowa kończyn. Chorą oceniono na 6 pkt. w skali Glasgow oraz 0 pkt. według skali Barthel. Wykonano angiografię mózgową, tomografię komputerową głowy oraz badania dodatkowe krwi. W tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej zdiagnozowano workowate tętniako o wymiarach 4,6 x 3 x 3,3 mm.

W początkowym okresie czasu po zabiegu doszło do spęcznienia mózgu i widoczna była wynaczyniona podpajęczynówkowo krew w rowkach obu półkul mózgu. Również w okresie pooperacyjnym występowały wysokie wartości ciśnienia tętniczego krwi. Prowadzono leczenie przeciwobrzękowe oraz farmakologiczne. Po wielokrotnych próbach odłączenia pacjentki od respiratora udało się ją pozostawić na własnym oddechu. Pacjentka wykonaną miała tracheostomię oraz przezskórną gastrostomię endoskopową. Od miesiąca karmiona doustnie, PEG został usunięty. Kobieta cierpi na niedowład cztero-kończynowy z przewagą kończyn prawych oraz na nadciśnienie. Kilka tygodni temu, kiedy chorą przeniesiono na oddział Rehabilitacji, podczas ćwiczeń usprawniających straciła przytomność.

Zaobserwowano w jamie ustnej pienistą wydzielinę. Pacjentkę zaintubowano i podłączono do respiratora oddechowego. Z powodu cech wodogłowia neurochirurgzy założyli zastawkę komorowo-otrzewnową Pundeż/średnicciśnieniową po stronie prawej.

U rekonwalescentki stosuje się terapię psychologiczną i neurologopedyczną. Każdego dnia kobieta ma zajęcia fizjoterapeutyczne- ćwiczenia czynne wolne, masaż klasyczny częściowy kończyny górnej prawej, tonaliza, miejscowe naświetlanie promieniami IR łokcia i ręki prawej, ćwiczenia bierne wykonywane manualnie kończyn prawych oraz ćwiczenia prowadzone kończyn dolnych. Wykonywane są również zabiegi fizjoterapeutyczne takie jak motometr kończyn dolnych oraz pionizacja czynna.

Obecnie kobieta jest w kontakcie werbalnym, rozumie oraz spełnia proste polecenia. Widoczny jest problem wypowiedzania się. Pacjentka wie o co chodzi w rozmowie ale ma trudność z odpowiedzią słowną. Nie pamięta okresu po zdarzeniu pęknięcia tętniaka aż do czasu założenia zastawki wynikającej z wodogłowia. Chora leżąca, wymaga stałej opieki drugiej osoby. Niedowład cztero-kończynowy nie pozwala pacjentce na sprawność sprzed pęknięcia tętniaka.

## DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA:

Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane ograniczoną aktywnością ruchową.

Objawy:

Subiektywne: Spędzanie większości czasu w łóżku.

Obiektywne: 13 pkt w skali Norton [załącznik 4].

Cel opieki: Zachowanie ciągłości skóry, bez objawów wystąpienia odleżyn w czasie 3 dni.

Lp. Czynności pielęgniarские

1. Pomoc w zmianie pozycji w łóżku co 1-2 h [14].

Uzasadnienie empiryczne: Regularna zmiana pozycji ciała jest skuteczną strategią zredukowania i/lub złagodzenia nacisku międzyfazowego. (Kózka M., 2015)

2. Oklepywanie pleców codziennie.

4. Nawilżanie ciała i nacieranie maścią przeciwoleżynową codziennie rano i wieczorem [13].

Uzasadnienie empiryczne: Wysuszenie skóry jest czynnikiem predysponującym do uszkodzeń. (Kózka M., 2015)

6. Stosowanie materaca przeciwoleżynowego – zmiennociśnieniowego [13].

Uzasadnienie empiryczne: Cykliczna zmiana punktów podparcia w systemie zmiennociśnieniowym wymusza poprawę krążenia krwi w uciskanych naczyniach włosowatych. Ciągła zmiana ciśnienia w komorach materaca, uwalnia na kilka minut od ucisku każdą część ciała. (Kózka M., 2015)

7. Zastosowanie skali oceniającej ryzyko wystąpienia odleżyn np. skali Norton, co dwa dni [13].

Uzasadnienie empiryczne: Ocena ryzyka jest podstawą do rozpoznania zagrożenia rozwoju odleżyn i ukierunkowuje opiekę na działania prewencyjne. (Kózka M., 2015)

8. Usunięcie wilgoci w kontakcie ze skórą chorej- mocz i kał. Zmianianie pieluchomajtek w zależności od potrzeby [13]. Dbanie o czystość całego ciała, stosowanie delikatnych środków myjących, nie wysuszających skóry [13]. Toaleta dwa razy dziennie rano i wieczorem.

Uzasadnienie empiryczne: Wdrożenie planu nietrzymania moczu i stolca, obejmującego stosowanie środka do ochrony skóry lub środka zmywającego i chroniącego skórę,

może znacznie zmniejszyć uszkodzenie i powstanie odleżyn. (Fantl et al., 1996; Krasner, Rodeheaver i Sibbald, 2007; Baranoski i Ayello, 2008)

9. Codzienna obserwacja skóry, pod kątem wystąpienia zaczerwienienia, bądź przerwania ciągłości skóry [14].

Uzasadnienie empiryczne: Systematyczne sprawdzanie może pozwolić na wczesne zidentyfikowanie zbliżających się problemów. (Krasner, Rodeheaver i Sibbald, 2007; Baranoski i Ayello, 2008)

10. Wprowadzenie do diety chorej więcej produktów bogatych w białko i witaminy (jaja, mleko, sery, ryby, kasze, owoce i warzywa) [14]. Dbanie aby kobieta piła w czasie dnia 1,5-2 l na dobę [14].

Uzasadnienie empiryczne: Dobór potraw powinien uwzględniać zarówno preferencje pacjenta, jak i ograniczenia wynikające ze stosowanego leczenia dietetycznego. (Radzik T., Gawor A., 2015)

Planowany wynik opieki: Ciągłość skóry pozostaje zachowana.

## DIAGNOZA:

Dyskomfort pacjentki spowodowany utrudnionym kontaktem werbalnym.

Objawy:

Subiektywne: Trudność w mówieniu.

Obiektywne: Zaburzony kontakt werbalny, afazja.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu, poprzez naukę metod porozumiewania się komunikacją werbalną i niewerbalną, w trakcie 2 dni.

Lp. Czynności pielęgniarские

1. Zapewnienie chorej wizyty z logopedą i odwiedzin rodziny, raz każdego dnia.

Uzasadnienie empiryczne: Osoba, która czuje się pewnie w swoim otoczeniu, ma wielu znajomych i przyjaciół i jest z nimi głęboko związana charakteryzuje się o wiele lepszym funkcjonowaniem psychicznym, społecznym, także lepszym stanem zdrowia w porównaniu z osobą osamotnioną, wycofaną i antyspołeczną (Kawalec, Malinowska-Lipień, 2015).

2. Reedukacja mowy, poprzez naukę i kilkakrotne powtarzanie słów i zwrotów- 2 razy dziennie po 20 min [16].

3. Okazywanie pacjentce cierpliwości i zrozumienia [42].

Uzasadnienie empiryczne: Podstawą komunikacji z chorym jest usunięcie blokad komunikacji interpersonalnej, czyli unikanie komunikatów werbalnych i niewerbalnych, tj. nakazywania, upominania, ostrzegania, głoszania kazań. (Lenartowicz R., 2004)

4. Częste, chętne podejmowanie rozmowy z chorą – minimum 2 razy dziennie po 15 min [16].

Uzasadnienie empiryczne: Bardzo istotne znaczenie w terapii mowy ma nawiązywanie

podstawowego kontaktu z pacjentem i zachęcanie go do mówienia. (Kózka M., 2015)

5. Pomaganie w nazewnictwie (np. podczas aktualnie używanych przedmiotów ćwiczenie ich nazywania z chorą [3]), w czasie każdego dyżuru. Używanie prostych słów [3].

Uzasadnienie empiryczne: Podpowiadanie pierwszych sylab lub słów w zdaniu ułatwi choremu rozpoczęcie mówienia. (Kózka M., 2015)

6. W sytuacji nieporozumienia się mową, zastosowanie gestykulacji i mimiki.

Uzasadnienie empiryczne: Pacjenci powinni nauczyć się podstawowych gestów umożliwiających zgłaszanie potrzeb i sygnalizowania swojego samopoczucia. (Kozka M., 2015)

7. Dwa razy dziennie prowadzenie ćwiczeń mięśni twarzy i ust., np. ruchy językiem do przodu i do tyłu, ssanie lizaka, bądź wydychanie baniek mydlanych [16].

8. Chwalenie chorej za każde osiągnięcie w nauce [42].

Uzasadnienie empiryczne: Reedukacja mowy jest możliwa tylko w przyjaznym otoczeniu. (Kózka M., 2015)

Planowany wynik opieki: Brak problemów pacjentki w komunikacji werbalnej i niewerbalnej.

### WYNIKI:

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Podmiotem badań była pacjentka po przebytej operacji embolizacji tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej. Chora przebywała na oddziale Rehabilitacyjnym z pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej w celu usprawniania. Kobieta przeszła już jedno z powikłań jakim było wodogłowie, które zostało zaopatrzone zastawką komorowo-otrzewnową. Po przebytych nagle krwotoku podpajęczynówkowym cierpi na niedowład czterokończynowy i afazję.

### ZAKOŃCZENIE

Tętniak mózgu jest chorobą występującą coraz częściej na całym świecie. Wielokrotnie jest diagnozowany już po pęknięciu, kiedy dochodzi do krwotoku podpajęczynówkowego. Niestety, wtedy dochodzi do nieodwracalnych powikłań i nierzadko również do niepełnosprawności. Obecnie istnieją dwa rodzaje leczenia operacyjnego tętniaka mózgu – embolizacja oraz metoda klasyczna jaką jest klipowanie. Częściej wybieranym sposobem jest embolizacja, gdyż niesie za sobą mniejsze ryzyko następstw.

Pielęgniarka w opiece nad pacjentką po embolizacji tętniaka mózgu prowadzi profilaktykę powstawania powikłań, usprawnia, wspiera i uczy czynności samoobsługowych. Zapobiega powstawaniu odleżyn, walczy z za-

parciami i kontroluje wartości parametrów życiowych. Do zadań pielęgniarskich należy również wykonywanie zleceń lekarskich, podawanie leków. Pielęgniarka pełni rolę motywacyjną oraz zapobiegawczą wtórnej niepełnosprawności. Daje oparcie chorej oraz prowadzi reedukację mowy, chwaliąc za osiągnięcia. Do zadań personelu pielęgniarskiego należą również, ćwiczenia usprawniające jakie wykonuje z chorą – czynne i bierne. W celu powrotu sprawności powinno się chorą mobilizować do aktywności fizycznej i prób wykonywania czynności samoobsługowych samodzielnie. Instruowanie i zapewnienie bezpieczeństwa spowoduje większą chęć do działania przez pacjentkę. Pacjentka po zabiegu operacyjnym embolizacji tętniaka mózgu wymaga w szerokim wymiarze opieki pielęgniarskiej. Chora jest zależna od drugiej osoby. Wyraźny jest deficyt samopielęgnacji i samoobsługi. Zauważalna jest potrzeba wsparcia psychicznego i fizycznego. Do głównych problemów chorej należy niewydolność w samoobsłudze, brak sprawności, zaburzenia komunikowania. Chora ma trudność w poruszaniu się i przemieszczaniu z łóżka, a także w spożywaniu posiłków – wymaga pomocy. Jej stan obciążony jest ryzykiem wystąpienia odleżyn, wymagana jest ich profilaktyka. Inną trudnością jest obniżony nastrój, który powoduje brak apetytu oraz brak motywacji. Pacjentka w wyniku zmniejszonej aktywności fizycznej cierpi na zaparcia.

*Lic. Piel. Martyna Wajda*

### Bibliografia:

1. Andrzejewska L.: Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską u chorych po operacyjnym leczeniu tętniaka naczyń mózgowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, nr 4/2008 s. 151-158
2. Gryszko R., Królikowska A.: Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z guzem mózgu i rdzenia kręgowego. [W:] *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*, pod red. Ślusarz R., Szewczyk M., Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2006, s.11-23
3. Jaracz K., Kozubski W.: *Pielęgniarstwo neurologiczne: podręcznik dla studiów medycznych*, PZWL, 2012, s. 215-247
4. Kozubski W., Liberski P.: *Choroby układu nerwowego*, PZWL, 2003, s.138-141
5. Kózka M., Kózka M.: *Opieka nad pacjentem z chorobami naczyń tętnicznych i żylnych*. [W:] *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, pod red. Walewska E., PZWL, Warszawa 2013, s. 304
6. Kruś S.: *Choroby naczyń*. [W:] *Patologia. Podręcznik do licencjackich studiów medycznych*, pod red. Kruś S., PZWL, Warszawa, 2011, s. 146

7. Lipski J., Kondrat C.: Standard anestezyjologicznej opieki pielęgniarskiej nad chorym poddawanym znieczuleniu podczas embolizacji tętniaka mózgu. [W:] *Standardy anestezyjologicznej opieki pielęgniarskiej*, pod red. Krajewska-Kułał E., Rolka H., Jankowiak B., PZWL, Warszawa 2014, s. 532-544

8. Ludwiczak U., Mariak Z.: Tętniak to nie zawsze tykająca bomba. *Gazeta Współczesna*, 4 styczeń 2013, s. 3

9. Owczarski P., Dzierżęcki S.: Tętniak - choroba ludzi w każdym wieku. *Wyzwania dla personelu medycznego*, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 04/2014, s. 20-21

10. Pąchalska M.: *Podstawy teoretyczne procesu rehabilitacji neuropsychologicznej*. [W:] *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, pod red. Pąchalska M., PWN, Warszawa 2007, s. 209-233

11. Piętkowska B., Snarska K., Dziekońska M.: Ocena stanu zdrowia pacjentów z niepękniętymi tętniakami mózgu po zastosowaniu terapii interwencyjnej. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, nr 3/2014 s. 5-24

12. Prusiński. A.: *Neurologia praktyczna*. PWN, Warszawa 2007, str. 226

13. Semeniuk A., Sarżyńska J., Kapała A.: Kontrola parametrów życiowych, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 7-8/2011, s. 26-27

14. Semeniuk A., Skarżyńska J.: Odleżynoleczenie i profilaktyka. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 7-8/2011 s. 16

15. Szarmach A., Szurowska E., Kozera G.: *Współczesne metody diagnostyki obrazowej zmian udarowych w obrębie struktur mózgowych tylnego dołu czaszki. Udar mózgu. Problemy interdyscyplinarne*, nr 10/ 2008, s. 27-38

16. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, str. 134-137, 235-245, 260-263, 469-492, 500-508, 525-528, 590-605

17. Ślusarz R., Kubirowska M., Szrajda J.: Ocena Wydolności funkcjonalnej pacjentów przed zabiegiem neurochirurgicznym i po jego wykonaniu. *Problemy Pielęgniarstwa*, nr 4, 2010, tom 18, s. 379-383

18. Ślusarz R., Beuth W., Książkiewicz B.: Ocena czynnościowa chorych z krwotokiem podpajęczynówkowym, *Udar mózgu*, tom 10, nr 2/2008, s. 55-60

19. Ślusarz R., Królikowska A., Jabłońska R.: Wybrane problemy pielęgnacyjne występujące u chorego we wczesnym okresie po leczeniu operacyjnym tętniaka śródczaszkowego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, nr 3/2008 s. 120-121

20. Warlow Ch.: *Podręcznik leczenia w neurologii*, MediPage, Warszawa 2008, s.80-110

# Pytania i odpowiedzi

Czy położna może asystować przy zabiegu cesarskiego cięcia w charakterze asystenta operatora?

**Autor odpowiedzi:**

Choromańska Iwona

**Odpowiedzi udzielono:** 7 grudnia 2017 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

**PYTANIE**

Czy położna może asystować przy zabiegu cesarskiego cięcia, w którym bierze udział tylko jeden lekarz operator?

**ODPOWIEDŹ**

Położna nie posiada uprawnień do asystowania przy zabiegu cesarskiego cięcia w charakterze asystenta operatora. Uprawnienia położnej określa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych.

**UZASADNIENIE**

Artykuł 5 ust. 1 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p. stanowi, że wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także

z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;

5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,

b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Udział położnej przy zabiegu cesarskiego cięcia polega na wykonywaniu

czynności, do wykonywania których niezbędne jest ukończenie przez położną kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych. Program niniejszego kursu został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. Według programu ww. kursu, w zakresie nabytych umiejętności położna między innymi powinna umieć:

1) prowadzić proces pielęgnowania pacjentki w trzech fazach: przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej w bloku operacyjnym położnictwa (U43);

2) kontrolować stan używanych podczas zabiegów w położnictwie narzędzi, materiału opatrunkowego z nitką rtg, materiału szewnego przed, w trakcie i na zakończenie zabiegu (U44);

3) przygotować stanowiska pracy położnej operacyjnej instrumentującej i położnej operacyjnej pomagającej do zabiegów operacyjnych w położnictwie (U49);

4) zastosować procedury z uwzględnieniem etapów następujących zabiegów: cięcie cesarskie z dostępu nadłonowego poprzecznego, cięcie metodą Misgav-Ladach, cięcie cesarskie z dostępu pośrodkowego (U51).

Żadna z umiejętności przewidzianych w programie kursu nie dotyczy asystowania operatorowi przy wykonywaniu zabiegu cesarskiego cięcia. Powyższe oznacza, że asystowanie przy zabiegu cesarskiego cięcia w charakterze asystenta operatora nie należy do kompetencji położnej.

Czy do czasu objęcia pacjenta pielęgniarzką opieką długoterminową, pielęgniarka poz ma obowiązek sprawowania nad nim opieki?

**Autor odpowiedzi:**

Choromańska Iwona

**Odpowiedzi udzielono:** 19 listopada 2017 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

**PYTANIE**

Czy pielęgniarka środowiskowo-rodzinna (POZ) powinna u pacjenta leżącego wykonywać toaletę w łóżku,

w związku z sugestią rodziny pacjenta?

Jeżeli tak, to jak często?

Czy też może nauczyć wykonywania toalety pielęgnacyjnej członków rodziny?

Pacjentka czeka na objęcie opieki przez pielęgniarki opieki długoterminowej.

### ODPOWIEDŹ

Pielęgniarka POZ powinna u pacjenta leżącego wykonywać toaletę w łóżku, w związku z sugestią rodziny pacjenta. Przepisy r.ś.g.p.o.z. nie określają jak często należy wykonywać u pacjenta poszczególne czynności pielęgniarские.

Nic nie stoi na przeszkodzie, aby pielęgniarka POZ nauczyla członków rodziny świadczeniodawcy wykonywania toalety pielęgnacyjnej u pacjenta. Jednak do czasu objęcia pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową, pielęgniarka POZ ma obowiązek sprawowania opieki nad świadczeniobiorcą.

### UZASADNIENIE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1567), w załączniku nr 2 określa zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią pkt 1 załącznika Części IIA pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarскую w zakresie posiadanych kompetencji nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielenia świadczenia, obejmując opieką:

1) zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, z wyłączeniem noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;

2) osoby niepełnosprawne.

Pkt 4 Części IIA stanowi, że świadczenia pielęgnacyjne obejmują:

1) realizację opieki pielęgnacyjnej u świadczeniobiorców w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarской;

2) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych;

3) przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - dalej r.ś.g.p.o.z. określone zostały w załączniku nr 2 do r.ś.g.p.o.z. W myśl postanowień ww. załącznika:

1. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:

1) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie;

2) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;

3) wizytę patronażową, zgodnie z warunkami określonymi w części II;

4) testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyłań od normy rozwojowej, zgodnie z warunkami określonymi w części II;

5) świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy, zgodnie z warunkami określonymi w części III.

2. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane z zachowaniem następujących warunków:

1) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy (...)

3. Świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.

Tak więc, w świetle wskazanych powyżej przepisów r.ś.g.p.o.z., pielęgniarka POZ powinna u pacjenta leżącego, wykonywać toaletę w łóżku w związku z sugestią rodziny pacjenta. Przepisy r.ś.g.p.o.z. nie określają jak często należy wykonywać

u pacjenta poszczególne czynności pielęgniarские. Zgodnie z pkt 3 załącznika nr 2 do r.ś.g.p.o.z., świadczenia pielęgniarki POZ realizowane są w domu pacjenta zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby pielęgniarka POZ nauczyla członków rodziny świadczeniodawcy wykonywania toalety pielęgnacyjnej u pacjenta. Zwrócić należy jednak uwagę, że do czasu objęcia pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową, pielęgniarka POZ ma obowiązek sprawowania opieki nad świadczeniobiorcą.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej - dalej r.ś.g.p.i.o., określa między innymi wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

W myśl postanowień § 9 ust. 1 r.ś.g.p.i.o. świadczenia gwarantowane w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych, realizowane przez pielęgniarkę opieki długoterminowej obejmują:

1) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;

2) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;

3) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;

4) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;

5) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Zgodnie z § 9 ust. 2 r.ś.g.p.i.o. świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

## Czy pielęgniarka, która przeszła na emeryturę i została ponownie zatrudniona na tych samych warunkach, przysługuje prawo do dodatku z NFZ w kwocie 1200 zł?

### **Autor odpowiedzi:**

Choromańska Iwona

**Odpowiedzi udzielono:** 30 grudnia 2017 r., stan prawny do tychczas nie uległ zmianie

### **PYTANIE**

Czy pielęgniarka, która przeszła z dniem 25.11.2017 r. na emeryturę i została ponownie zatrudniona 1 grudnia 2017 r. na tych samych warunkach płacowych ma nadal prawo do dodatku z NFZ w kwocie 1200, zł. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r.?

### **ODPOWIEDŹ**

Pielęgniarka, która przeszła z dniem 25.11.2017 r. na emeryturę i została ponownie zatrudniona 1 grudnia 2017 r. na tych samych warunkach płacowych, na to samo stanowisko pracy, przysługuje nadal prawo do dodatku z NFZ w kwocie 1200 zł, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 14.10.2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umówo udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - r.z.r.o.w.u.

### **UZASADNIENIE**

Wskazane r.z.r.o.w.u. w § 4 ust. 1 stanowi, że w latach 2016-2018 świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, przekazuje w terminie określonym w ust. 2 do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, informację o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczenio-

dawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p. i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia. Powołany wyżej art. 19 ust. 1 pkt 1-3 u.z.p.p. określa, że pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód ramach: umowy o pracę, stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Powyższa informacja o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w różnych formach prawnych, przekazywana jest corocznie w latach 2016-2018 wg stanu na dzień 1 sierpnia danego roku. Jest to niezbędne dla ustalenia osób wykonujących zawód pielęgniarki lub położnej u danego świadczeniodawcy, mającego zawartą umowę z NFZ, uprawnionych do średniego wzrostu miesięcznych wynagrodzeń wraz z pochodnymi w kwotach wskazanych w ww. rozporządzeniu. Na okres od 1 września 2017 r. do 31 sierpnia 2018 r. średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w przeliczeniu na pełen etat wynosi 1200 zł. Informacja, o której mowa w § 4 ust. 1 r.z.r.o.w.u. przekazywana jest jeden raz w roku. Dodać należy również, że podobne regulacje dotyczą pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej.

Wzrost wynagrodzeń ma charakter kroczący. Jednakże zwrócić należy uwagę, iż ustawodawca

nie przewidział możliwości zmiany liczby etatów przeliczeniowych pielęgniarek i położnych w trakcie : danego okresu rozliczeniowego od 1 września danego roku do 31 sierpnia roku następnego. Kwota środków finansowych przyznana na dany okres rozliczeniowy nie ulega zwiększeniu. Konsekwencją takiej konstrukcji prawnej jest, że pielęgniarka, która zostaje przyjęta po 1 sierpnia danego roku w miejsce pielęgniarki uprzednio zgłoszonej, która zaprzestała świadczenia pracy bądź wykonywania usług pielęgniarskich w ramach praktyki zawodowej ma prawo do otrzymania dodatku przewidzianego w omawianym rozporządzeniu. Natomiast pielęgniarka zatrudniona po 1 sierpnia danego roku, która nie została zgłoszona przez świadczeniodawcę z oczywistych względów i nie jest przyjęta w miejsce poprzednio zgłoszonej pielęgniarki, nie nabywa prawa do otrzymania dodatku.

Datą graniczną jest dzień 1 sierpnia danego roku, ponieważ wg stanu na ww. dzień zgłaszane są do NFZ informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących zawód u danego świadczeniodawcy.

Jeżeli zatem, pielęgniarka zatrudniona była wg stanu na dzień 1 sierpnia 2017r. i została wykazana do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, to wówczas nabyła prawo do wzrostu średniego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o kwotę 1200 zł. Fakt, iż osoba taka przeszła następnie na emeryturę i po kilku dniach wróciła do pracy na to samo stanowisko, pod warunkiem, że nikt w międzyczasie nie zatrudniono na jej miejsce (etat), oznacza, że w dalszym ciągu uprawniona jest ona do otrzymywania ww. kwoty.

## Obowiązkowa składka członkowska - 2018 rok

Wysokość składki członkowskiej w 2018 roku dla osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek, w tym również wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych, wynosi **35 zł 55 gr.**

Jest to 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw

bez wypłat nagród z zysku ogłoszonego przez Prezesa GUS za czwarty kwartał poprzedniego roku kalendarzowego, czyli kwoty 4739 zł 51 gr.

Jednocześnie informujemy, że w 2018 roku (jak i w poprzednich latach) składka osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, na podstawie stosunku służbowego lub na podstawie umowy zlecenia wynosi 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

Przypominamy, że opłacanie składek członkowskich przez pielęgniarki, pielęgniarszy i położne jest obowiązkowe. Wynika to z faktu, iż

zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) obowiązkowa jest przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu.

Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz.U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

## Opłata za wpis do rejestru działalności leczniczej – 2018 rok

Opłata za wpis do rejestru działalności leczniczej, zgodnie z zapisem art. 105 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. w przypadku praktyki pielęgniarki/położnej, wynosi 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przed-

siębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru,

zaokrąglonego w górę do pełnego złotego.

Na rok 2018 opłata wynosi **91,00 zł**. Natomiast wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty tj. **45,50 zł**.



## Znamy termin beatyfikacji pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej

Beatyfikacja Hanny Chrzanowskiej została oficjalnie potwierdzona. Informację o dacie i miejscu przekazał w imieniu Ojca Świętego Franciszka abp Angelo Becciu z Sekretariatu Stanu Stolicy Apostolskiej. Czcigodna Służebnica Boża Hanna Chrzanowska zostanie ogłoszona Błogosławioną **w sobotę 28 kwietnia 2018 r. w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach**. Termin beatyfikacji związany jest z przypadającą w tym roku 45. rocznicą śmierci krakowskiej pielęgniarki.

Hanna Chrzanowska była pionierką pielęgniarstwa społecznego i parafialnego. Współpracowała z kard. Karola Wojtyłą, który mówił, że Hanna była „ogromną pomocą i oparciem” oraz „sumieniem polskiego pielęgniarstwa”. Towarzystwo chorym było istotą jej misji – ze szczególnym oddaniem opiekowała się pacjentami w ich domach. Wyznaczyła standardy nowoczesnej opie-

ki nad chorymi, której fundamentem jest nie tylko niesienie ulgi w bólu fizycznym, ale także pomoc duchowa. Osoby bliżej znające Hannę zgodnie potwierdzały, że pielęgniarka w sposób heroiczny wypełniała przykazanie miłości bliźniego.

Dlatego w 1995 r. pielęgniarki skupione w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych zwróciły się z prośbą do ks. kard. F. Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego. 1 października 2015 roku Stolica Apostolska ogłosiła dekret o heroiczności jej cnót. Natomiast 7 lipca ubiegłego roku papież Franciszek zatwierdził dekret beatyfikacyjny, uznając cud uzdrowienia mieszkanki Krakowa z 2001 r. za przyczyną służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej.

Pod koniec ubiegłego roku został powołany Komitet Organizacyjny, którego celem jest logistyczne i duszpasterskie przygotowanie uroczystości beatyfikacyjnych. Na jego czele



stoi bp Jan Zając, który powiedział, że „najważniejsze będzie przygotowanie duszpasterskie, czyli ukazanie postaci Hanny Chrzanowskiej, która ma być czczona nie tylko jako błogosławiona, ale ma być wzorem postępowania”. Beatyfikacja krakowskiej pielęgniarki to potwierdzenie, że Hanna Chrzanowska jest dla wszystkich dobrym przykładem oraz wzorem służby drugiemu człowiekowi.

Źródło: NIPiP



**KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIELEŃNIAREK  
I POŁOŻNYCH POLSKICH, ODDZIAŁ KRAKÓW  
31-034 Kraków, ul. Kopernika 9**

Szanowna Pani  
**Renata Michalska**  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie  
ul. Bieszczadzka 5 pok. 209  
38-400 Krosno

*Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich Oddział w Krakowie oraz Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie składają podziękowania za udzielenie wsparcia finansowego na rzecz projektu i wykonania relikwiarza Czcigodnej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej, która na mocy Dekretu Papieża Franciszka zostanie w kwietniu 2018 roku beatyfikowana.*

*Postać Czcigodnej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej jest niezwykle istotna dla całego środowiska pielęgniarek i położnych. To dzięki Państwa wsparciu na tak istotnym atrybucie procesu beatyfikacyjnego, umieszczona będzie informacja o ufundowaniu go przez polskie pielęgniarki i położne, co niewątpliwie stanowić będzie nobilitację zawodu pielęgniarki i położnej w tak ważnym dniu.*

*Kraków, dnia 12 grudnia 2017 r.*

Prezes  
Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek  
i Położnych Polskich - Oddział Kraków

  
mgr Izabela Cwiertnia

Przewodniczący  
Małopolskiej Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

  
dr Tadeusz Wadas

# Serdeczne gratulacje!!!

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku w dniu 4 października 2017 r. została wybrana i wskazana do pełnienia tej funkcji

**Pani Katarzyna Kruczek.**

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rymnowie została wybrana i wskazana do pełnienia tej funkcji

**Pani Bernadeta Rauk.**

W związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie w dniu 10 kwietnia 2017 r., 11 września 2017 r. 18 grudnia 2017 r. i 20 grudnia 2017 r. zostały wybrane i wskazane do pełnienia tej funkcji:

**Pani Anna Wojtoń** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Dermatologicznego,

**Pani Lucyna Pacek** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Gastroenterologicznego,

**Pani Anna Winiarska** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Okulistycznego,

**Pani Jadwiga Nawrocka** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Reumatologicznego,

**Pani Bogumiła Zięba** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

**Pan Łukasz Hajduk** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Urazowo - Ortopedycznego,

**Pani Zofia Rysz** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Kardiologicznego z Ośrodkiem Implantacji Stymulatorów Serca,

**Pani Kinga Woźniak** - Pielęgniarka Oddziałowa Dziennego Oddziału Psychiatrycznego,

**Pani Krystyna Krygowska** - Położna Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno - Położniczego,

**Pani Bogumiła Gazda** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu,

**Pani Lucyna Sznajder** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych z Pododdziałem Geriatrii,

**Pani Dorota Pelczarska** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej.

W związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku w dniu 11 grudnia 2017 r. zostały wybrane i wskazane do pełnienia tej funkcji:

**Pani Wanda Kot** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Obserwacyjno - Zakaźnego,

**Pani Jolanta Bartkowska** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu,

**Pani Barbara Bindas** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

**Gratulacje oraz życzenia pomyślności i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym składa Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.**

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60

www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska  
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 12 II 2018 roku.



Podnosimy jakość kształcenia



**Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych  
Sp. z o.o. w Rzeszowie  
PLACÓWKA SZKOLENIOWA W KROŚNIE**

zaprasza na komercyjne szkolenia w I półroczu:

**Kursy specjalistyczne w zakresie:**

1. Wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłego dla pielęgniarek i położnych
2. Resuscytacja krążeniowo- oddechowa dla pielęgniarek i położnych
3. Resuscytacja oddechowo- krążeniowa noworodka dla pielęgniarek i położnych
4. Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych
5. Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek
6. Leczenie ran dla pielęgniarek
7. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji dla położnych (PROJEKT)

**Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek
2. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych
3. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
4. Pielęgniarstwo kardiologiczne dla pielęgniarek

***W przygotowaniu kursy w ramach PROJEKTU - realizacja od kwietnia 2018 r.  
Bliższe informacje wkrótce.***

**Świadoma edukacja to nasz sposób  
na lepsze pielęgniarstwo**

**KONTAKT:**

ul. Bieszczadzka 5, 38-480 Krosno

T 13 43 72 781

K 508 867 946, 508 867 756, 508 868 063

E krosno@okppip.pl

**www.okppip.pl**