

FORUM

ZAWODOWE 1(140) 2024



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

- 3** 15 lutego Europejski Dzień Pielęgniarstwa Okołooperacyjnego
- 4** „Nie jest dobrze, by człowiek był sam”. Leczyć chorego poprzez leczenie relacji
- 6** Wspólne stanowiska Prezydium nrpip i Naczelnej Rady Lekarskiej
- 11** Czy zabraknie pielęgniarek, położnych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)?
- 12** Do 2030 roku liczba pielęgniarek i położnych zmniejszy się o ponad 26 tysięcy! – Alarmuje samorząd zawodowy W Polsce zabraknie pielęgniarek i położnych!
- 15** Nowe kompetencje pielęgniarek i położnych
- 22** Punkty edukacyjne - czy są nam potrzebne?
- 25** Najważniejsze wyzwania systemu ochrony zdrowia w 2024 roku
- 27** Masz obowiązek udzielenia pomocy
- 31** Pytanie: kto podczas zabiegu operacyjnego, który jest świadczeniem zdrowotnym, powinien asystować pielęgniarsce operacyjnej czystej jako osoba lotna?
- 33** Bezpieczeństwo i higiena pracy pielęgniarki w podmiotach wykonujących działalność leczniczą
- 38** Kampania Położna na Medal
- 39** Opłaty i składki w roku 2024
- 40** Przypominamy!
- 40** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

*Wiatr gra mi na kościach mych psalmy
jak na koślawej fujarce –
żeby choć papież spojrział
na mnie – przez białe swe palce.*

*Żeby choć Matka Boska
przez chmur zabite wciąż deski –
uśmiech mi Swój zesłała
jak ptaszka we mgle niebieskiej.*

*I wiem, gdy łzę swoją trzymam
jak złoty kamyk z procy –
zrozumie mnie mały Baranek
z najcichszej Wielkiej Nocy.*

*Pyszczek położy na rękę
sumienia wywróci podszewkę –
serca mojego ocali
czerwoną chorągiewkę.*

ks. J. Twardowski



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: biuro@oipip.krosno.pl

Biuro Izby czynne

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

Radca Prawny

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

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

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

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

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

**Z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych
składam wszystkim pielęgniarkom i położnym
życzenia zdrowia, pomyślności
w życiu zawodowym i osobistym,
wielu radosnych chwil w rodzinnym gronie,
które niech niosą radość,
spełnią nadzieję i będą wypełnione miłością.**

*Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Krośnie
Renata Michalska*



15 lutego Europejski Dzień Pielęgniarstwa Okółooperacyjnego

W tym roku obchodzony pod hasłem:

„DUMNE PIELEŃNIARKI SALI OPERACYJNEJ – NASZA PRZYSZŁOŚĆ”

**Szanowne Koleżanki,
Szanowni Koledzy**

W dniu Waszego Święta życzymy Wam - Drogie Koleżanki i Koledzy - dużo zdrowia, spełnienia marzeń, dni pełnych optymizmu, ciepła oraz nowych wyzwań,

które przyczynią się do Waszego rozwoju. Aby praca w zespołach jakie tworzyście dawała Wam poczucie bezpieczeństwa, a operacje przebiegały zgodnie z ustalonymi procedurami.

Aby każdy nowy dzień w Waszej pracy zawodowej niósł za sobą odkrywanie po-

zytywnych stron, przyniósł wiele satysfakcji w wykonywaniu trudnych i odpowiedzialnych zadań. Radości i dobrych dni w życiu osobistym.

*Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Krośnie*

Orędzie Ojca Świętego na XXXII Światowy Dzień Chorego (11 lutego 2024 r.)

„Nie jest dobrze, by człowiek był sam”. Leczyć chorego poprzez leczenie relacji

„Nie jest dobrze, by człowiek był sam” (Rdz 2, 18). Od początku Bóg, który jest miłością, stworzył człowieka dla komunii, wpisując w jego istotę wymiar relacji. W ten sposób nasze życie, ukształtowane na obraz Trójcy Świętej, jest powołane do pełnego realizowania się w dynamizmie relacji, przyjaźni i wzajemnej miłości. Jesteśmy stworzeni, by przebywać razem, a nie samotnie. I właśnie dlatego, że ów projekt komunii jest tak głęboko wpisany w ludzkie serce, doświadczenie opuszczenia i samotności przeraża nas i okazuje się dla nas bolesne, a nawet niehumanitarne. Staje się ono jeszcze bardziej dotkliwie w czasie słabości, niepewności i poczucia braku bezpieczeństwa, często spowodowanych wystąpieniem jakiegś poważnej choroby.

Myślę na przykład o tych, którzy byli prerażająco samotni podczas pandemii Covid-19: pacjentach, którzy nie mogli przyjmować odwiedzających, ale także pielęgniarkach, lekarzach oraz o personelu pomocniczym, wszystkich przeciążonych pracą i odizolowanych na oddziałach zamkniętych. I oczywiście nie zapominajmy o tych, którzy musieli samotnie stawić czoła godzinie śmierci, wprowadzić pod opieką personelu medycznego, ale z dala od swoich rodzin.

Jednocześnie, ze smutkiem dzielę cierpienie i samotność tych, którzy z powodu wojny i jej tragicznych następstw, znajdują i się bez wsparcia i pomocy: wojna jest najstraszniejszą z chorób społecznych, a osoby najsłabsze płacą za nią najwyższą cenę.

Trzeba jednak podkreślić, że nawet w krajach, które cieszą się pokojem i większymi zasobami, czas starości i choroby jest często przeżywany w samotności, a niekiedy wręcz w opuszczeniu. Ta smutna sytuacja jest przede wszystkim konsekwencją kultury indywidualizmu, która wychwala wydajność za wszelką cenę i kulturu mit efektywności, stając się obojętną, a nawet bezlitosną, gdy ludzie nie mają już siły, by dotrzymać kroku. Staje się wtedy kulturą odrzuce-

nia, w której „ludzie nie są już postrzegani jako podstawowa wartość, którą należy szanować i chronić, szczególnie jeśli są ubodzy lub niepełnosprawni, jeśli „nie są jeszcze potrzebni” — jak dzieci nie-narodzone — lub „nie są już potrzebni” — jak osoby starsze” (Enc. Fratelli tutti, 18). Niestety, logika ta przenika również niektóre wybory polityczne, które nie potrafią w centrum umieścić godności osoby ludzkiej i jej potrzeb, oraz nie zawsze sprzyjają strategiom i zasobom niezbędnym do zapewnienia każdej istocie ludzkiej podstawowego prawa do zdrowia i dostępu do leczenia. Jednocześnie, porzucanie osób słabych i ich samotność są potęgowane także przez ograniczenie opieki wyłącznie do usług zdrowotnych, bez mądrego wspierania ich przez „przymierze terapeutyczne” między lekarzem, pacjentem i członkiem rodziny.

Warto, abyśmy raz jeszcze usłyszeli to biblijne słowo: nie jest dobrze, by człowiek był sam! Bóg wypowiada je na samym początku stworzenia, i w ten sposób ukazuje nam głęboki sens swojego planu dla ludzkości, ale jednocześnie, ukazuje śmiertelną ranę grzechu, którą wprowadzamy rodząc podejrzenia, pęknięcia, podziały, a zatem izolację. Grzech dotyka człowieka we wszystkich jego relacjach: z Bogiem, z samym sobą, z innymi, ze stworzeniem. Taka izolacja sprawia, że zatracamy sens istnienia, odbiera nam radość miłości i sprawia, że doświadczamy przytłaczającego poczucia samotności we wszystkich kluczowych etapach życia.

Bracia i siostry, pierwszą formą opieki, jakiej potrzebujemy w chorobie, jest bliskość pełna współczucia i czułości. Dlatego opieka nad chorym oznacza przede wszystkim troskę o jego relacje, wszystkie jego relacje: z Bogiem, z innymi — rodziną, przyjaciółmi, pracownikami służby zdrowia — ze stworzeniem, z samym sobą. Czy jest to możliwe? Tak, jest to możliwe i wszyscy jesteśmy wezwani do zaangażowania się, aby tak się stało. Spójrzmy na obraz Dobrego Samarytani-

na (por. Łk 10, 25-37), na jego zdolność do zwolnienia kroku i stania się bliźnim, na czułość, z jaką koi rany cierpiącego brata.

Pamiętajmy o tej centralnej prawdzie naszego życia: przyszliśmy na świat, ponieważ ktoś nas przyjął, jesteśmy stworzeni do miłości, jesteśmy powołani do komunii i braterstwa. Ten wymiar naszego jestestwa podtrzymuje nas szczególnie w okresach choroby i słabości, i jest pierwszą terapią, którą musimy wszyscy razem zastosować, aby uleczyć choroby społeczeństwa, w którym żyjemy.

Wam, którzy doświadczacie choroby, czy to przejściowej, czy przewlekłej, chciałbym powiedzieć: nie wstyďte się swojego pragnienia bliskości i czułości! Nie ukrywajcie go i nigdy nie myślcie, że jesteście ciężarem dla innych. Sytuacja osób chorych zachęca wszystkich do zhamowania nadmiernego tempa, w którym jesteśmy zanurzeni, i do odnalezienia siebie.

W tym okresie zachodzących zmian, w którym żyjemy, szczególnie my chrześcijanie, jesteśmy wezwani do przyjęcia współczującego spojrzenia Jezusa. Troszczmy się o tych, którzy cierpią i są samotni, być może zepchnięci na margines i odrzuceni. Z wzajemną miłością, którą Chrystus Pan daje nam w modlitwie, a zwłaszcza w Eucharystii, ulecmy rany samotności i izolacji. I w ten sposób współpracujemy, aby przeciwdziałać kulturze indywidualizmu, obojętności, odrzucenia, oraz rozwijać kulturę czułości i współczucia.

Chorzy, słabi, ubodzy są w sercu Kościoła i muszą być także w centrum naszej ludzkiej uwagi oraz duszpasterskiej troski. Nie zapominajmy o tym! Powierzmy się Najświętszej Maryi Pannie, Uzdrawieni Chorych, aby wstawiała się za nami i pomagała nam być twórcami bliskości i relacji braterskich.

*Rzym, u Świętego Jana na Lateranie,
dnia 10 stycznia 2024 roku.*

FRANCISZEK

Samorząd pielęgniarek i położnych za obywatelskim projektem ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników medycznych
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przyjęło stanowisko popierające nowelizację obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

– Jesteśmy często pytani jako samorząd zawodowy o stanowisko w sprawie projektu obywatelskiego. Braliśmy udział w zbieraniu podpisów, wielu z nas podpisało się pod tym projektem. Dostrzegamy szereg problemów i wielokrotnie apelowaliśmy o pozytywne zmiany. Problem zmniejszania się liczby pielęgniarek, w wielu regionach stały już ich deficyt, szybki wzrost średniego wieku oraz nowe wyzwania, z którymi spotykają się pielęgniarki i położne w związku ze zmianami demograficznymi i rozwojem medycyny nie są fantazją, a realiami, z którymi mierzymy się w codziennej pracy – mówi Mariola Łodzińska, prezes NRPIP. – Celem jest zatrzymanie pielęgniarek z dużym doświadczeniem i kilkudziesięcioma latami pracy i równoczesne przyciągnięcie

młodych. Bo oni zazwyczaj, jeśli podejmują pracę w zawodzie, to w prywatnych podmiotach, a nie systemie publicznym.

Obowiązująca dzisiaj ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych doprowadziła do konfliktów w środowisku oraz stworzyła pracodawcom możliwość stosowania praktyki oszczędzania przez sztuczne obniżanie wymagań na poszczególnych stanowiskach bez związku z realnie wykonywanymi obowiązkami. W stanowisku czytamy: „Najważniejsze postulaty to zmniejszenie różnic płacowych bez pomijania kompetencji, czyli zarówno wykształcenia jaki i doświadczenia. Oba te

aspekty są bardzo ważne w naszym zawodzie. Po drugie bardzo ważny jest postulat uznania wykształcenia posiadanego, a nie wymaganego na danym stanowisku.”

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zawody pielęgniarki i położnej są szczególnymi zawodami, ze względu na specyficzne warunki pracy, dbanie o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta podczas realizowania świadczeń zdrowotnych, dlatego organizacja i funkcjonowanie tych zawodów wymaga ujednoczenia rozwiązań systemowych, poprzez wprowadzenie motywacyjnego poziomu wynagrodzeń i zapobieganiu nierównościami w poszczególnych grupach wynagrodzeń.

Stanowisko nr 2 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 13 lutego 2024 r.

w sprawie poparcia nowelizacji obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych popiera propozycje zapisów zawartych w projekcie ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który został złożony przez Komitet Inicjatywy Ustawodawczej w Sejmie RP.

W opinii Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych obywatelski projekt jest pożądaną i konieczną nowelizacją ww. ustawy, ze względu na sukcesywne i ostateczne zniwelowane różnic i dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Ostatnia nowelizacja ustawy wprowadziła krzywdzące zasady wynagrodzeń, szczególnie wśród

grupy pielęgniarek i położnych, które charakteryzują się bardzo dużym doświadczeniem zawodowym.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zawody pielęgniarki i położnej są szczególnymi zawodami, ze względu na specyficzne warunki pracy, dbanie o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta podczas realizowania świadczeń zdrowotnych, dlatego organizacja i funkcjonowanie tych zawodów wymaga ujednoczenia rozwiązań systemowych, poprzez wprowadzenie motywacyjnego poziomu wynagrodzeń i zapobieganiu nierównościami w poszczególnych grupach wynagrodzeń.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwraca szczególną uwagę na właściwy przepis w projekcie ustawy,

gdyż kryterium faktycznie posiadanych kwalifikacji na zajmowanym stanowisku, będzie podstawą do ustalenia współczynników pracy dla danej grupy zawodowej. Niezwykle ważnym elementem będzie wniesienie przepisu gwarantującego przekazywanie środków finansowych na pokrycie wzrostu minimalnego wynagrodzenia wprowadzonego przedmiotową ustawą, a także stworzenie mechanizmu podnoszenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników w sposób ciągły, przez cały rok kalendarzowy.

Wiceprezes NRPIP
Andrzej Tytuła

Prezes NRPIP
Mariola Łodzińska

Wspólne stanowiska Prezydium NRPIP i Naczelnej Rady Lekarskiej - 15.02.2024 r.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obradowały na wspólnym posiedzeniu. Omawiali ważne kwestie dotyczące zawodów medycznych, które reprezentują. Wśród omawianych punktów znalazł się projekt stanowiska dotyczącego zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane, kształcenia lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych.

– Razem pracujemy i mamy wiele wspólnych problemów. Jeśli rozwiążemy je wspólnie to rozwiązania te są komplementarne. Celem jest uporządkowanie spraw, które utrudniają nam pracę i opiekę nad pacjentem. Cieszę się, że wspólnie z prezesem Łukaszem Janekowskim udało nam się ustalić wspólne obszary działania. Jestem przekonana, że to pierwsze, ale nie ostatnie takie posiedzenie – powiedziała Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W opinii samorządów niezbędne jest dostosowanie procesu edukacji medycznej do aktualnych potrzeb i wymagań pacjentów. Wysoka jakość kształcenia to odpowiednie przygotowanie specjalistów opiekujących się pacjentami. Zgodnie podkreślono potrzebę utrzymania odpowiednich standardów nauczania przyszłych medyków. W procesie kształcenia pielęgniarek i położnych należy m.in. określić poziomy kom-

petencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów i dziedzin kształcenia podyplomowego oraz wskazać uprawnienia do realizacji konkretnych świadczeń zdrowotnych. Wskazano także na konieczność zamknięcia lub wygaszenia kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych, które nie uzyskały pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i wykorzystania potencjału uniwersytetów medycznych i akredytowanych jednostek do kształcenia personelu lekarskiego.

Przedstawiciele samorządów pochyli się także nad problemem znajomości języka polskiego przez osoby uzyskujące prawo wykonywania zawodu w dziedzinie medycyny. Przedstawiciele samorządów przywołali przykłady toczących się w pionach odpowiedzialności zawodowej spraw lekarzy i pielęgniarek, którzy nie rozumiejąc i nie władając językiem polskim w zawodzie narazili pacjentów na utratę życia i zdrowia. W podjętym stanowisku wskazano, że znajomość języka polskiego jest nieodzowna do efektywnej komunikacji z pacjentami oraz członkami zespołu opiekującego się pacjentem oraz zapewnienia bezpieczeństwa i jakości świadczeń medycznych.

Przyjęto także stanowisko dotyczące zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane. Omawiany projekt stanowił podstawę do dyskusji nad ochroną interesów i dobra pacjentów oraz wyzna-

czaniem granic postępowania medycznego w sytuacjach kontrowersyjnych. Samorzady – pielęgniarek i położnych oraz lekarski oczekują przywrócenia możliwości bezpiecznego leczenia i zadeklarowały wspólne dążenie do wprowadzenia w życie klauzuli wyższego dobra.

Samorządom zależy na uregulowaniu obszaru medycyny estetycznej, która w ostatnich latach bardzo dynamicznie się rozwija, a jest praktycznie nieuregulowana. Celem jest stworzenie jasnych i sprecyzowanych wytycznych dla pielęgniarek i położnych oraz lekarzy zajmujących się tym zakresem.

W wolnych wnioskach omówiono m.in. kwestię samodoskonalenia zawodów medycznych, w tym przyznawania i egzekwowania punktów edukacyjnych, znieczuleń w opiece okołoporodowej oraz transplantologii i jak rozmawiać z pacjentami o pobieraniu organów do przeszczepów.

Oba Prezydium podkreśliły znaczenie współpracy między samorządami, zarówno na rzecz bezpieczeństwa leczenia, jak i ochrony praw zawodów medycznych. Jednocześnie postanowiono kontynuować dialog w celu ustalenia dalszych działań na rzecz rozwoju ochrony zdrowia oraz podniesienia standardów świadczonych usług. Postanowiono, że wspólne posiedzenia będą odbywać się co pół roku.



STANOWISKO nr 1
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

z dnia 14 lutego 2024 r.

w sprawie zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz samorząd zawodowy lekarzy oczekują pilnej zmiany modelu odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane. Aktualny system, skoncentrowany na poszukiwaniu winnych celem pociągnięcia ich do odpowiedzialności karnej, nie realizuje podstawowego priorytetu polityki zdrowotnej, jakim jest poprawa jakości opieki nad pacjentem, przy tym niszczy zaufanie między pacjentami a personelem medycznym, nie sprzyja także rozwojowi i kształceniu kadr medycznych, zwłaszcza w obszarach medycyny, w których ryzyko powikłań czy niepowodzenia leczniczego jest wyższe i sprzyja emigracji wykwalifikowanego personelu medycznego za granicę.

Zawody medyczne oczekują przywrócenia możliwości bezpiecznego wykonywania pracy.

Zmiana podejścia do zdarzeń niepożądanych jest niezbędna dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce i w żadnym stopniu nie przyczyni się do obniżenia standardów opieki medycznej, a wręcz przeciwnie – powinna zapewnić poprawę jej funkcjonowania.

W ciągu ostatnich lat wielokrotnie obserwowaliśmy starania, aby maksymalnie zwiększyć rygor odpowiedzialności karnej za przestępstwa, które brane są pod uwagę w przypadku wystąpienia błędu me-

dycznego. Mieliśmy zapowiedzi zmian kodeksu karnego idące w kierunku zaostrzenia kar, było także nagłaśnianie spraw medycznych w mediach i wydawanie tym trybem przedwczesnych wyroków, zanim zapadły jakiegokolwiek orzeczenia sądowe. Wszystkie te działania – w istocie nastawione na krótkotrwały efekt polityczny – oceniane w perspektywie długofalowej zupełnie nie sprzyjają poprawie jakości w ochronie zdrowia, negatywnie wpływają na rozwój i kształcenie kadr medycznych, psują nasze relacje z pacjentami. Przyjęto całkowicie błędne założenie, że strach przed odpowiedzialnością karną jest metodą na budowanie jakości w opiece medycznej, tymczasem presja na karanie personelu medycznego prowadzi do braku kadry w specjalnościach, w których występuje ryzyko niepowodzenia leczniczego, tym samym zmniejszenia dostępności usług medycznych. Do tego zapadające w indywidualnych sprawach orzeczenia sądowe nie pozwalają na systemową ocenę czynników sprzyjających występowaniu niepowodzenia leczniczego.

System opieki zdrowotnej w Polsce powoli zbliża się do momentu, w którym ważniejsze stanie się bezpieczeństwo prawne leczącego, niż dobro leczonego, a w placówkach medycznych podejmowane będą działania nieryzykowne dla personelu medycznego, niekoniecznie zaś najskuteczniejsze dla pacjenta.

Przy pracach nad zmianą aktualnego systemu oceny zdarzeń niepożądanych należy wziąć pod uwagę takie okoliczności jak: niedostateczne finansowanie świadczeń zdrowotnych i placówek, które ich udzielają, powszechnie występujące braki kadrowe, wykonywanie przez personel medyczny pracy w wielkim stresie, dynamicznie zmieniający się poziom wiedzy na temat schorzeń i metod leczenia, występowanie różnic poglądów w gremiach naukowych. Przede wszystkim jednak należy brać pod uwagę szczególnie rodzaj działalności, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdzie działania personelu medycznego nie są podejmowane w złej wierze, ale wprost przeciwnie – każdemu z nas przyświeca motywacja niesienia pomocy choremu.

Ze wskazanych powodów samorząd pielęgniarek i położnych oraz samorząd lekarski oczekują od władz państwowych zdecydowanej zmiany podejścia do sytuacji, w których procedury medyczne zakończyły się niepowodzeniem. Należy zdjąć z osób wykonujących zawody medyczne ryzyko odpowiedzialności karnej za czyny nieumyślne wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjenci powinni zapewnić natomiast mechanizmy pozwalające na efektywne, szybkie i pozasądowe uzyskanie odpowiedniej rekompensaty za poniesione szkody.

STANOWISKO nr 2
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

z dnia 14 lutego 2024 r.

w sprawie kształcenia pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentyków

Samorzady zawodowe pielęgniarek i położnych oraz lekarzy i lekarzy dentyków od wielu lat nieustannie zabiegają aby kształcenie studentów na kierunku: lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie i położnictwie było opar-

te o jak najwyższe standardy edukacyjne. Prezydium NRPiP i NRL zwracają uwagę, że brak zachowania wymogów gwarantujących wysoką jakość kształcenia niesie za sobą realne zagrożenie z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów, które za-

leży od jakości świadczonych usług medycznych.

Dostrzegając pojawiające się w ostatnim czasie rozwiązania legislacyjne, które istotnie obniżają jakość kształcenia pielęgniarek, położnych, lekarzy i leka-

rzy dentystów Prezydium NRPiP i NRL stoją na stanowisku, że konieczne jest pilne podjęcie następujących działań dotyczących kształcenia polegających na:

w zakresie kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów:

1. zamknięciu lub wygaszeniu kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych, które nie uzyskały pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i wykorzystaniu potencjału uniwersytetów medycznych i akredytowanych jednostek do kształcenia personelu lekarskiego, samo kształcenie zaś powinno być oparte o model akademicki, a nie zawodowy.

2. wsparciu rozwoju i zwiększaniu naboru na studia w uczelniach o profilu ogólnoakademickim prowadzących kształcenie w zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Wykształcenie lekarza wymaga nie tylko nabycia kompetencji czysto zawodowych, ale także nabycia umiejętności pracy naukowej, przygotowania w szerokim kontekście humanistycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną, co jest możliwe wyłącznie w warunkach uniwersyteckich. Zapewnienie właściwej jakości kształcenia w tych zawodach wymaga przede wszystkim posiadania wykwalifikowanej i zróżnicowanej kadry dydaktycznej oraz dostępu do bazy klinicznej, której zorganizowanie i utrzymanie jest niezwykle trudne i kosztowne. Uczelnie zawodowe mają bardzo ograniczone możliwości, aby te warunki spełnić.

3. zwiększeniu finansowania Polskiej Komisji Akredytacyjnej na działania zmierzające do zapewnienia wysokiej jakości kształcenia.

4. zwiększeniu finansowania Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi i zmia-

ny formuły Lekarskiego Egzaminu Końcowego, tak aby faktycznie weryfikować wiedzę absolwentów lekarskich i lekarsko-dentystycznych.

5. zmianie organizacji zarządzenia kształceniem tak, aby nadzór sprawowany był przez jedno, a nie dwa ministerstwa.

6. wprowadzeniu zmian legislacyjnych nadających Polskiej Komisji Akredytacyjnej większy zakres uprawnień – czynienie opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej wiążących dla Ministra Edukacji i Nauki.

7. wprowadzeniu zmian w składzie zespołu nauk medycznych i nauk o zdrowiu w Polskiej Komisji Akredytacyjnej opiniujących kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, tak aby w każdym takim zespole oceniającym znajdował się przedstawiciel samorządu lekarskiego.

w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych:

1. określeniu poziomów kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów i dziedzin kształcenia podyplomowego, oraz wskazaniu uprawnień do realizacji konkretnych świadczeń zdrowotnych,

2. wdrożeniu systemu akredytacji dla podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych,

3. wprowadzeniu mechanizmu weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne w formie aktu prawnego.

4. studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo powinny odbywać się w systemie stacjonarnym, co zapewni wysoką jakość kształcenia,

5. studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo należy prowadzić na uniwersytetach medycznych lub

w akademiach, które prowadzą i finansują badania naukowe na danym kierunku, w tym badania naukowe z udziałem nauczycieli i studentów. Przyczyni się to do poprawy jakości prowadzonego kształcenia na pielęgniarstwie i położnictwie,

6. liczbę członków Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP) należy zwiększyć do 20, w tym 10 członków – przedstawicieli szkół kształcących pielęgniarki i położne, 6 przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i po 2 przedstawicieli pozostałych stowarzyszeń i organizacji zawodowych pielęgniarek i położnych, których powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród zgłoszonych kandydatów. Obecny zapis uniemożliwia sprawne przeprowadzenie oceny (akredytacji) poszczególnych kierunków, a także monitoringów w tych uczelniach. Członkami KRASzPiP powinni być przedstawiciele zawodu pielęgniarek i położnych,

7. wypracowaniu i wdrożeniu modelu współpracy uczelni z podmiotami leczniczymi w zakresie realizacji kształcenia praktycznego (zajęć praktycznych i praktyk zawodowych).

Prezydium NRPiP i NRL wskazują, że realizacja postulatów, kierowanych wielokrotnie do decydentów jest niezbędna do zachowania jak najwyższej jakości kształcenia na wydziałach: pielęgniarstwach, położniczych, lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Brak zachowania odpowiednich standardów w tym zakresie niesie za sobą realne zagrożenie w postaci obniżenia jakości kształcenia, a w długofalowym efekcie pogorszenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. W związku z powyższym Prezydium NRPiP i NRL apelują do Rządu RP o jak najszybsze wdrożenie wskazanych działań dotyczących kształcenia naszych środowisk.

STANOWISKO nr 3

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

z dnia 14 lutego 2024 r.

w sprawie znajomości języka polskiego przez osoby wykonujące zawód medyczny

Samorządy zawodowe pielęgniarek i położnych oraz lekarzy i lekarzy dentyistów w związku z obowiązującymi regulacjami w zakresie przyznawania prawa

wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty, zawodu pielęgniarki i zawodu położnej w tzw. „uproszczonych trybach” tj. warunkowego prawa wy-

konywania zawodu, prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, które nie wymagają od pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentyistów

wykazania odpowiedniej znajomości języka polskiego, stwierdzają, że znajomość języka polskiego (zarówno w mowie i piśmie) powinna stanowić jeden z najważniejszych warunków wymaganych od osób z innych państw, które zamierzają wykonywać zawód medyczny w Polsce.

Prezydium NRL i Prezydium NRPiP stoją na stanowisku, że pielęgniarki, położne, lekarze i lekarze dentyści, którzy przyjeżdżają z zagranicy w celu udzie-

lenia świadczeń zdrowotnych w Polsce muszą bezwzględnie posiadać znajomość języka polskiego, która zapewni właściwą komunikację z pacjentem i zespołem terapeutycznym.

Kontakt osób wykonujących zawód medyczny z pacjentem wynika z bezwzględnych warunków realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta, zgodnie z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo,

wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Tym samym nie jest dopuszczalny taki standard komunikacji, w którym ww. osoby nie posługują się językiem, którym włada pacjent, a któremu udzielane są świadczenia zdrowotne. Znajomość języka polskiego, która umożliwia właściwą komunikację jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego każdego pacjenta leczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

STANOWISKO nr 4
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z dnia 14 lutego 2024 r.
w sprawie zasadności uregulowania zasad wykonywania
zabiegów medycyny estetycznej

Mając na uwadze sygnały docierające do środowisk zrzeszających lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne, dotyczących wzrostu liczby osób poszkodowanych wskutek wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej przez osoby nieuprawnione, połączone Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zauważają pilną konieczność uregulowania materii wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niejednokrotnie podejmowały próbę uporządkowania prawnych aspektów udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. Katalog świadczeń w zakresie medycyny estetycznej powinien być opracowany i wydany w formie aktu prawnego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Świadczenia zdrowotne, umieszczone w wydanym przez Ministra Zdrowia

akcie prawnym, mogą być wykonywane w zależności od kompetencji, wyłącznie przez lekarza i lekarza dentyistę lub pielęgniarkę i położną.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dysponują właściwymi ekspertami i deklarują współpracę z Ministerstwem Zdrowia celem najszybszego uregulowania przedmiotowej kwestii.

Źródło: NIPiP



NACZELNA RADA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Stanowisko nr 3
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 6 grudnia 2023 r.

w sprawie tworzenia w strukturach podmiotów leczniczych stanowisk zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw położnictwa

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Ministra Zdrowia w celu podjęcia działań legislacyjnych w sprawie zmiany art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023, poz. 991) poprzez

stworzenie jednoznacznej podstawy normatywnej dla wyodrębnienia w strukturze organizacyjnej podmiotów leczniczych stanowisk zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika do spraw położnictwa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych pozytywnie ocenia praktykę tworzenia w strukturach organizacyjnych podmiotów leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami,

stanowiska zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika podmiotu leczniczego do spraw położnictwa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża przekonanie, że wyodrębnienie w strukturze podmiotu leczniczego stanowisk zastępców kierownika do spraw pielęgniarstwa lub położnictwa istotnie przyczynia się do wzmocnienia rangi zawodów pielęgniarki i położnej, a także przyczynia się do profesjonalizacji oraz wzrostu efektywności funkcjonowania pionów pielęgniarstwa i położnictwa w strukturach podmiotów leczniczych. W konsekwencji zaś wpływa pozytywnie na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę, że w świetle postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracow-

ników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2023, poz. 1515) stanowiska zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa oraz zastępcy kierownika do spraw położnictwa w zakresie kwalifikacji wymaganych na ww. stanowiskach są zrównane z kwalifikacjami wymaganymi na stanowiskach, odpowiednio, naczelnej pielęgniarki i naczelnej położnej. Mając powyższe na uwadze, nie istnieją przeciwwskazania natury systemowej lub funkcjonalnej do zatrudniania przez podmioty lecznicze pielęgniarek oraz położnych na stanowiskach, odpowiednio, naczelnej pielęgniarki lub naczelnej położnej w randze zastępcy kierownika do spraw, odpowiednio, pielęgniarstwa lub położnictwa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że zarówno przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o dzia-

łalności leczniczej (Dz. U. 2023, poz. 991), w tym art. 49 ustawy, jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (tekst jedn. Dz. U., 2021, poz. 430 ze zm.) nie stoją w sprzeczności z praktyką wyodrębniania w strukturach podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwami, stanowisk zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa lub położnictwa.

*Wiceprezes NRPiP
Andrzej Tytuła*

*Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska*



NACZELNA RADA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Apel nr 1 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2023 r.

w sprawie należytego używania uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego.

skierowany do: Członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o należyte stosowanie uroczystego stroju zawodowego pielęgniarek i położnych zgodnie z uchwałą 96/VII/2016 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 czerwca 2016 r. w sprawie określenia wzoru uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego oraz zasady jego używania.

Apelujemy, aby zgodnie z ww. uchwałą czepki pielęgniarki i czepki położnej stanowiły nieodłączny element uroczystego stroju zawodowego oraz był zakładany zgodnie z obowiązującym wzorem opisanym w ww. uchwale. Podkreślamy

w ten sposób szacunek wobec symboli zawodowych oraz ich wyjątkowość.

Czepki pielęgniarki i czepki położnej, jest jednym z najważniejszych symboli zawodu pielęgniarki i położnej, któremu należy się szacunek i ochrona przed wszelkimi przejawami znieważania i ośmieszania.

Także my, jako członkowie samorządu jesteśmy zobowiązani do chronienia go przed powyższymi zagrożeniami i obniżeniem jego rangi.

W związku z powyższym przypominamy o zapisach powyższej uchwały:

„Uroczysty strój zawodowy pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego noszony jest podczas:

1) uroczystości państwowych i kościelnych,

2) wręczania odznaczenia samorządu pielęgniarek i położnych,

3) jubileuszy i uroczystych spotkań,

4) uroczystości w miejscach pamięci narodowej,

5) innych uroczystości i wystąpień indywidualnych.”

W tym celu, apelujemy, aby stosowanie uroczystego stroju zawodowego było zgodne z ww. uchwałą, a używanie czepki pielęgniarki i czepki położnej było zarezerwowane na ww. uroczystości, jako nieodłączny element tego stroju.

*Wiceprezes NRPiP
Andrzej Tytuła*

*Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska*



INFORMACJA PRASOWA

Czy zabraknie pielęgniarek, położnych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)?

Warszawa, 4 marca 2024

Z końcem 2024 roku zmieniają się zasady funkcjonowania podmiotów pielęgniarstwa i położniczych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Obawy środowiska budzi fakt, że przepisy nie precyzują zasad, na jakich samodzielne praktyki pielęgniarstwa i położnicze będą wchodzić w zespoły skoordynowanej opieki POZ.

Nie przebrzmiały jeszcze przez media ostatnie alarmujące informacje o braku pielęgniarek i położnych w związku z nabywaniem przez nie uprawnień emerytalnych. A pojawiły się kolejne alarmujące informacje w związku z regulacjami prawnymi, które wchodzi w życie od 1 stycznia 2025 roku w myśl, których oświadczenia woli pacjentów stracą ważność. Ustawa z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, wprowadzi także zmiany finansowania w modelu POZ.

Przepisy wskazują, że zespół POZ będą tworzyć lekarz, pielęgniarka i położna, a cała pula ze stawki kapitałowej trafi do wspólnej kasy. – Mamy bardzo wiele sygnałów, że wprowadzenie tych przepisów w życie to utrata możliwości wyboru pielęgniarki i położnej w POZ. Wybierając lekarza pacjent niejako automatycznie akceptuje jego współpracowników. Praktyki pielęgniarstwa i położnicze po 1 stycznia 2025 r. nie mają możliwości dalszego funkcjonowania. Brak jest określonych kryteriów i zasad na jakich mają współpracować z lekarzami POZ. Podmioty lekarskie zatrudniają u siebie pielęgniarki i położne, które realizują swoje świadczenia głównie w miejscu ich udzielania. Warto zwrócić uwagę, że większość świadczeń z zakresu opieki nad pacjentem w jego domu realizują właśnie praktyki pielęgniarstwa i położnych, które w myśl nowych przepisów de

facto zostają bez finansowania – mówi Mariola Łodzińska, Prezes NRPIP.

Skutki są łatwe do przewidzenia: pacjenci wymagający realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne w domu zostaną bez świadczeń, a rzesza pielęgniarek i położnych zostanie bez pracy.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych zwracał się do Ministra Zdrowia o wypracowanie zasad na jakich ma się odbywać współpraca podmiotów lekarskich z praktykami pielęgniarstwa czy położniczymi.

– Konieczne jest określenie tych zasad. Pytaliśmy Narodowy Fundusz Zdrowia we wrześniu 2023 roku w jaki sposób będzie weryfikowany fakt powstania Zespołu POZ oraz na jakich formalnych zasadach mają być one tworzone. Nie dostaliśmy odpowiedzi. Podmioty lekarskie powinni mieć wymóg współpracy z praktykami pielęgniarstwa i położniczymi. Zatrudniane bezpośrednio w podmiotach lekarskich pielęgniarki i położne będą w dalszym ciągu na zlecenie lekarza realizować świadczenia zdrowotne w gabinetach, a nie w warunkach domowych. Jakiego sposobu komunikacji zostaną udostępnione poszczególnym członkom zespołu POZ udzielających świadczeń w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych (lekarza POZ lub praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych POZ) oraz czy ustalone zostaną zasady współpracy pomiędzy nimi uwzględniając różne formy organizacyjne podmiotów wykonujących działalność leczniczą? Czy ustalenie zasad współpracy będzie możliwe w formie zawarcia umowy o współpracę pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, określonymi w art. 11 ust. 2 ww. ustawy, czyli lekarzem POZ, pielęgniarką POZ, położną POZ, jeżeli tak, to jakie niezbędne elementy powinna zawierać taka

umowa? Czy pielęgniarki POZ lub położne POZ prowadzące praktyki zawodowe, które z różnych przyczyn niezależnych od nich, nie ustalą zasad współpracy z lekarzem POZ, będą musiały zrezygnować z prowadzenia własnej działalności w ramach samodzielnego kontraktowania świadczeń z NFZ? Co z rozliczeniem i finansowaniem tych świadczeń? Pytań jest zdecydowanie więcej niż odpowiedzi. Jeśli nie zostaną wypracowane nowe rozwiązania i zmiana przepisów, to musi zostać przesunięty termin wejścia w życie nowych rozwiązań – powiedziała Prezes NRPIP.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na potrzebę wypracowania takich zasad, które będą gwarantowały realizację świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne pacjentom nie tylko w gabinetach, ale także w warunkach domowych. Jedną pielęgniarką lub położną zatrudnioną w podmiocie lekarskim nie jest w stanie realizować w tym samym czasie świadczeń na miejscu w gabinecie, np. związanych ze szczepieniami, a także jednocześnie realizować świadczenia zdrowotne wobec pacjentów w środowisku domowym, np. z ranami przewlekłymi czy powikłanymi. Dziś nie ma żadnych gwarancji, że podmioty szukające oszczędności, będą chciały zatrudniać ani tym bardziej nawiązywać współpracy z pielęgniarkami i położnymi. – podsumowuje sytuację Mariola Łodzińska. Problem ten narasta z upływem każdego dnia i przybliża nas do 1.01.2025 r. Jego rozwiązanie to dzisiaj jeden z priorytetów Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w podejmowanych z Ministerstwem Zdrowia działaniach.

Źródło: NIPiP

INFORMACJA PRASOWA

Do 2030 roku liczba pielęgniarek i położnych zmniejszy się o ponad 26 tysięcy! – Alarmuje samorząd zawodowy W Polsce zabraknie pielęgniarek i położnych!

Do 2030 roku liczba pielęgniarek i położnych zmniejszy się o ponad 26 tysięcy! – alarmuje samorząd zawodowy.

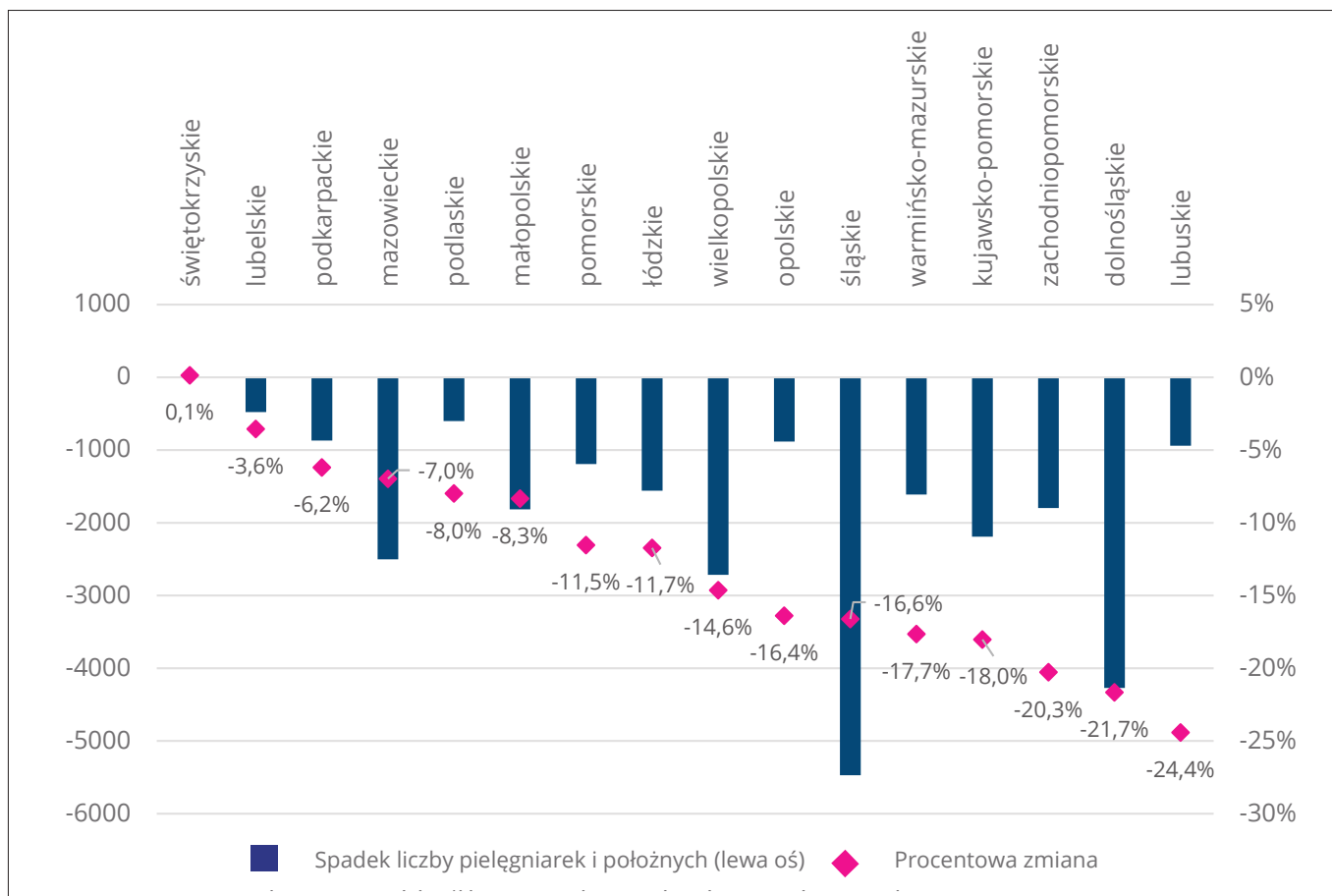
Chęć niesienia pomocy osobom chorym i cierpiącym, wewnętrzna motywacja i poczucie powołania oraz praca w ciekawym zawodzie, dającym możliwość nieustannego rozwoju i poszerzenia swojej wiedzy, to trzy główne powody podjęcia i kontynuacji pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej. Trzeba jeszcze znaleźć sposób na to, by absolwenci szkół średnich chętniej wybierali kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i po-

łożnictwo (zwłaszcza w województwach zachodniopomorskim, dolnośląskim, pomorskim, lubuskim), bo bez dodatkowego napływu młodych kadr polskiemu systemowi ochrony zdrowia już za kilka lat grozi zapaść.

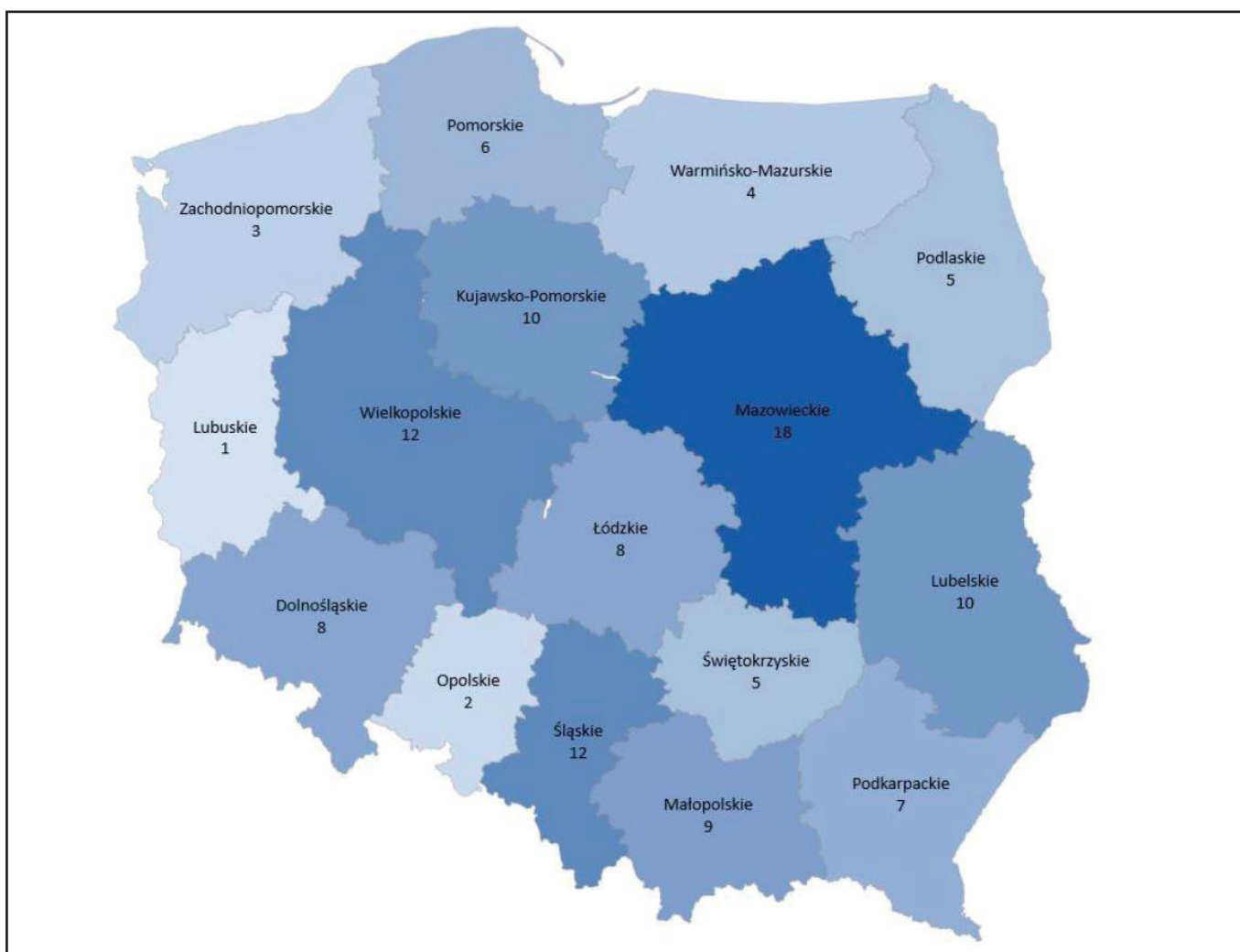
Według danych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (stan na styczeń 2023 roku) w Polsce zarejestrowanych jest 315 670 pielęgniarek i 41 719 położnych, z czego w zawodzie pracuje tylko około 74 proc. pielęgniarek i 70 proc. położnych. 34 proc. pielęgniarek i niemal 30 proc. położnych osiągnęło już wiek emerytalny, lub od wielu

lat przebywają na emeryturze, a według prognoz do 2030 roku aż 65 proc. obecnie zatrudnionych pielęgniarek i 60 proc. położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych.

– Przy założeniu stałej liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu na poziomie 6205, pogłębiać się będzie ubytek kadry od poziomu 2,5 tys. osób w 2023 roku do prawie 3,9 tys. w 2029 i 3,7 tys. w 2030 roku. Łącznie w latach 2023-2030 wyniesie on ponad 26 tys. osób – alarmuje mgr Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.



Wykres 1. Prognozy zmniejszenia liczby pielęgniarek i położnych w roku 2030 w porównaniu do 2022 według województw
 Źródło: Raport NIPiP „Pielęgniarka, położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia” z kwietnia 2022 roku



Rysunek 1. Liczba uczelni wyższych, które uzyskały akredytację Ministra Zdrowia dla kierunku pielęgniarstwo
 Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-uczelni-ktore-uzyskaly-akredytacje-dla-kierunku-pielgniarstwo>

Połowa pielęgniarek i położnych ma 55 i więcej lat

Na 10 tys. Polaków przypadają średnio 62 pielęgniarki i niespełna 8 położnych aktywnych zawodowo. Średni wiek pielęgniarki to nieco ponad 54 lata, a położnej 51,4 lat. Z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że w ciągu zaledwie 15 lat średnia wieku pielęgniarek wzrosła o prawie 10 lat, zaś położnych o ponad 8 lat. Prawie co trzecia pielęgniarka i położna ma 51-60 lat, ok. 30 proc. przekroczyło już 60. rok życia, a tylko co szóstą ma mniej niż 40 lat. Połowa pielęgniarek i położnych ma nie mniej niż 55 lat. A prognozy również nie są optymistyczne – według nich średnia wieku pielęgniarek będzie rosła średnio o 0,5 z roku na rok, zaś średnia wieku położnych o 0,3, osiągając w roku 2030 poziomy 57,2 w przypadku pielęgniarek i 53,7 w przypadku położnych.

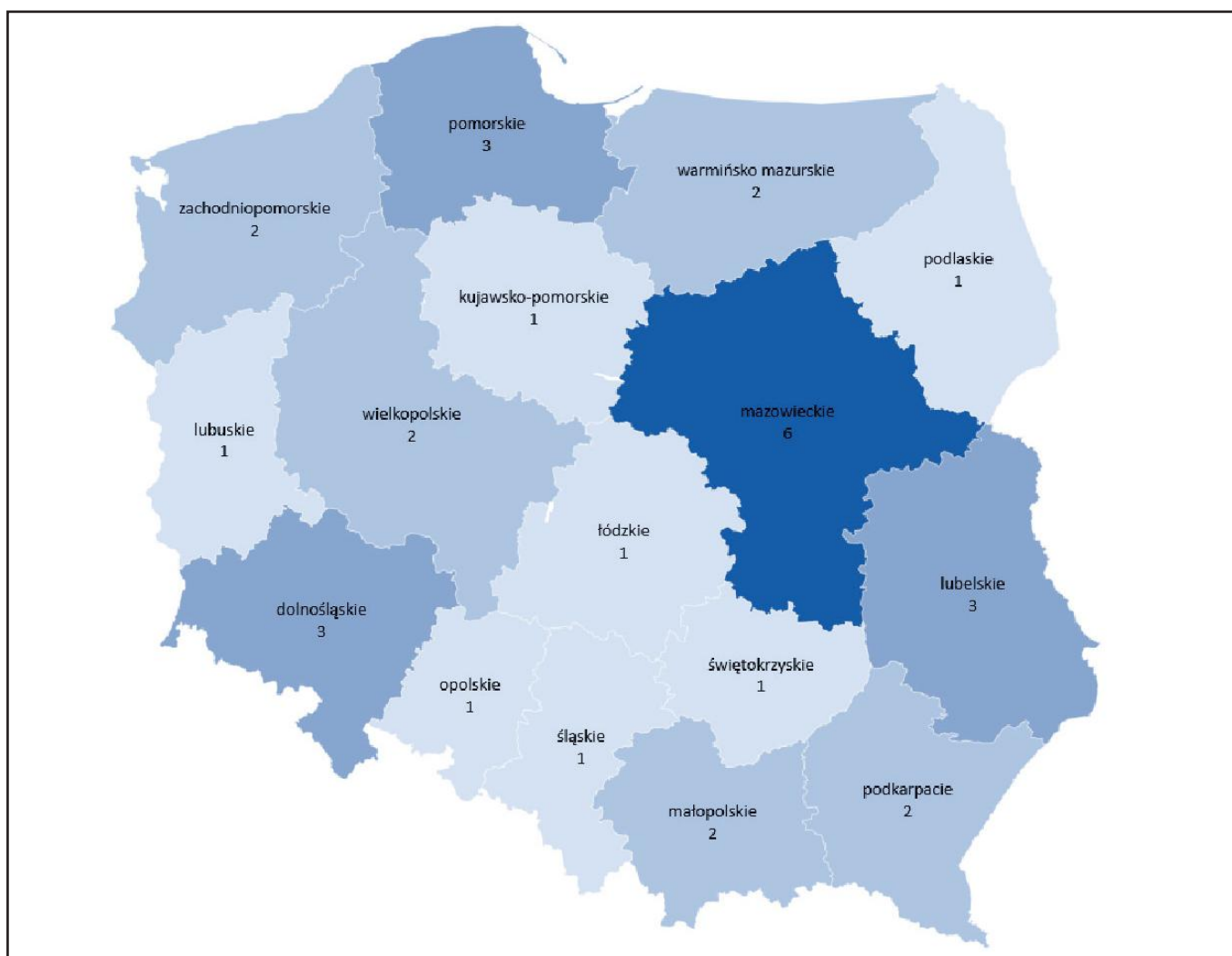
Wiek to jeden z głównych czynników wpływających na brak stabilności sytuacji kadrowej w tej grupie zawodowej. Jednak spory odsetek pielęgniarek i położnych odchodzi z zawodu z przyczyn innych niż przejście na emeryturę czy rentę.

Gdzie będzie najbardziej brakowało pielęgniarek i położnych za kilka lat?

Gdyby nie blisko 50 tys. pielęgniarek i położnych, które są aktywne zawodowo mimo osiągnięcia wieku uprawniającego do przejścia na emeryturę, w wielu placówkach ochrony zdrowia już teraz nie miałby się kto opiekować pacjentami. Społeczeństwo się starzeje, starzeją się też pielęgniarki i położne pozostające w zawodzie, a młodych osób chętnych do kształcenia w tym zawodzie nie ma zbyt wielu. Do tego nie wszyscy absol-

wenci decydują się podjąć pracę lub pozostać w zawodzie.

Według prognoz do 2030 roku ubytek pielęgniarek i położnych będzie bardzo dotkliwy w całym kraju, jednak największy jest prognozowany w województwach: śląskim (prawie 5,5 tys. pielęgniarek i położnych), dolnośląskim (4,3 tys.), wielkopolskim (2,7 tys.) i mazowieckim (2,5 tys.). Jedynym województwem, w którym nie prognozuje się ubytku kadry, jest świętokrzyskie. Największe spadki w ujęciu procentowym, przekraczające 20 proc. obecnej liczby pielęgniarek i położnych, mogą być obserwowane w województwach lubuskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim. Prognozy te są szczególnie groźne dla województw lubuskiego i zachodniopomorskiego, gdzie już teraz liczba pielęgniarek i położnych w przeliczeniu



Rysunek 2. Liczba uczelni wyższych, które uzyskały akredytację Ministra Zdrowia dla kierunku położnictwo
Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-uczelni-ktore-uzyskaly-akredytacje-dla-kierunku-poloznictwo>

na 10 tys. mieszkańców jest niższa od średniej w Polsce i wynosi około 55.

Jak zachęcić młodych ludzi do kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo?

Według danych z lutego 2023 r. akredytację Ministra Zdrowia uprawniającą do kształcenia na kierunku pielęgniarstwo posiadało 126 szkół wyższych na terenie całego kraju, natomiast na kierunku położnictwo – 36 szkół.

Najwięcej uczelni z akredytacją uprawniającą do kształcenia pielęgniarzek zlokalizowanych jest w województwach mazowieckim (18 uczelni kształcących pielęgniarzek i 6 kształcących położne), wielkopolskim i śląskim (po 12 uczelni mających w swojej ofercie pielęgniarstwo) oraz kujawsko-pomorskim i lubelskim (po 10 szkół kształcących

pielęgniarki). W najgorszej sytuacji są natomiast województwa, w których według prognoz ubytek pielęgniarzek i położnych będzie najbardziej odczuwalny, czyli lubuskie (tylko 1 szkoła) i zachodniopomorskie (3 szkoły).

– Biorąc pod uwagę prognozowane braki kadrowe, z każdym rokiem będzie rosło zapotrzebowanie na absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Już dziś istnieje ogromna potrzeba nasilenia działań promujących te zawody wśród uczniów szkół średnich – mówi mgr **Mariola Łodzińska**, szefowa samorządu pielęgniarzek i położnych.

Problem jednak w tym, że obowiązujący program kształcenia pielęgniarzek i położnych nie do końca spełnia ich oczekiwania. Pojawiają się głosy, że powinien być on bardziej dostosowany do współczesnych wymagań zawodowych,

jakie stoją przed przedstawicielami obu zawodów.

– Należy przeanalizować, czy pielęgniarstwo jest kierunkiem teoretycznym czy praktycznym. W zamian za przedmioty kompletnie nieprzydatne do pracy i funkcjonowania w ochronie zdrowia dołożyć więcej ćwiczeń, więcej praktyk – proponuje 28-letnia pielęgniarka po studiach magisterskich, zatrudniona w szpitalnym oddziale ratunkowym w województwie zachodniopomorskim.

Raport jest dostępny:

<https://nipip.pl/wp-content/uploads/2023/12/RAPORT-O-STANIE-PIELEGNIARSTWA-I-POLOZNICTWA-W-POLSCE-MAJ-2023.pdf>

Nowe kompetencje pielęgniarek i położnych

1. Ramy prawne wprowadzonych zmian

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1136) wprowadziła z dniem 1 stycznia 2016 roku nowe uprawnienia dla pielęgniarek i położnych. Dotyczą one przede wszystkim następujących nowo przyznanych kompetencji:

1. Ordynowanie leków i wystawianie recept;
2. Wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne;
3. Prowadzenie ambulatoryjnych porad pielęgniarek i położnych;
4. Prowadzenie porad pielęgniarek i położnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
5. Realizacja świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
6. Badanie kwalifikacyjne do szczepień ochronnych przeciw COVID-19 oraz szczepienia ochronne przeciw COVID-19;
7. Badanie kwalifikacyjne przed szczepieniem przeciw grypie;
8. Badanie kwalifikacyjne przez pielęgniarkę dawców krwi do oddania krwi lub jej składników;
9. Prowadzenie przez położne ciąży fizjologicznej jako standard okołoporodowy. Poniżej przedstawiono krótką charakterystykę wprowadzonych zmian.

Ordynowanie leków i wystawianie recept

Przypisy nowej ustawy dają pielęgniarkom i położnym w Polsce możliwość ordynowania i wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, a także wystawiania recept i zleceń na refundowane wyroby medyczne. Z powyższych uprawnień korzystają przede wszystkim pielęgniarki i położne wykonujące świadczenia zdrowotne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki długoterminowej, opieki palia-

tywnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie w warunkach domowych.

Zgodnie z art. 15a ust. 1 ww. ustawy, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, a także ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie. Wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, a także wykaz wyrobów medycznych, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 roku w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1739), zastąpionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 roku (Dz. U. z 2018r., poz. 299). W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, zgodnie z art. 15a ust. 2 ww. ustawy pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające

i substancje psychotropowe, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wystawienia zlecenia na wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa powyżej, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa lub w szkołach położnych nabyły wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ww. ustawy). Od roku akademickiego 2016/2017 - w przypadku studiów pierwszego stopnia i od roku 2017/2018 - w przypadku studiów drugiego stopnia obowiązują standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo lub położnictwo wprowadzające szczegółowe efekty kształcenia z zakresu ordynowania leków, 63 środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych oraz wystawiania na nie recept albo zleceń w ramach samodzielności zawodowej lub realizacji zleceń lekarskich. Należy pamiętać, iż pielęgniarka i położna mogą ordynować leki, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta, lub badaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta. Bez dokonania badania pacjenta, mogą to zrobić, tylko w przypadku wystawienia recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia oraz recepty albo zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne

Pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, na podstawie art. 15a ust.

6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, są uprawnione do wystawiania skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2018r., poz. 299).

W wykazie badań diagnostycznych znajdują się:

1. Badania hematologiczne: morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi odczyn opadania krwinek czerwonych (OB);

2. Badania biochemiczne i immunologiczne w surowicy krwi: sód, potas, kreatynina, glukoza, hemoglobina glikowana (HbA1c), doustny test tolerancji glukozy (DTTG), białko C-reaktywne (CRP), badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), badanie przeciwciał antyHCV, anty-HBs, badania w kierunku kiły (VDRL);

3. Badania układu krzepnięcia: czas protrombinowy (INR);

4. Badania moczu: ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu;

5. Badania kału: badanie w kierunku obecności pasożytów, badanie w kierunku stwierdzenia krwi utajonej;

6. Badania mikrobiologiczne wydzielin z dróg rodnych (dotyczy położnych): badanie w kierunku dwoinki rzeżączki (GC), badanie w kierunku infekcji Chlamydia trachomatis, badanie w kierunku infekcji HPV;

7. Badania mikrobiologiczne: szybki test lateksowy, posiew moczu z antybiogramem;

8. Badania z zakresu serologii grup krwi: oznaczenie grupy krwi ABO i antygeny Rh D, oznaczenie przeciwciał anty-Rh;

9. Badania radiologiczne (dotyczy pielęgniarek): zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej;

10. Badania elektrokardiograficzne: EKG w spoczynku.

Ambulatoryjna porada pielęgniarek i położnych

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1864) zostały wprowadzone porady pielęgniarskie: chirurgia ogólna, diabetologia, kardiologia oraz porada położnej – położnictwo i ginekologia.

Kwalifikacje pielęgniarki:

1. Magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub

2. Magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych.

Zakres świadczeń w poradzie pielęgniarskiej – chirurgia ogólna:

1. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego lub

2. ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub

3. wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub

4. ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub

5. wystawianie recepty na leki zleczone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Dodatkowy zakres świadczeń w poradzie pielęgniarskiej – diabetologia:

1. edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Dodatkowy zakres świadczeń w poradzie pielęgniarskiej – kardiologia:

1. wykonanie standardowego spoczynkowego badania elektrokardiograficznego;

2. edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Kwalifikacje położnej:

1. magister położnictwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub

2. magister położnictwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych.

Zakres świadczeń w poradzie położnej – położnictwo i ginekologia:

1. ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub

2. wystawianie recepty na leki zleczone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub

3. ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub

4. wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub

5. ocena akcji serca płodu, ocena zmian ciążowych, rozwoju ciąży, identyfikacji czynników ryzyka ciążowego, poradnictwo specjalistyczne (choroby współistniejące z ciążą, w szczególności cukrzyca, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą), lub

6. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Porada pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1255) wprowadzono warunki realizacji porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Określone zostały kwalifikacje pielęgniarki POZ:

1. pielęgniarka POZ, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, lub

2. pielęgniarka POZ, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, posiadająca uprawnienia zawodowe określone w art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, lub

3. pielęgniarka POZ, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, uprawniona do samodzielnego doboru sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych bez zlecenia lekarskiego.

Porada dotyczy zakresu świadczeń:

1. profilaktyka chorób i promocja zdrowia lub

2. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego lub

3. ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub

4. wystawianie recept na leki zleczone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub

5. ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub

6. wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy.

Kwalifikacje położnej POZ:

1. położna POZ, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, lub

2. położna POZ, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, posiadająca uprawnienia zawodowe określone w art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, lub

3. położna POZ, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, uprawniona do samodzielnego doboru 68 sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych bez zlecenia lekarskiego.

Porada dotyczy zakresu świadczeń:

1. porada dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej lub

2. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego lub

3. ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub

4. wystawianie recepty na leki zleczone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działają-

ce, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub

5. ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub

6. wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy, lub

7. wykonywanie oraz interpretacja badania KTG u kobiety ciężarnej.

Realizacja świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1355) wprowadziło dla pielęgniarek POZ warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia.

Dotyczy to osób znajdujących się na liście świadczeniobiorców pielęgniarki POZ, będących w wieku od 35 do 65 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców). Kolejne świadczenie przysługuje po upływie 5 lat.

Wymagane procedury medyczne i warunki ich realizacji:

1. Zlecenie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI) oraz wpi-

sanie wyników do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

2. Przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wpisanie wyników do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

3. Ustalenie terminu porady u pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, na której liście świadczeniobiorców znajduje się ten świadczeniobiorca; 4. W trakcie porady u pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:

a) Ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia;

b) Kwalifikacja świadczeniobiorcy do grupy ryzyka na podstawie całościowego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat według aktualnej klasyfikacji SCORE* dla populacji polskiej (10-letnie ryzyko epizodów chorób sercowo-naczyniowych zakończonych i niezakończonych zgo-

nem) bazujących na wartości nie-HDL oraz wpisanie wyniku do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

c) Poinformowanie świadczeniobiorcy o wyniku badania i klasyfikacji do grupy ryzyka oraz ustalenie planu dalszego postępowania; w przypadku podejrzenia choroby wymagającej dalszego postępowania - skierowanie świadczeniobiorcy do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu dalszej diagnostyki lub leczenia;

d) Edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy w zakresie ustalonym w planie dalszego postępowania.

5. Procedury medyczne są realizowane w ramach dwóch porad;

6. Jedna z dwóch porad może być realizowana na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Badanie kwalifikacyjne do szczepień ochronnych przeciw COVID-19 oraz szczepienia ochronne przeciw COVID-19

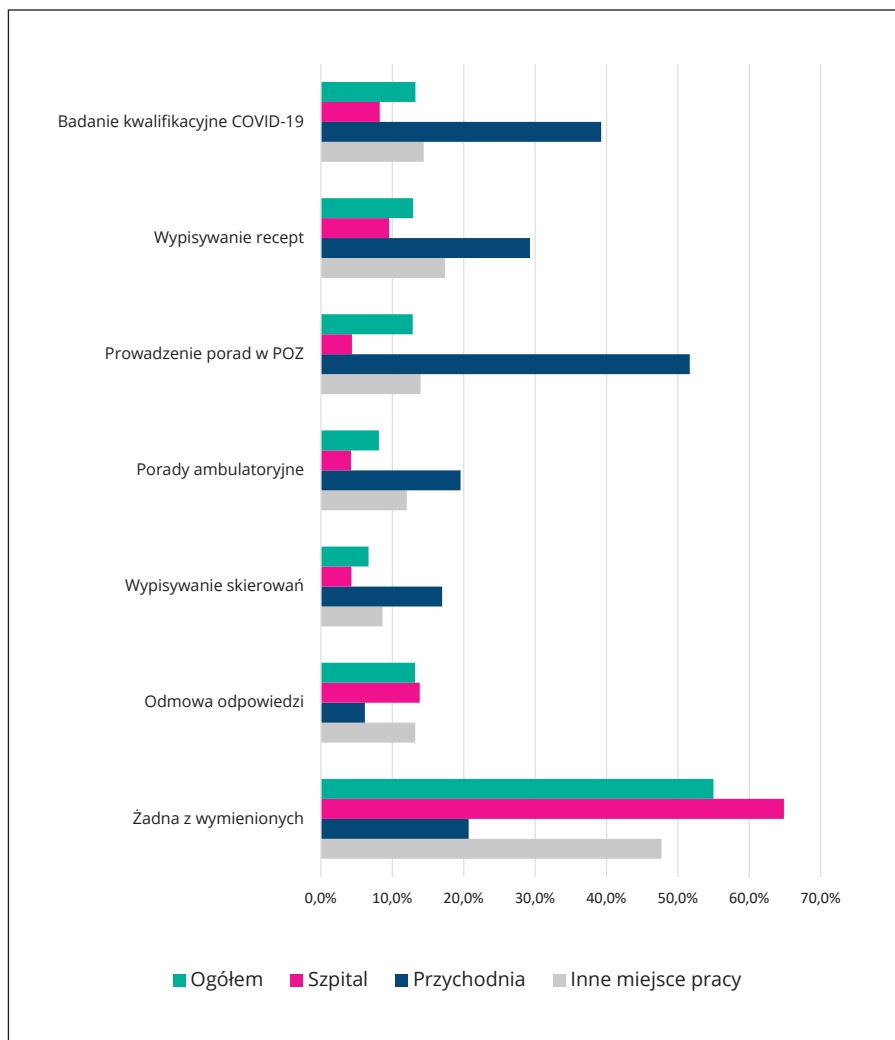
Art. 21c. ustawy z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r., poz. 616) wprowadził przepis, iż w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 jest poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania. Szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 przeprowadzają: pielęgniarki, położne.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 2306) badanie kwalifikacyjne osoby, która nie ukończyła 15.r.ż. mogą przeprowadzać:

a) osoby, które wykonują zawód pielęgniarki, położnej, lub

b) osoba, która kształci się na trzecim roku studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i uzyskała dokument potwierdzający posiadanie umiejętności kwalifikowania do szczepień, wydany przez uczelnię prowadzącą to kształcenie, oraz przeprowadza badanie kwalifikacyjne pod nadzorem lekarza albo osoby uprawnionej do kwalifikowania (wykonuje zawód lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera, ratownika medycznego lub higienistki szkolnej, fizjoterapeuty, farmaceuty, diagnosty laboratoryjnego).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r., poz. 325) wprowadziło przepisy, zgodnie z którymi szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 mogą być przeprowadzane przez osoby, które posiadają prawo wykonywania zawodu odpowiednio pielęgniarki, położnej.



Wykres 31. Podejmowanie wśród pielęgniarek w Polsce nowo przyznanych kompetencji zawodowych względem miejsca pracy. Źródło: Badanie MMC na zlecenie

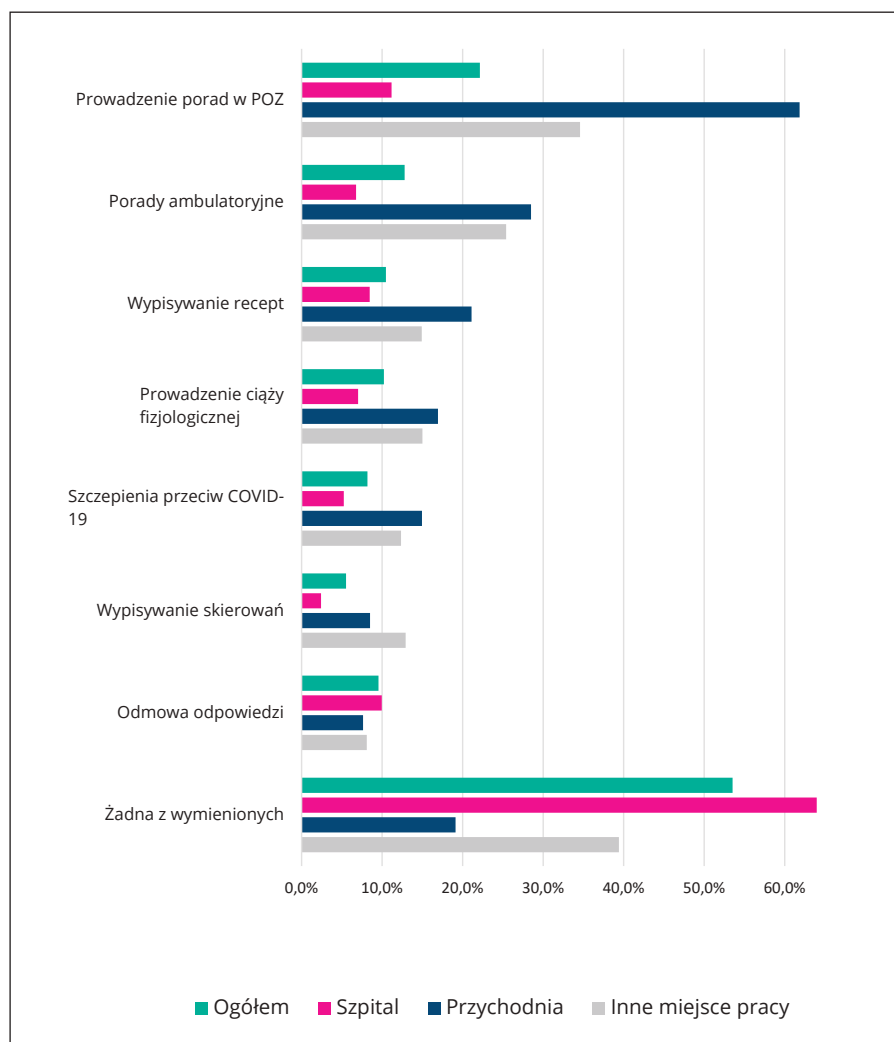
Badanie kwalifikacyjne przed szczepieniem przeciw grypie

Art. 3 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U z 2021 r., poz. 2120) wprowadził zmiany do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2022 r., poz. 1657 ze zm.), umożliwiając przeprowadzenie przez pielęgniarkę i położną badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw grypie u osoby dorosłej.

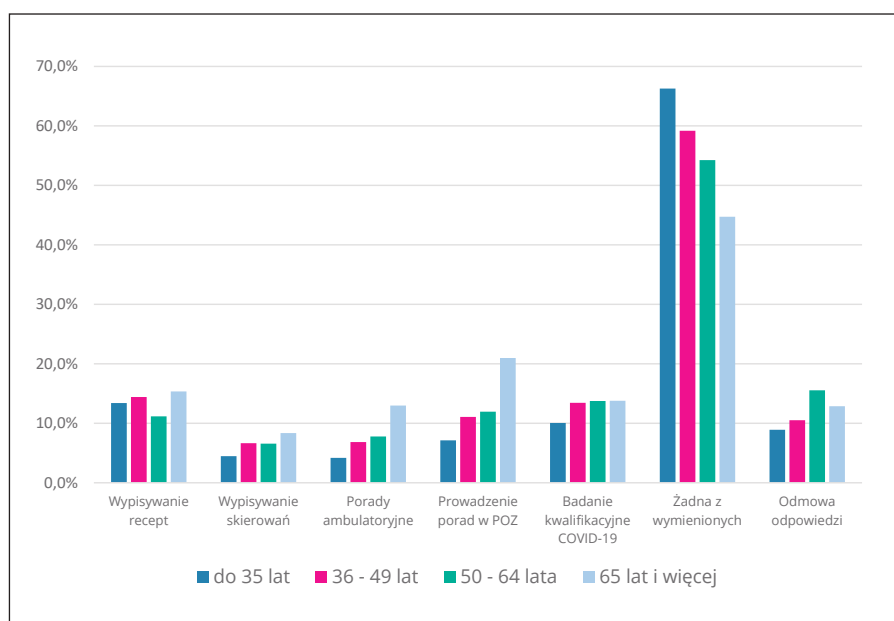
Badanie kwalifikacyjne przez pielęgniarkę dawców krwi do oddania krwi lub jej składników

Zgodnie z art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r., poz. 1371) pielęgniarka posiadająca tytuł magistra pielęgniarstwa i specjalizację w jednej z klinicznych dziedzin pielęgniarstwa może przeprowadzać kwalifikacje dawców do oddania krwi lub jej składników.

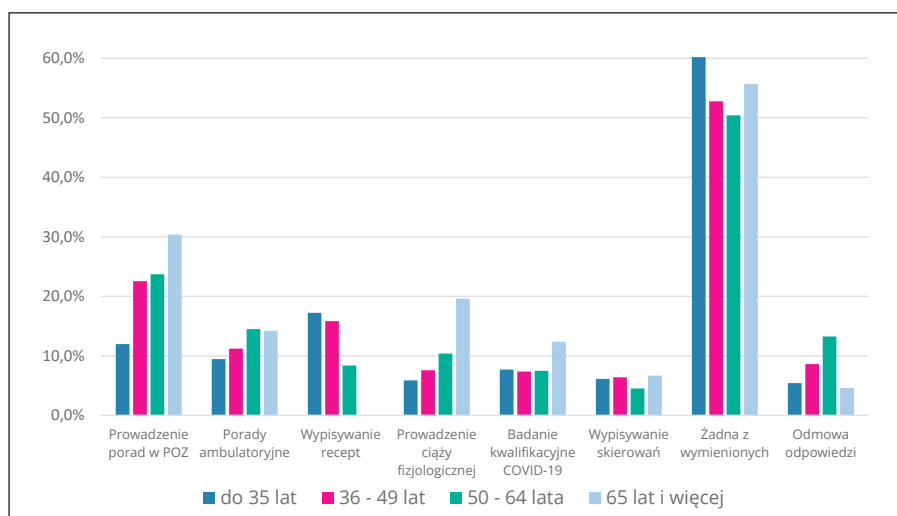
Co więcej, zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 567) wprowadzono zmiany do ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r., poz. 1222), zgodnie z którymi w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej, pielęgniarka która: przeprowadziła, pod nadzorem lekarza, co najmniej 100 kwalifikacji dawców do oddania krwi lub jej składników oraz posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, może wykonywać kwalifikacje dawców do oddania krwi lub jej składników (art. 16a ustawy o publicznej służbie krwi).



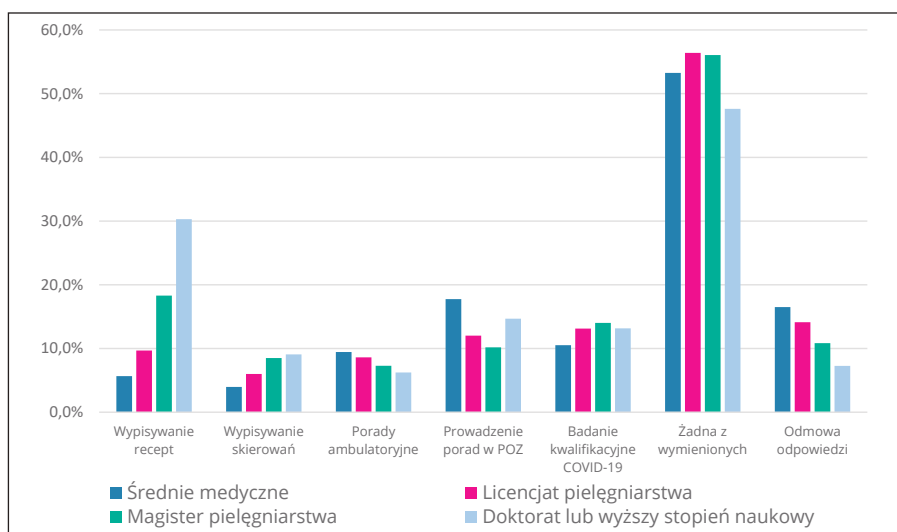
Wykres 32. Podejmowanie wśród położnych w Polsce nowo przyznaných kompetencji zawodowych względem miejsca pracy. Źródło: Badanie MMC na zlecenie



Wykres 33. Podejmowanie wśród pielęgniarek w Polsce nowo przyznaných kompetencji zawodowych względem wieku. Źródło: Badanie MMC na zlecenie NIPiP



Wykres 34. Podejmowanie wśród położnych w Polsce nowo przyznaných kompetencji zawodowych względem wieku. Źródło: Badanie MMC na zlecenie NIPiP



Wykres 35. Podejmowanie wśród pielęgniarek w Polsce nowo przyznaných kompetencji zawodowych względem poziomu wykształcenia. Źródło: Badanie MMC na zlecenie NIPiP

Prowadzenie przez położne ciąży fizjologicznej, standard okołoporodowy

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1756 ze zm.) dotyczy wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szcze-

gólności: amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

Wprowadzony standard wzmacnia samodzielność zawodową położnej, wskazując zadania położnej w opiece nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, położeniem i opieką nad zdrowym noworodkiem (opieka pielęgnacyjna nad położnicą i noworodkiem jest realizowana przez położną).

2. Stosowanie nowo przyznaných kompetencji w świetle wyników badania reprezentatywnego pielęgniarek i położnych w Polsce

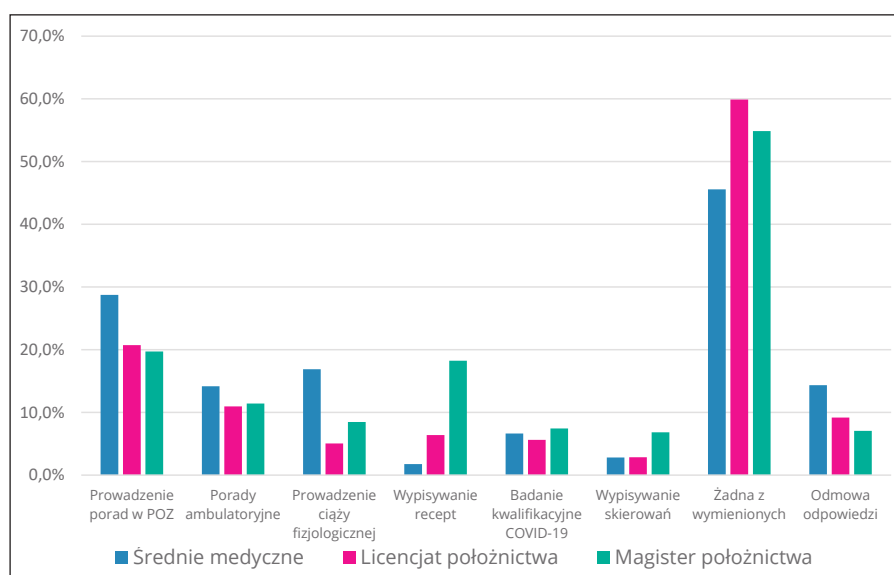
W ramach przeprowadzonego badania poproszono pielęgniarki i położne o wskazanie, które z nowo przyznaných kompetencji wykonują w swojej pracy zawodowej. Otrzymane wyniki wskazują, że pielęgniarki, z nowo uzyskanych kompetencji, w swojej codziennej pracy najczęściej wykonują badanie kwalifikacyjne do szczepień COVID-19 oraz szczepienia ochronne przeciw COVID-19 (13,2%), zaś w dalszej kolejności: ordynują leki i wypisują recepty lub zlecenia, w tym świadczeniobiorcom 75 plus (12,9%) oraz prowadzą porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (12,9%). Wśród analizowanych kompetencji, pielęgniarki w Polsce rzadziej wskazywały na prowadzenie porad ambulatoryjnych (8,1%) oraz na wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne (6,7%). Pogłębiona analiza wykazała, że podejmowanie w swojej codziennej pracy nowo przyznaných kompetencji zawodowych jest silnie zróżnicowane przez miejsce pracy pielęgniarek. Ze względu na metodologiczne w analizie względem miejsca pracy uwzględniono szpital, przychodnię podstawowej opieki zdrowotnej i inne miejsce pracy. Uzyskane wyniki wskazują, że nowe kompetencje zawodowe w swojej codziennej pracy wykonywały najczęściej pielęgniarki pracujące w przychodniach. Co naturalne, najczęściej deklarowały one prowadzenie porad w ramach POZ (51,7%), zaś w dalszej kolejności wykonywanie szczepień przeciw COVID-19 (39,2%), wypisywanie recept i ordynowanie leków (29,3%), prowadzenie porad ambulatoryjnych (19,6%) oraz wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne (17,0%). Wśród pielęgniarek zatrudnionych w przychodniach żadnej z nowo przyznaných kompetencji w swojej pracy nie wykonywała około 1/5 badanych (20,7%), zaś wśród ogółu pielęgniarek – 55% (zob. wykres 31). Oznacza to, że blisko połowa pielęgniarek w Polsce, w swojej codziennej pracy, wykonuje co najmniej jedną z nowo przyznaných kompetencji zawodowych.

Analiza danych zobrazowanych na wykresie 32 wskazuje, że ponad 1/5 po-

łożnych w Polsce, spośród nowo uzyskanych kompetencji, w swojej codziennej pracy prowadzi porady w podstawowej opiece zdrowotnej (22,1%), blisko 13% prowadzi porady ambulatoryjne, zaś w dalszej kolejności deklarowano ordynowanie leków i wypisywanie recept lub zleceń, w tym świadczeniobiorcom programu 75 plus (10,5%), prowadzenie ciąży fizjologicznej (10,2%), wykonywanie badań kwalifikacyjnych do szczepień COVID-19, a także szczepień ochronnych przeciw COVID-19 (8,2%), oraz wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne (5,5%).

Pogłębiona analiza wykazała, że podejmowanie w swojej codziennej pracy nowo przyznanych kompetencji zawodowych jest silnie zróżnicowane przez miejsce pracy położnych (analogicznie jak w przypadku pielęgniarek). Uzyskane wyniki wskazują, że nowe kompetencje zawodowe w swojej codziennej pracy wykonywały najczęściej położne pracujące w przychodniach. Co naturalne, z największą częstością deklarowały one prowadzenie porad w ramach POZ (61,9%), zaś w dalszej kolejności prowadzenie porad ambulatoryjnych (28,5%), wypisywanie recept i ordynowanie leków (21,1%), prowadzenie ciąży fizjologicznej (16,9%), wykonywanie szczepień przeciw COVID-19 (15,0%) oraz wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne (8,5%). Wśród położnych zatrudnionych w przychodniach żadnej z nowo przyznanych kompetencji w swojej pracy nie wykonywało niespełna 20% badanych (19,1%), zaś wśród ogółu położnych ponad połowa badanych (zob. wykres 2). Oznacza to, że blisko połowa położnych w Polsce, w swojej codziennej pracy wykonuje co najmniej jedną z nowo przyznanych kompetencji zawodowych.

Analiza badanego zagadnienia względem wieku pielęgniarek wskazuje, że częstość stwierdzeń, iż w swojej codziennej pracy nie podejmują żadnej z nowo przyznanych ich środowisku kompetencji maleje wraz z przejściami do kolejnych grup wiekowych (wśród pielęgniarek do 35 roku życia wynosiła 66,3%, wśród pielęgniarek w wieku od 36 do 49 lat – 59,2%, w wieku od 50 do 64 lat – 54,2%, zaś wieku co najmniej 65 lat – 44,7%), to znaczy, że regular-



Wykres 36. Prowadzenie wśród położnych w Polsce nowo przyznanych kompetencji zawodowych względem poziomu wykształcenia. Źródło: Badanie MMC na zlecenie NIPiP

ne podejmowanie co najmniej jednej z nowo przyznanych kompetencji rośnie wraz z wiekiem pielęgniarek. Pielęgniarki w najstarszej grupie wiekowej najczęściej deklarowały prowadzenie porad w ramach POZ (21,0%), wypisywanie recept przeciw COVID-19 (13,8%) oraz prowadzenie porad ambulatoryjnych (13,0%) (zob. wykres 33).

Analiza badanego zagadnienia względem wieku położnych wskazuje, że częstość stwierdzeń, iż w swojej codziennej pracy nie podejmują żadnej z nowo przyznanych ich środowisku kompetencji maleje wraz z przejściami do kolejnych grup wiekowych, ale na powrót rośnie w przypadku położnych, które osiągnęły już wiek emerytalny (wśród położnych do 35 roku życia wynosiła 60,2%, wśród położnych w wieku od 36 do 49 lat – 52,8%, w wieku od 50 do 64 lat – 50,4%, zaś wieku co najmniej 65 lat – 55,7%), to znaczy, że regularne podejmowanie co najmniej jednej z nowo przyznanych kompetencji rośnie (do pewnego momentu) wraz z wiekiem położnych. Położne w najstarszej grupie wiekowej najczęściej deklarowały prowadzenie porad w ramach POZ (30,4%), prowadzenie ciąży fizjologicznej (19,6%) oraz prowadzenie porad ambulatoryjnych (14,2%) (zob. wykres 34).

Poziom wykształcenia w umiarkowanym stopniu różnicował częstość wykonywania przez pielęgniarki w Polsce

nowo przyznanych kompetencji. Pielęgniarki cechujące się średnim wykształceniem medycznym najczęściej deklarowały prowadzenie porad w ramach POZ (17,7%), pielęgniarki z ukończonym licencjatem najczęściej wskazywały na prowadzenie szczepień przeciw COVID-19 (13,1%), pielęgniarki z wyższym wykształceniem magisterskim lub posiadające doktorat albo wyższy stopień naukowy – wypisywanie recept (kolejno: 18,3% i 30,3%) (zob. wykres 35).

Poziom wykształcenia w umiarkowanym stopniu różnicował częstość wykonywania przez położne w Polsce nowo przyznanych kompetencji. Bez względu na stopień wykształcenia, położne w Polsce najczęściej wskazywały na prowadzenie porad w ramach POZ (średnio: 28,7%, licencjat: 20,7%, magisterskie: 19,7%), w dalszej kolejności położne z wykształceniem średnim deklarowały prowadzenie ciąży fizjologicznej (16,9%), z ukończonym licencjatem – prowadzenie porad ambulatoryjnych (11,0%), zaś z wykształceniem wyższym, magisterskim – wypisywanie recept (18,2%) (zob. wykres 36).

Źródło: Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Raport przygotowany przez MedMedia Sp. z o.o. na zlecenie NIPiP

Strategie związane z kształceniem ustawicznym

Punkty edukacyjne - czy są nam potrzebne?

Rozwój zawodowy nie jest jednorazowym wydarzeniem, ale ciągłym procesem doskonalenia, który prowadzi do mistrzostwa w danej dziedzinie - przekonuje Brian Trący, światowej sławy ekspert w kwestii zarządzania i przywództwa. Jest nie tylko naszym ustawowym obowiązkiem, ale koniecznością podyktowaną tempem, w jakim zmienia się zawodowa rzeczywistość. W wielu krajach pielęgniarki i położne muszą dokumentować podnoszenie kwalifikacji i potwierdzić ten fakt. Czy słusznie wielu z nas obawia się takiego rozwiązania w naszych warunkach?

Pielęgniarki, położne to jedne z najliczniejszych grup zawodowych nie tylko na tle innych zawodów medycznych. Zgodnie z danymi CRPiP z grudnia 2022 r. w Polsce zarejestrowanych jest 304 365 pielęgniarek, 8 848 pielęgniarczy. Średni wiek pielęgniarek to nieco powyżej 54 lat (54,10), przy tym aż 1/3 osób wykonujących ten zawód ma od 50 do 59 lat - dotyczy to kobiet, bo pielęgniarki są młodsi (większość z nich jest w wieku 30-49 lat). W pielęgniarstwie nadal to panie stanowią większość (blisko 98%). Jeśli chodzi o położnictwo, to średni wiek położnej wynosi ponad 51 lat, położnego powyżej 37 lat - i tu dominującą grupą są kobiety w wieku od 50 do 59 lat. Liczba zarejestrowanych położnych to 41 337, w zawodzie położnego zarejestrowanych jest 80 mężczyzn (dane z 12.2022 r.).

Już w okresie międzywojennym zawód pielęgniarki był regulowany Ustawą - została uchwalona 21 lutego 1935 r. i obowiązywała 61 lat, czyli do czasu, kiedy zastąpiła ją Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Obecnie obowiązuje Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. Reguluje ona wszystkie kwestie związane z zawodami pielęgniarki i położnej, w tym zasady ich wykonywania, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, zasady kształcenia przed- i podyplomowego.

Pielęgniarkom i położnym, jako osobom wykonującym zawody zaufania publicznego, stawiane są bardzo wyso-

kie wymagania, dlatego wszystkie regulacje są niezwykle ważne. Medycyna rozwija się bardzo dynamicznie, praktycznie każdego dnia pojawiają się nowości związane z metodami leczenia, technologiami czy farmakoterapią, stąd rozwój zawodowy każdej osoby wykonującej zawód medycznych ma takie znaczenie - nie wystarczy fakt uzyskania formalnego wykształcenia, musimy stale wiedzę aktualizować i doskonalić umiejętności.

Od wielu lat obserwujemy rozwój rynku usług szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych. Kształcimy się zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Nasza ścieżka edukacyjna ma często związek z potrzebami pracodawcy i pacjentów, jak również osobistymi zainteresowaniami i kierunkami, w których pragniemy się rozwijać. Pielęgniarki bardzo chętnie korzystają z najróżniejszych form kształcenia podyplomowego - pokazują to statystyki, np. specjalizacje od roku 2002 ukończyło ponad 105 tys. z nas, ale pomimo ustawowego obowiązku ustawicznego kształcenia wypełnienie tego obowiązku nie jest weryfikowane. Weryfikacja punktów edukacyjnych ma miejsce w innych zawodach medycznych, np. lekarzy, farmaceutów, czy ratowników medycznych. Również w wielu krajach na świecie osoby wykonujące zawody medyczne, w tym pielęgniarki i położne, muszą dokumentować podnoszenie kwalifikacji i potwierdzić ten fakt podczas corocznego odnawiania rejestracji. Jak to wygląda w praktyce?

Ratownicy medyczni

To jeden z młodszych zawodów medycznych. Dopiero w latach 90. XX wieku opracowano program nauczania w tym zawodzie, a jesienią 1992 r. przeprowadzono pierwszy nabór do 2-letniego medycznego studium zawodowe-

go. Od tamtej pory zarówno kształcenie, jak i kompetencje ratowników medycznych ulegają szybkim zmianom. Mają coraz wyższe kwalifikacje, ale też stawiane są im coraz wyższe wymagania, a co za tym idzie - osoby pracujące w tym zawodzie muszą nadążyć z podnoszeniem swoich kwalifikacji. Zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8 września 2016 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych ratownicy medyczni są zobowiązani do stałego doskonalenia zawodowego, które realizowane jest w pięcioletnich okresach rozliczeniowych, czyli w okresach edukacyjnych. Podnoszenie kwalifikacji odnotowywane jest w karcie doskonalenia zawodowego, a ratownik medyczny ma obowiązek przedstawienia potwierdzenia odbycia kształcenia w wysokości minimum 200 punktów edukacyjnych wojewodzie właściwemu ze względu na adres zamieszkania w ciągu 30 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego. Za udział w kursie dokształcającym, zakończonym egzaminem, można uzyskać 120 punktów. Program kursu musi być opracowany przez zespół ekspertów powołany przez dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz uzyskać akredytację na terenie województwa. Pozostałe punkty można uzyskać za różne formy samokształcenia, takie jak:

1. Seminarium - 1 punkt za godzinę, nie więcej niż 8 pkt za całość,
2. Konferencja, zjazd, kongres - 5 punktów za jeden dzień, maksymalnie 20 pkt,
3. Udział w posiedzeniu towarzystwa naukowego lub zawodowego - 5 pkt za jeden dzień, maksymalnie 10 pkt,
4. Przygotowanie i wygłoszenie referatu na konferencji, kongresie itp. - 6 pkt za jeden temat, w okresie rozliczeniowym maksymalnie 30 pkt,
5. Punkty można również uzyskać za udział w szkoleniach organizowanych przez pracodawcę, kursach online, za publikację jako autor lub współautor,

czy też za tłumaczenia (szczegółowy wykaz: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/doskonalenie-zawodowe-ratowni-kow-medycznych>).

Pierwszy okres rozliczeniowy dla ratowników medycznych rozpoczął się 1 stycznia 2008 r., dla osób wkraczających do zawodu okresy rozliczeniowe rozpoczynają się 1 stycznia w roku następującym po tym, w którym uzyskano dyplom uprawniający do wykonywania zawodu.

Lekarze i lekarze dentyści

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów określa, że lekarze i lekarze dentyści muszą uzyskać minimum 200 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym, który trwa 48 miesięcy, a liczony jest od daty uzyskania prawa wykonywania zawodu. Jeśli lekarz/lekarz dentyista uzyska więcej niż 200 punktów, to nadwyżka nie jest przenoszona na następny okres rozliczeniowy. Za prowadzenie ewidencji odpowiedzialny jest lekarz, który prowadzi indywidualną ewidencję przebiegu doskonalenia zawodowego. Ewidencję przedstawia się do wglądu w okręgowej radzie lekarskiej wraz z dokumentami potwierdzającymi odbycie szkoleń, a dopełnienie obowiązku jest rejestrowane w rejestrze lekarzy. Niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego może skutkować anotacją w okręgowym rejestrze lekarzy. Rodzaje kształcenia, za które lekarz/lekarz dentyista może uzyskać punkty edukacyjne:

1. Udział w kursie krajowym lub zagranicznym - 1 pkt za godzinę, sposób weryfikacji - dyplom lub zaświadczenie wydane przez organizatora lub potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji,

2. Udział w kursie medycznym prowadzonym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego lub internetowego, 1 pkt za 1 godzinę, weryfikacji jak wyżej,

3. Udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji, 1 pkt za 1 godzinę,

4. Odbycie praktyki w kraju lub za granicą w specjalistycznym ośrodku, 5 pkt za 1 dzień,

5. Udział w posiedzeniu stowarzyszenia lub towarzystwa naukowego, 3 pkt za posiedzenie, potwierdzenie przez organizatora posiedzenia,

6. Inne to: wykłady, udział w programach edukacyjnych, uzyskanie stopnia doktora nauk medycznych, doktora habilitowanego, profesora, napisanie i opublikowanie książki medycznej, przetłumaczenie książki medycznej/ rozdziału i opublikowanie, autorstwo/ współautorstwo artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym (za <https://www.oil.szczecin.pl/upload/files/D20220464.pdf>).

Farmaceuci

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty farmaceuci mają obowiązek ustawicznego podnoszenia kwalifikacji oraz zbierania punktów edukacyjnych - szczegóły określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie punktów edukacyjnych uzyskiwanych w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego oraz wzoru karty rozwoju zawodowego farmaceuty. Okres rozliczeniowy trwa pięć lat, farmaceuta musi uzyskać 100 pkt, z tego 50 w formach kształcenia zakończonych egzaminem. Farmaceuta zobowiązany jest do prowadzenia karty rozwoju zawodowego. Formy kształcenia, w ramach którego farmaceuta może uzyskać punkty edukacyjne to m.in.:

1. Kurs w formie wykładu, ćwiczenia, seminarium, warsztat - zakończone testem 1 pkt za godzinę, maksymalnie 20 pkt za kurs,

2. Kurs w formie internetowej zakończony testem 1 pkt za godzinę, maksymalnie 20 pkt,

3. Studia podyplomowe w naukach farmaceutycznych 30 pkt za rok,

4. Kongres, konferencja, zjazd, symposium 4 pkt za dzień, maksymalnie 20 pkt,

5. Posiedzenie naukowo-szkoleniowe Naczelnej Izby Aptekarskiej, okręgowej izby aptekarskiej lub stowarzyszenia/ towarzystwa naukowego - 2 pkt za posiedzenie,

6. Inne punktowane aktywności to: przygotowanie i wygłoszenie referatu, napisanie monografii lub bycie współautorem monografii naukowej, tłumaczenia, opieka nad studentem, pełnienie funkcji kierownika specjalizacji lub stażu, odbycie praktyk zagranicznych, formy samokształcenia itd. (szczegóły: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210002494/O/D20212494.pdf> <https://mgr.farm/aktualnosc/zmiany-w-ksztalceniu-ustawicznym-farmaceutow-za-co-otrzymaja-punkty/>).

Gdzie indziej

Zbieranie punktów edukacyjnych w zawodach medycznych nie jest niczym nowym. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych z obowiązkiem udokumentowania już kilka lat temu wprowadziły chociażby Wielka Brytania i Irlandia. W Wielkiej Brytanii naczelną rolę izby pielęgniarek i położnych, czyli Nursing&Midwifery Council, NMC jest ochrona zdrowia i bezpieczeństwa społeczeństwa realizowana poprzez ustanawianie standardów w pielęgniarstwie i położnictwie oraz weryfikacja, czy osoby wykonujące te zawody są kompetentne do ich wykonywania zgodnie z aktem prawnym Health Practitioners Competence Assurance Act z 2003 r. NMC ustanawia standardy kształcenia podyplomowego i wymaga corocznej deklaracji wypełnienia tego obowiązku. Każda pielęgniarka i położna musi przedłużyć co roku prawo wykonywania zawodu, znane na Wyspach jako pin numer. Polega to na wypełnieniu formularza w Internecie i wniesieniu jednorazowej opłaty rocznej (obecnie 120 funtów). W wysłanym formularzu pielęgniarka/położna potwierdza również, że spełnia wymogi brytyjskiej izby pielęgniarstwa NMC odnośnie liczby przepracowanych w zawodzie godzin oraz liczbę godzin szkoleniowych, natomiast raz na trzy lata musi opisać, w jaki sposób dopełniła obowiązków. Proces ten nazywa się revalidation i zawiera osiem punktów koniecznych do potwierdzenia ustawicznego rozwoju zawodowego. Są to:

1. Wymóg przepracowania w okresie rozliczeniowym 450 godzin w zawodzie, a w przypadku posiadania podwójnego

prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej 900 godzin,

2. Ukończenie 35 godzin szkoleń, w tym 20 godzin udział w szkoleniu zorganizowanym face to face,

3. Napisanie pięciu refleksji na tematy związane z praktyką zawodową (zgodnie z reflective practice, promowaną formą samokształcenia w Wielkiej Brytanii), polega na refleksji na temat konkretnych sytuacji z praktyki zawodowej dotyczących niestandardowych sytuacji, trudnych zdarzeń, relacji międzyludzkich itd.,

4. Pięć pisemnych opinii na temat danej pielęgniarki/położnej, opinie mogą być od przełożonego, koleżanki/kolegi, pacjentów, czy rodzin pacjentów,

5. Dyskusja na temat refleksji zawodowych z inną pielęgniarką, najlepiej przełożoną lub mentorem, ale może to być również inna pielęgniarka, która potwierdzi odbycie takiej rozmowy,

6. Deklaracja na temat stanu zdrowia i niekaralności,

7. Ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej - w wypadku osób zatrudnionych w państwowych czy prywatnych placówkach takie ubezpieczenie pokrywa zwykle pracodawca,

8. Potwierdzenie odbycia całego procesu - zwykle przez przełożonego (wymagane są dane osobowe, jak również pin number osoby potwierdzającej).

Wszystkie punkty rewalidacji mają odpowiednią dokumentację dostępną na stronie NMC, również cały proces rejestruje się wyłącznie w systemie internetowym, a dokumentację, czy potwierdzenie szkoleń przechowuje pielęgniarka/położna do wglądu w przypadku kontroli z izby pielęgniarskiej.

Zalety i wady wykazywania punktów edukacyjnych

Oczywiście wszyscy zgadzamy się z potrzebą stałego doskonalenia zawodowego i rzeczywiście większość pielęgniarek i położnych podnosi swoje kwalifikacje zarówno poprzez uczestniczenie w różnych formach kształcenia zorganizowanego, jak i poprzez samokształcenie. Zdajemy sobie również sprawę, że każda zmiana ma swoje zalety i wady - rozważmy, jakie mogą być dla pielęgniarek, położnych, jakie dla pracodawców, a jakie dla pacjentów.

Korzyści

Dla pielęgniarek: to nabywanie nowych informacji zawodowych, podnoszenie wiedzy, rozwijanie umiejętności praktycznych. Rozwój zawodowy i osobisty wpływa na wyższą samoocенę i pewność siebie w pracy, daje większe możliwości wyboru pracy, czy awansu zawodowego. Warto podkreślić, że rozwój zawodowy może sprzyjać osobistym planom każdej pielęgniarki czy położnej, w obecnych czasach szybkich zmian, zdobyta wiedza i formalne kwalifikacje dają szerokie możliwości wyboru pracy w dowolnej dziedzinie, zarówno w kraju, jak i za granicą.

Dla pracodawców: spełnienie wymogów MZ odnośnie kontraktowania usług, możliwość uzyskania certyfikatów jakości, akredytacji. Wysoka jakość opieki to lepsze wyniki leczenia pacjentów, mniej powikłań i błędów medycznych, większa efektywność w pracy, większa zdolność do adaptacji pracowników w warunkach szybkich zmian, lepsze, bardziej efektywne wykorzystanie personelu. Wreszcie - umożliwianie pracownikom podnoszenia kwalifikacji jest czynnikiem motywującym, wpływa na atmosferę w pracy, zmniejsza rotację personelu, buduje silną i stabilną organizację. Profesjonalny, kompetentny personel wpływa na odbiór placówki ochrony zdrowia przez pacjentów i ich bliskich.

Dla pacjentów: to bezpieczna opieka i wysoka jakość otrzymywanych usług, poczucie „bycia w dobrych rękach” i „zaopiekowania”, opieka dostosowana do aktualnych potrzeb pacjenta, planowana i uaktualniana na bieżąco. To lepsza komunikacja z pacjentem, jego bliskimi i członkami zespołu wielodyscyplinarnego, lepsze zrozumienie potrzeb pacjenta. Prowadzenie edukacji pacjentów i poradnictwa, a także programów profilaktycznych i promocji zdrowia.

Problemy

Czas - wiele pielęgniarek i położnych pracuje w dwóch i więcej miejscach, wiele z nas ma liczne obowiązki poza pracą, które trudno godzić z aktywnością zawodową, nie mówiąc o dodatkowych obowiązkach związanych z kształceniem.

Opłaty za szkolenia - co z osobami, które na zorganizowane formy kształcenia po prostu nie będzie stać? Oczywiście część kosztów pokrywają izby lub pracodawca, jednak duża ich część leży po stronie pielęgniarek (jak choćby dojazdy, posiłki, rezygnowanie z dodatkowej pracy w tym czasie).

Odległość - utrudnienie korzystania z kształcenia szczególnie w przypadku osób mieszkających na terenach odległych od miejsc, gdzie są organizowane formy kształcenia.

Przeszkody ze strony pracodawców -rozbieżność w interesach pielęgniarki/ położnej i pracodawcy, brak zgody na szkolenie, brak zgody na urlop szkoleniowy, układanie grafiku bez uwzględnienia dni wolnych w czasie szkolenia, brak dofinansowania, brak dodatków do pensji za ukończone kursy (może obniżać motywację do odbywania szkoleń).

Wreszcie, wiele pielęgniarek/ położnych szczególnie tych, które pracują ponad 20-30 lat w zawodzie ma ukończone wszystkie wymagane formy kształcenia, co z tymi zaległymi? Czy będzie punktacja wyjściowa za ukończone już formy kształcenia? Czy posiadanie kilku, kilkunastu szkoleń nie ograniczy możliwości dokończania się i nie będzie powodować dublowania szkoleń lub odbywania szkoleń, które zwyczajnie nie leżą w interesie pielęgniarki (w obszarze zainteresowań konkretnej osoby, nie są też związane ani z obecnym miejscem pracy, ani z planami zawodowymi).

W przypadku nałożenia na pielęgniarki i położne obowiązku zbierania i dokumentowania punktów edukacyjnych wątpliwości mogłoby wzbudzić wiele składowych tego procesu. Już samo wprowadzenie obowiązku może być kwestionowane, skoro do tej pory go nie było. Jako największy problem należy rozważyć czas, w którym pielęgniarki mogłyby odbywać szkolenia, a także ponoszone koszty. Wydaje się, że ważne, aby sam proces zbierania, prowadzenia ewidencji i weryfikacji były jasno opisane w sposób nie pozostawiający miejsca na dowolność interpretacji. Ważne też będą systemowe rozwiązania wspierające pielęgniarki w odbywaniu form kształcenia, jak również zmiana podejścia pracodawców i większa dowolność

w kształceniu się zgodnym nie tylko z potrzebami pracodawcy, ale pozwalająca na indywidualny rozwój każdej pielęgniarki zgodnie z jej preferencjami. Bardzo istotne jest, aby wprowadzając proces punktowania, zaakcentować, że ma on działać dla dobra pacjentów, pracodawców, ale przede wszystkim samych pielęgniarek.

Niezależnie od potencjalnych zalet i wad systemu podnoszenia kwalifikacji i zdobywania punktów, zawsze warto się

uczyć. Wartości wiedzy i posiadanych umiejętności nie da się przecenić, a największą korzyścią jest nasz własny rozwój - coś, czego nikt nam nie odbierze. Czasami na rozmowach kwalifikacyjnych pada pytanie: „Gdzie widzisz siebie za pięć lat, gdzie chciałabyś być zawodowo za te pięć lat?” Myślę, że warto je sobie czasem zadać i zastanowić się, gdzie chciałabym/chciałbym być, co chcę robić w życiu zawodowym, a może mogę osiągnąć coś zupełnie nowego? Nie oba-

wiaj się kroczenia naprzód powoli. Obawiaj się stania w miejscu (przysłowie japońskie).

*mgr pielęgniarstwa
Katarzyna Trzpiel*

*Piśmiennictwo dostępne
w redakcji mpip@nipip.pl
Przedruk z Magazynu
Pielęgniarki i Położnej nr 6.2023*



Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

- informacja prasowa, W-wa, dn. 8.01.2024 r.

Najważniejsze wyzwania systemu ochrony zdrowia w 2024 roku

Poprzedni rok upłynął pod hasłem jakości w polskim systemie ochrony zdrowia, m.in. uchwalona została Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zainicjowano debatę publiczną o akredytacji i bezpieczeństwie w polskich placówkach medycznych. Jednak Światowa Organizacja Zdrowia wciąż alarmuje, że co roku z powodu błędów dochodzi do ponad 3 milionów zgonów. Podczas II edycji certyfikacji „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent” niemal połowa placówek wskazała, że sprzęt bezpieczny stanowi mniej niż 50% całego posiadanego sprzętu, a tylko 27% szpitali w Polsce korzysta z rejestru zdarzeń niepożądanych formy elektronicznej. Co czeka system ochrony zdrowia i jakie są najważniejsze wyzwania systemu ochrony zdrowia w 2024 roku?

Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej - 3 aspekty jakości, które trzeba monitorować

Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, a dokładniej art. 4 ustawy mówi, że jakość

w opiece zdrowotnej jest mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie trzech obszarów: klinicznego, konsumenckiego oraz zarządczego. Aspekt kliniczny uwzględnia m.in. doświadczenia w wykonywaniu określonych procedur medycznych, powtórne hospitalizacje z tej samej przyczyny, czy efekty lecznicze. Aspekt konsumencki uwzględnia wyniki badań opinii pacjentów o or-

ganizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a aspekt zarządczy wskaźniki odnoszące się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania. W dniu 4 września 2023 r. w Minister Zdrowia zarządzeniem powołał zespół do opracowania rekomendacji w zakresie wskaźników jakości opieki zdrowotnej.

„Wskaźniki jakości w opiece zdrowotnej to ważny element dla oceny jakości świad-



czonych usług, umożliwiającą monitorowanie efektów leczenia, stopnia zadowolenia pacjentów oraz skuteczności procesów opieki medycznej. Odpowiednie dane zebrane od placówek medycznych, pozwolą nieustannie podnosić poziom opieki i jakości w Polskich szpitalach. – **komentuje dr n. med. Mirosława Malara, Ekspert Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Prezes Europejskiego Stowarzyszenia Czyste Leczenie.**

Błędy w podawaniu leków – inwestycja w przepływ produktów medycznych się opłaca

Dla poprawy bezpieczeństwa i jakości w Polskich szpitalach może się przyczynić nie tylko Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, czy wskaźniki jakości opieki zdrowotnej. Bardzo duży wpływ na bezpieczeństwo pacjentów ma również właściwe podawanie leków. Błędy w stosowaniu leków w Unii Europejskiej odpowiadają za 163 tys. zgonów rocznie. Niebezpieczne praktyki i szkody związane z lekami stanowią 50% wszystkich możliwych do uniknięcia szkód w opiece medycznej na całym świecie. Chcąc przeciwdziałać błędom w podawaniu i stosowaniu leków, konieczne jest opracowanie i wdrożenie odpowiednich standardów i rekomendacji. W ramach Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali powstała Grupa Robocza ds. zarządzania przepływem produktów medycznych w szpitalach. Eksperti opracują rekomendacje w zakresie stosowania dobrych praktyk wypracowanych przez Radę ds. Interoperacyjności, a także będą promować dobre praktyki w zakresie zarządzania przepływem produktów medycznych w szpitalach.

Elektroniczny rejestr zdarzeń niepożądanych – niezbędny dla poprawy bezpieczeństwa w polskich placówkach medycznych

Najnowsze dane z II edycji raportu „Bezpieczny Szpital to Bezpieczny Pacjent” wskazują, że tylko 27% szpitali w Polsce korzysta z rejestru zdarzeń niepożądanych w formie elektronicznej. W porównaniu do I edycji raportu to wzrost zaledwie o 3%. Dlaczego prowa-

Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali została zawiązana w 2021 roku, a głównym jej celem jest zwiększanie bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy, m.in. poprzez promowanie i zachęcanie szpitali do korzystania z bezpiecznego sprzętu medycznego. Głównym projektem Koalicji jest program „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, do którego przyłączają się placówki medyczne, przestrzegające zaleceń w niej zawartych. Patronat nad projektem objęły: Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polska Federacja Szpitali, Naczelna Izba Lekarska, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polski Klub Dostępu Naczyniowego, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Naczelna Izba Aptekarska, Europejskie Stowarzyszenie Czyste Leczenie, Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Polskie Towarzystwo Mikrobiologów, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Infuzyjnego.

dzenie rejestru zdarzeń niepożądanych jest tak ważne? Światowej Organizacja Zdrowia alarmuje, że zdarzenia niepożądane stanowią obecnie jedną z dziesięciu głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności na świecie. Statystyki jasno wskazują, że problem jest ogromny, a życie i zdrowie zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów jest zagrożone. Przy zdarzeniach niepożądanych nie można pominąć zranień i zakłóć, błędów w podawaniu leków, zakażeń i infekcji oraz upadków pacjentów. Odpowiednie raportowanie, analiza i wyciąganie wniosków jest niezbędne dla poprawnego i bezpiecznego funkcjonowania placówek medycznych.

„Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali stale apeluje o wprowadzenie w Polsce elektronicznego rejestru zdarzeń niepożądanych, dla bezpieczeństwa zarówno personelu medycznego i pacjentów jest to kluczowe rozwiązanie, które pozwoli w szybki sposób raportować wszelkie zdarzenia oraz wyciągać wnioski niezbędne dla bezpie-

cznego funkcjonowania placówek medycznych w Polsce” – **podkreśla mgr Maciej Latos, Ekspert Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego.**

W Polsce należy wziąć przykład z sąsiednich krajów, gdzie rejestry zdarzeń elektronicznych to standard, mowa tu o takich państwach jak Dania, Niemcy czy Austria. W przypadku zgłaszania zdarzeń niepożądanych bardzo ważny jest czas, w którym zbierane są dane i następnie ich szybka analiza. Elektroniczna forma rejestru usprawni zgłaszanie i odpowiednie raportowanie wszelkich zdarzeń i umożliwi ich łatwe przechowywanie oraz dostępność. Aby zapobiegać zdarzeniom niepożądanym konieczne są również odpowiednie standardy i procedury szpitalne, stosowanie bezpiecznego sprzętu oraz regularne szkolenia personelu medycznego.

Masz obowiązek udzielenia pomocy

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na nas obowiązek udzielenia pomocy w każdym nagłym wypadku. Co oznacza on w praktyce i jak powinien on być realizowany?

Ustawodawca, mocą art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, nałożył na osoby wykonujące te zawody prawny obowiązek udzielenia pomocy (w uproszczeniu przyjmując) w każdym nagłym przypadku. Wyrażona w przywołanym przepisie norma brzmi następująco: pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Co jednak w praktyce oznacza taka regulacja?

KOGO DOTYCZY

Przepisy dotyczą wszystkich pielęgniarek i położnych, a nie np. tylko tych, które akurat wykonują czynności zawodowe, czy pełnią dyżur w placówce medycznej.

Taka redakcja omawianego przepisu jednoznacznie wskazuje, że znajduje on również zastosowanie w wypadku pielęgniarki lub położnej po godzinach pracy, w sytuacji prywatnej. Obowiązek udzielenia pomocy będzie zatem ciążył na pielęgniarence lub położnej, która przypadkowo stała się świadkiem jakiegoś zdarzenia, w trakcie którego zaistniała sytuacja wymagająca niezwłocznego udzielenia pomocy osobom poszkodowanym.

Można powołać się na analogiczny zapis w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w myśl którego lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W doktrynie panuje przekonanie, iż „komentowany przepis wprowadza normę o charakterze ogólnym i kreuje obowiązek określonego zachowania po stronie każdego lekarza, w sytuacji gdy zetknie się z okolicznością (choćby w sposób przypadkowy

przy wykonywaniu czynności prywatnych) zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Z obowiązkiem lekarza niesienia pomocy w stanach pilnych korespondują uprawnienia pacjenta zawarte w art. 7 ust. 1 art. u.p.p., zgodnie z którym pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia” i tak: Kopeć Marcin (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, Opublikowano: WK 2016). Porównując brzmienie przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z ustawą zawodową lekarzy, od razu widać, że ustawodawca inaczej opisał sytuacje, w których konieczne staje się udzielenie pomocy (w przypadku pielęgniarek lub położnych) albo pomocy lekarskiej (w przypadku lekarzy i lekarzy dentystry). W ustawie o zawodach pielęgniarek i położnych mowa jest bowiem „stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego” zaś w odniesieniu do lekarzy o „niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. Czy oznacza to, że pielęgniarka lub położna ma obowiązek udzielenia pomocy w innych sytuacjach niż lekarz lub lekarz dentysta? Takie rozróżnienie byłoby nadmierną komplikacją i ustawodawcy - mimo różnego określenia tych przypadków, jednak chodziło o tożsame sytuacje.

Nagle zagrożenie zdrowotne będzie bowiem obejmowało zarówno sytuację ciężkiego uszkodzenia ciała, jak również ciężkiego rozstroju zdrowia, a w konsekwencji także niebezpieczeństwo utraty życia.

DO CZEGO ZOBOWIĄDUJE

Pielęgniarka i położna ma obowiązek udzielenia pomocy zgodnie art. 12 ust. 1 wskazanej ustawy. Prawodawca nie określa jednak, na czym ta pomoc miałaby polegać. Z pewnością jednak będzie to pojęcie szersze aniżeli skoncentrowanie się wyłącznie na udzieleniu

świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywanego zawodu, które wymienione zostały w art. 5 ust. 1 cytowanego aktu prawnego. Z uwagi jednak na profesjonalne umiejętności, wypada przyjąć, że ustawodawca „oczekuje” od osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej - z racji posiadanych umiejętności, aby udzielona przez nie pomoc miała bardziej fachowy charakter i mieściła się w zakresie posiadanych przez nie kompetencji. Realizacja tego obowiązku nie stanowi podstawy dla osoby wykonującej zawód pielęgniarki albo położnej do przekroczenia swych kwalifikacji zawodowych. Jest to swego rodzaju ograniczenie bezwzględnego nakazu sformułowanego w cytowanej regule.

Działanie, do jakiego zobowiązuje przywołany przepis musi mieścić się w zakresie kompetencji zawodowych pielęgniarki bądź położnej.

ME MOŻNA ODMÓWIĆ

Wartym wspomnienia zagadnieniem jest także kwestia odmowy udzielenia pomocy (świadczenia zdrowotnego) osobom nieubezpieczonym i pytanie, czy udzielona w takiej sytuacji pomoc również byłaby refinansowana ze środków publicznych. Orzecznictwo w tej materii wskazuje, że odpowiednikiem cytowanych reguł, nakładających na osoby wykonujące zawody medyczne oraz podmioty lecznicze obowiązek udzielenia pomocy w stanach nagłych są normy przyznające pacjentom prawo do otrzymania takiej pomocy. Przywołania wymaga art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. „Obowiązek ten ciąży przy tym nie tylko na samych zakładach opieki zdrowotnej, ale także bezpośrednio na ich personelu medycznym, to jest

- lekarzach, pielęgniarkach i położnych, co wynika z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.), art. 12 ust. 1 ustawy dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039). Z tego też względu osoby, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych mogą domagać się od Państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. (...) Dlatego zakres obowiązku NFZ świadczenia za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej usługi medyczne obejmuje także te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem” (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 16 września 2014 r., i ACa 335/14).

Podkreślić trzeba, że obowiązek nałożony w art. 12 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej ma szersze zastosowanie niż reguła wynikająca z art. 160 kodeksu karnego, zgodnie z którą ten, kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jeśli jednak na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Mowa tu o przypadku, w którym np. osoba wykonująca zawód medyczny pełni funkcję tzw. gwaranta, którego rolą jest zapobieżenie skutkowi polegającemu na narażeniu innej osoby na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. „Uregulowany w art. 160 § 2 KK szczególny, prawny

obowiązek opieki, opierający się na określonej relacji interpersonalnej, może wynikać z ustawy (np. lekarz - pacjent lub rodzic - dziecko), z orzeczenia sądu (np. opiekun - podopieczny), zajmowanego stanowiska (np. kapitan statku - pasażerowie), z umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę (np. instruktor sportowy - kursant, pielęgniarka - pacjent, nauczyciel - uczeń) (...)” (tak:

Kodeks karny. Komentarz, red. prof. dr hab. Ryszard Stefański, 2016 r.). Co więc istotne - nie każda pielęgniarka lub położna, której dotyczy sytuacja opisana w art. 12 ust. 1 ustawy zawodowej będzie jednocześnie gwarantem, którego dotyczy przywołana norma z kodeksu karnego. Tak jak to zostało już wskazane na wstępie, przywoływany art. 12 ust. 1 nakłada obowiązek udzielenia pomocy w sytuacji nagłej na każdą pielęgniarkę lub położną, która jest obecna podczas takiego zdarzenia, czyli także w sytuacjach mających miejsce w czasie prywatnym. Na poparcie tej tezy można wskazać stanowisko doktryny, odnoszące się do obowiązku gwaranta - lekarza, wynikającego z przepisów karnych „Oznacza to, że lekarz, który przypadkowo stał się świadkiem zdarzenia, w którym dana osoba potrzebuje niezwłocznej pomocy lekarskiej, nie może być uznany za lekarza gwaranta, inaczej zaś lekarz, do którego zgłasza się pacjent potrzebujący pomocy lekarskiej” (tak: Kopeć Marcin (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza denty. Komentarz, Opublikowano: WK 2016).

Obowiązek udzielenia pomocy przez pielęgniarkę i położną aktualizuje się tylko wtedy, gdy pielęgniarka lub położna znajdują się w tym samym czasie i miejscu, co

osoba potrzebująca pomocy lub w bezpośredniej bliskości takiego miejsca.

CO OZNACZA „MOŻLIWOŚĆ BEZZWŁOCZNEGO UDZIELENIA POMOCY”

Warto przytoczyć jeszcze jeden fragment z literatury przedmiotu, który odnosi się do podstawy przypisania pielęgniarki lub położnej odpowiedzialności w ramach komentowanego przepisu: „Warunkiem odpowiedzialności pielęgniarki i położnej z art. 12 ust. 1 u.z.p.p. jest możliwość bezzwłocznego udzielenia pomocy. Oznacza to, że pielęgniarka lub położna muszą się znajdować w zasięgu osoby potrzebującej pomocy niezależnie od tego, czy ich obecność była tam przypadkowa, czy skutek przybycia na wezwanie, czy też pełnienia dyżuru w szpitalu, do którego przywieziono pacjenta. Zatem obowiązek udzielenia pomocy przez pielęgniarkę i położną przewidziany w komentowanym przepisie aktualizuje się tylko wtedy, gdy pielęgniarka lub położna znajdują się w tym samym czasie i miejscu, co osoba potrzebująca pomocy, lub w bezpośredniej bliskości przestrzennej takiego miejsca. Pielęgniarka lub położna znajdująca się w bezpośredniej bliskości osoby potrzebującej pomocy nie może zasłaniać się brakiem czasu, własnymi zajęciami, chęcią odpoczynku, późną porą (...)” (tak: Lis Wojciech, Sadowska Monika, Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz, Opublikowano: WKP 2019).

Katarzyna Gajewska,
radca prawny

Źródło: *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* nr 5.2021

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO
dr n. med. Anna Szczypta

KKPE/15/2023
Kraków, 21.08.2023

OPINIA

w sprawie przygotowania rąk personelu do pracy

W związku z licznymi pytaniami personelu medycznego różnych podmiotów leczniczych, dotyczących kwestii związanych z higieną rąk a zwłaszcza przygotowaniem rąk do pracy, przedstawiam opinię w przedmiotowej sprawie.

Ręce personelu stanowią jeden z głównych wektorów transmisji patogenów w środowisku szpitalnym. Z tej racji należy wdrożyć wszystkie możliwe działania aby minimalizować ryzyko

przenoszenia patogenów a tym samym zapobiegać zakażeniom krzyżowym.

Należy również pamiętać, że na efekt dekontaminacji rąk składa się nie tylko prawidłowo wykonana procedura mycia i/lub dezynfekcji ale również odpowied-

nie przygotowanie rąk. Pod uwagę należy wziąć następujące kryteria:

- noszenie odpowiedniego ubrania roboczego z krótkim rękawem (zasada: „nic poniżej łokcia”),
- zdjęcie wszelkiej biżuterii (zegarek, bransolety, pierścionki, obrączka),
- utrzymanie krótkich paznokci (nie wystające spoza opuszków palców),
- brak sztucznych powłok na płytce paznokciowej (tipsy, lakiery).

Taki sposób podejścia do pracy służy nie tylko ograniczaniu zakażeń wśród pacjentów ale również zapewnia bezpieczeństwo pracownikowi.

Występowanie zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych związane jest z szeregiem procedur, które niosą za sobą ryzyko ich występowania. Dlatego też trzeba dołożyć wszelkich starań aby uchronić pacjentów przed możliwością kolonizacji czy też nabycia zakażenia. Oprócz „typowych” patogenów pojawiają się w podmiotach leczniczych tzw. drobnoustroje alarmowe czyli bakterie odporne na wiele antybiotyków czy też na wszystkie antybiotyki. Badania, w których higiena rąk stanowiła główną interwencję i uzyskano znaczną poprawę w jej przestrzeganiu lub zwiększenie zużycia alkoholowego preparatu do dezynfekcji rąk, wykazały znaczny spadek zakażeń i/lub kolonizacji MDRO, głównie w przypadku MRSA. Zmniejszenie ryzyka transmisji było zauważalne gdy przestrzegania higieny rąk wzrosło > 70%. Pozytywny wpływ wzrostu przestrzegania higieny rąk na zmniejszenie ryzyka transmisji MDRO został potwierdzony dla MRSA, Enterobacterales produkujących ESBL oraz szczepów *Pseudomonas aeruginosa* produkujących karbapenemazy.

Bezasadnym wydaje się toczenie sporu wśród pracowników medycznych w kwestii przygotowania rąk do pracy. Wyniki wielu badań wskazują na ryzyko transmisji patogenów poprzez płytkę paznokciową pokrytą sztuczną powłoką. Jeżeli udowodnionym jest, że najczęstszą drogą transmisji drobnoustrojów jest droga kontaktowa, to należy dołożyć wszelkich starań aby w łańcuchu epidemicznym tę drogę przeciąć. Wszystkie wysiłki powinny być skon-

centrowane na przestrzeganiu zasad higieny a nie na ich omijaniu.

W obszarze kontroli zakażeń nie wszystko jest i nie wszystko może być uregulowane prawnie, czyli w formie ustawy czy rozporządzenia. W codziennej pracy należy jednak wziąć pod uwagę rekomendacje ośrodków naukowych, które opierają się na EBM. Poza tym, zgodnie z paragrafem 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych podczas kontroli dany podmiot leczniczy oceniany jest biorąc pod uwagę ogólnodostępne standardy i wytyczne ośrodków referencyjnych, zasady współczesnej wiedzy medycznej, wytyczne konsultantów krajowych w odpowiednich dziedzinach medycyny znajdujących zastosowanie w działalności świadczeniodawcy- dotyczące zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. W kwestii przygotowania rąk do pracy zarówno CDC jak i WHO rekomendują od wielu lat krótkie paznokcie, bez sztucznych powłok.

Reasumując, higiena rąk personelu jest uznawana za podstawę profilaktyki zakażeń szpitalnych, co znalazło potwierdzenie w wielu doniesieniach naukowych. A co za tym idzie nie jest kwestią dowolną, jest ona obowiązkiem każdego pracownika. Higiena rąk powinna być również priorytetem instytucjonalnym.

Z wyrazami szacunku

*Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego
dr n. med. Anna Szczypta*

*Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego
/wg rozdzielnika/*

Piśmiennictwo:

1. Boyce J.M. Pittet D: Guideline for hand hygiene in health - care settings: recommendations of the Healthcare Infections Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force, *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002, 23 (Suppl.),1-40.

2. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J, World Health Organisation, World Alliance for Patient Safety, First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts: The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations, *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009, 30,611-22.

3. Gupta A, Della-Latta p, Todd B, San Gabriel P, Haas J, Wu F, Rubenstein D, Saiman L, Outbreak of extended-spectrum beta - lactamase- producing *Klebsiella pneumoniae* in neonatal intensive care unit linked to artificial nails, *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004, 25, 210-5

4. Moolenaar L.V.Crutcher J.M, San Joaquin V.H, Sewell LV (et all): A prolonged outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* in a neonatal intensive care unit: did Staff fingernails play a role in disease transmission? *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000, 21, 80-5.

5. Piwowarczyk J.: Badanie wpływu różnych czynników na jakość i skuteczność mikrobiologiczną procedury higienicznej dezynfekcji rąk wśród personelu medycznego. Rozprawa doktorska, UMed Wroc, 2014.

6. Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ i wsp. epic3: national evidence based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect* 2014; 86: S1-S70.

7. Wynd CA, Samstag DE, Lapp AM. Bacterial carriage on the fingernails of OR nurses. *AORN J* 1994; 60: 796: 799-805.

8. McNeil SA, Foster CL, Hedderwick SA i wsp. Effect of hand cleansing with antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 367-372.

9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (DZ.U. 2010, poz.646).

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO
- Beata Ostrzycka

KKPR- 25/12/2023
Olsztyn, 14 grudnia 2023 rok

Stanowisko

wspólne konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
oraz konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
w sprawie dożylnego podażu czynników krzepnięcia
u chorych na wrodzone skazy krwotoczne

Podaż czynników krzepnięcia u pacjentów (również pediatrycznych) chorujących na wrodzone skazy krwotoczne może być realizowana przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej zarówno w przychodniach, jak i w domach pacjentów.

Ze względu na specyfikę choroby pacjenci z brakiem lub niedoborami czynników krzepnięcia krwi wymagają zapewnienia szybkiego i stałego dostępu do koncentratów czynników krzepnięcia. Bez stałego dostępu do tych produktów leczniczych nie jest możliwe płynne prowadzenie długoterminowej profilaktyki.

Ponadto, w przypadku leczenia na żądanie, im szybciej zostanie podany odpowiedni koncentrat, tym szybciej zapobiegnie się powikłaniom w postaci wylewu krwi do tkanek lub narządów. Osoby chorujące na wrodzone skazy krwotoczne, które zostały objęte Narodowym Programem Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2019-2023, w ramach projektu są wyposażone, m. in. w leki oraz odpowiedni preparat czynnika krzepnięcia.

W celu ułatwienia kontaktu pacjenta z placówkami ochrony zdrowia wdrożono Kartę Postępowania, zawierającą informacje dotyczące leczenia. Karta Postępowania traktowana jest jako zlecenie dożylnego podania czynnika krzepnięcia. Koncentrat odpowiedniego czynnika krzepnięcia musi być podany na miejscu zdarzenia przez personel medyczny z zasobów własnych chorego, a jeżeli chory nie posiada leku, to ZRM powinien niezwłocznie przewieźć pacjenta do SOR/IP, w którym prowadzi-

ny jest depozyt szpitalny koncentratów czynników krzepnięcia.

We wspomnianym już Narodowym Programie Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne zwraca się uwagę na kwestię podawania wymaganego preparatu dla tej grupy chorych w sytuacji zagrożenia życia (bezpośrednio po urazie) przez ratownika medycznego i pielęgniarkę systemu, a także pielęgniarkę, z jednoczesnym odniesieniem do obowiązujących aktów prawnych:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. poz. 1180)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497).

Wobec powyższego, należy wskazać, iż pielęgniarka POZ jest uprawniona do realizacji świadczenia w zakresie dożylnego podażu czynników krzepnięcia u chorych na wrodzone skazy krwotoczne.

Zgodnie z zapisami Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne ośrodki realizujące ten program są zobowiązane do współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i innymi podmiotami leczniczymi. Ośrodki te mają również funkcję konsultacyjną i szkoleniową, za-

tem powinny brać udział w szkoleniu kadry medycznej między innymi pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

Mając na względzie dobro pacjenta rekomenduje się pozyskiwanie nowych umiejętności przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i aktualizowanie wiedzy, m.in. poprzez:

- odbycie przeszkolenia w zakresie podawania dożylnego leku - czynnika krzepnięcia u pacjentów pediatrycznych;
- posiadania przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej ukończonego kursu doształcającego: porty naczyniowe, kontakty centralne - pielęgnacja, zastosowanie kliniczne.

*Elektronicznie podpisany przez
Beata Ostrzycka*

*Miejsce pracy: Samodzielny Gminny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach
11-001 Dywity
ul. Jeżynowa 16,
tel. 89 5120 122
bostrzycka@wp.pl*

*Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym:*

- Dorota Rojsza
- Barbara Jabłońska
- Dorota Suchodół
- Marzena Kłoszewska
- Beata Majchrzak
- Mariola Joanna Pietrzak

Pytanie:

kto podczas zabiegu operacyjnego, który jest świadczeniem zdrowotnym, powinien asystować pielęgniarce operacyjnej czystej jako osoba lotna?

Odpowiedź:

Wykonywanie czynności pielęgniarki/położnej „brudnej”/„lotnej” na sali operacyjnej /sali cięć przez salową - osobę bez wymaganych kwalifikacji - jest sprzeczne z poniżej przedstawionymi standardami.

Jednoznacznie stwierdzam, iż jest to niezgodne z zasadami i obowiązującym „Standardem Pielęgniarskiej Praktyki Klinicznej w Dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego”.

Standardy pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego obowiązują od dnia 3 grudnia 2014 r.

„Ogólne standardy praktyki pielęgniarskiej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, które uszczegółowią treści zawarte w przedstawianym zbiorze standardów - dotyczyć będą specyficznych dla tej dziedziny sposobów sprawowania opieki nad pacjentem, czyli między innymi sposobów zapewnienia poczucia bezpieczeństwa pacjenta czy ochrony godności osobistej na bloku operacyjnym, a także sposobów ochrony pielęgniarek/położnych operacyjnych przed czynnikami szkodliwymi w ich miejscach pracy”. Dotyczy to w takim samym stopniu sali operacyjnej jak i sali cięć.

Powołując się na załącznik do Uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Nr 277/VI/2014 z dnia 3 grudnia 2014r Pani Prezes wykazała, że:

„Aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta na każdy czynny stół operacyjny (na którym w danej chwili jest lub może być pacjent) **przypadają minimum dwie pielęgniarki/położne operacyjne: pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca i pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca**”. Jednocześnie zwracając uwagę na zabiegi, przy wykonywaniu których konieczna jest zwiększona liczba pielęgniarek/położnych operacyjnych.

Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że zabezpieczenie obsady pielęgniarskiej w bloku operacyjnym odbywa się z uwzględnieniem zadań wykonywanych w bloku, procedur epidemiologicznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi. Zatem pielęgniarką asystującą powinna być pielęgniarka/położna operacyjna, która ma kwalifikacje w zakresie asystowania (zna specyfikę wykonywanej pracy w bloku operacyjnym) i jej obowiązkiem zgodnie z wymaganymi kwalifikacjami jest znać procedury zabiegowe, techniki operacyjne, profilaktykę zakażeń szpitalnych i inne obowiązujące procedury zabiegowe.

W przypadku braku wykwalifikowanego personelu medycznego zgodnie z obowiązującym „Standardem Pielęgniarskiej Praktyki Klinicznej w Dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego” wszystkie niezgodności kadrowe (wykonywanie czynności przez osoby nieuprawnione) winne być odnotowywane w dokumentacji medycznej.

Zgodnie z definicją ustawową pod pojęciem osoba wykonująca zawód medyczny należy rozumieć osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Nawiązując do Uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w ocenie Autorki zadania instrumentariuszki brudnej mieszczą się w kategorii świadczeń zdrowotnych zgodnie z definicją z art. 3 U.Z.O.Z. W żadnym z postanowień art. 3 U.Z.O.Z. nie ma mowy o tym, że świadczenie zdrowotne wymaga bezpośredniego styku (wręcz dotykania) pacjenta. Działania brudnej pielęgniarki na bloku operacyjnym z pewnością służą zachowaniu, ratowaniu, przywróceniu i poprawie zdrowia pacjenta. Tak brzmi ogólna reguła definicji świadcze-

nia zdrowotnego. Do udzielania tychże są zaś z mocy wspomnianego art. 10 U.Z.O.Z. uprawnieni wyłącznie pracownicy posiadający odpowiednie uprawnienia (kwalifikacje).

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z dnia 23 sierpnia 2011 r.) każda pielęgniarka i położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Biorąc pod uwagę wymagania jakie są stawiane przed pielęgniarką/położną pracującą na bloku operacyjnym (sala operacyjna - sala cięć) każda pielęgniarka/położna musi mieć ukończony minimum „Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego” lub „Specjalizację w dziedzinie Pielęgniarstwa operacyjnego”, **a jakie kwalifikacje posiada salowa?**

Pielęgniarka/położna pracująca na bloku - sali cięć uprawnienia nabywa drogą:

- odbycia szkolenia do pracy na stanowisku instrumentariuszki pod okiem opiekuna procesu adaptacji, mającego wiedzę i doświadczenie w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (specjalisty w tej dziedzinie). Każda pielęgniarka/położna operacyjna powinna ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego w możliwie szybkim terminie (najlepiej w terminie 1 roku od momentu rozpoczęcia pracy w na bloku operacyjnym). Pracodawca powinien umożliwiać udział pracownikowi w kursie kwalifikacyjnym/specjalizacji,
- ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
- ukończenia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Przytaczam bardzo dobry materiał celem potwierdzenia powyższych informacji: **„Zakres obowiązków pielęgniarki operacyjnej obejmuje całościowe, samodzielne, fachowe, bieżące, planowe przygotowanie oraz instrumentowanie przy jego przeprowadzeniu i nadzorze”**. Jej zadaniem jest zgromadzenie i przygotowanie potrzebnego sprzętu, urządzeń, narzędzi i materiałów jednorazowego użytku, aby zabieg operacyjny przebiegał w możliwie najbardziej optymalny sposób.

Jakość przeprowadzonej operacji zależy od odpowiedzialnej, profesjonalnej pracy oraz umiejętności zespołowego działania każdego zaangażowanego pracownika bloku. Praca personelu bloku operacyjnego różni się znacząco od pracy w oddziale lub w otwartym lecznictwie, czy środowisku. Podczas toku kształcenie nie ma wielu informacji przekazywanych dotyczących specyfiki pracy pielęgniarki operacyjnej. Instrumentariuszką może zostać pielęgniarka po odpowiednim przeszkoleniu, jak również po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego. W zależności od rodzaju bloku - ogólnego (wieloprofilowy), czy specjalistycznego (w danej dziedzinie) - przeszkolenie trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy lub lat. Jednocześnie postęp w medycynie operacyjnej jest szybki, dlatego ważne jest bycie otwartym na nowe techniki operacyjne i samoedukację.

Pielęgniarki pracują zazwyczaj w zespole dwuosobowym - pielęgniarka instrumentująca (tzw. „czysta”) oraz pielęgniarka pomagająca (tzw. „brudna”). Ich zadania różnią się, lecz niezbędna jest ścisła współpraca.

Do zadań pielęgniarki instrumentującej należą zadania:

PRZED ZABIEGIEM:

- Przygotowanie pojemników z narzędziami chirurgicznymi w zależności od rozpoznania i planowanej operacji, jej zakresu i specyfiki.
- Przygotowanie dodatkowych jałowych materiałów: obłożenia pola operacyjnego, fartuchów, rękawic, gazy, nici chirurgicznych, ssaków, drenów, opatrunków, itp.

- Przygotowanie innych niezbędnych urządzeń i sprzętów.
- Przygotowanie ewentualnych implantów i leków.
- Przygotowanie siebie do zabiegu (mycie chirurgiczne rąk, dezynfekcja, jałowe założenie bielizny operacyjnej).
- Przygotowanie stolika z narzędziami: podręcznego, zwanego Mayo, oraz dodatkowego, rozpakowanie jałowych narzędzi, kontrola wskaźników sterylizacji.
- Przygotowanie jałowego sprzętu i materiałów niezbędnych do zabiegu, kontrola.
- Jałowe ubranie zespołu operacyjnego.
- Po dezynfekcji pola operacyjnego, pomoc przy jego obłożeniu..
- Podłączenie niezbędnego sprzętu, np. ssak, koagulacja, wiertarka.
- Umieszczenie stolika z narzędziami.

ŚRÓDOPERACYJNIE:

- Instrumentowanie do zabiegów, dostosowane do etapu i sytuacji podczas zabiegu.
- Wyrzucanie i liczenie materiałów gazowych do tamowania krwawienia.
- Podawanie roztworów do płukania jam ciała.
- Wydawanie preparatów do badania, opisanie preparatu przed przekazaniem personelowi pomagającemu.
- Podawanie leków lub środków kontrastujących.
- Komunikacja z personelem pomagającym, zespołem operacyjnym i anesteziologicznym.
- Sprawdzanie kompletności zestawów narzędzi i materiału jednorazowego po zabiegu: ilościowa i jakościowa.
- Podawanie jałowego opatrunku.

PO OPERACJI:

- Odłączenie urządzeń.
- Usuwanie narzędzi i materiałów: ostre przedmioty wkłada się do specjalnych pojemników.
- Usuwanie obłożenia.
- Przygotowanie narzędzi do wstępnej dezynfekcji.
- Usuwanie bielizny operacyjnej i rękawiczek chirurgicznych.

Do zadań pielęgniarki pomagającej należą:

PRZED OPERACJĄ:

- Przygotowanie stołu operacyjnego, środków pomocniczych.
- Przygotowanie pojemników z narzędziami chirurgicznymi w zależności od rozpoznania i planowanej operacji, jej zakresu i specyfiki.
- Przygotowanie dodatkowych jałowych materiałów: obłożenia pola operacyjnego, fartuchów, rękawic, gazy, nici chirurgicznych, ssaków, drenów, opatrunków, itp.
- Przygotowanie innych niezbędnych urządzeń i sprzętów.
- Przygotowanie ewentualnych implantów i leków.
- Pomoc instrumentariuszce przy ubieraniu jałowego fartucha.
- Rozpakowywanie jałowych zestawów i opakowań z narzędziami i materiałami, roztworów do płukania, środków dezynfekcyjnych i leków.
- Prowadzenie dokumentacji operacyjnej (protokół pielęgniarki operacyjnej).
- Po ułożeniu przez lekarza pacjenta na stole - zamocowanie elektrody neutralnej.
- Ustawienie lampy operacyjnej.
- Obsługa stołu operacyjnego.
- Informowanie zespołu operacyjnego.
- Pomoc w zakładaniu jałowej bielizny zespołowi.
- Pomoc przy obłożeniu pola operacyjnego.
- Włączenie urządzeń, np. ssaka, diatermii, wiertarki.

ŚRÓDOPERACYJNIE:

- Pomoc w zależności od okoliczności i etapu zabiegu.
- Uporządkowanie zużytych materiałów: serwet, chust i gazików, kontrolowanie ich ilości - ocena krwawienia i utraty krwi.
- Odebranie i zabezpieczenie materiału do badania histopatologicznego.
- Obserwacja i opieka nad pacjentem.
- Kontrola zużytych materiałów.

PO OPERACJI:

- Pomoc w zakładaniu opatrunku, zabezpieczenie drenów.
- Usunięcie podpórek i zabezpieczeń pacjenta stosowanych do ułożenia pacjenta.

- Powiadomienie personelu pomocniczego.

Literatura:

1. Gertraud Luce - Wunderle, Anita Debrand - Passard: Pielęgniarstwo operacyjne.

2. Maria Ciuruś: Pielęgniarstwo operacyjne.

3. Ewa Grabowska: Magazyn Pielęgniarki Operacyjnej.

4. Międzynarodowa karta charakterystyki zagrożeń zawodowych. <http://archiwum.ciop.pl/10928.html>

5. Jakie cechy powinna posiadać pielęgniarka? <http://praca-pielęgniarka.eu/2017/04/04/jakie-cechy-powinna-posiadc-pielęgniarka/>

6. Blog „Pielęgniarką być”: Pielęgniarka operacyjna - zawód i specjalność. <http://pielęgniarkabyc.pl/blog/2017/02/16/pielęgniarka-operacyjna-zawodspezjalnosc/>

7. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych: Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek. http://www.ckppip.edu.pl/uploads/docs/Programy_ksztalcenia/Szkolenia%20specjalizacyjne%20Piel%C4%99gniarnstwo%20operacyjne.pdf

Powyższe wymagania jednoznacznie dyskwalifikują - salowe - w pełnieniu obowiązków pielęgniarki / położnej pomagającej / „lotnej” - instrumentariuszki.

Materiały źródłowe dotyczące tematu:

Piątek A. (red) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 148-150.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych U. 2013 nr O poz. 696.

Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych Dz. U. z 2010 nr 107 poz. 679.

Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe. (Tekst jednolity: Dz. U. z 2004 r. Nr 161, poz. 1689).

Ustawa z dnia 5 12 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2012 poz. 892).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039).

Dokumentacja pielęgniarki operacyjnej prowadzona na bieżąco w trakcie procedury medycznej wykonywanej w warunkach sali operacyjnej to dokument, w którym zawarte są następujące informacje: data, dane pacjenta, dane zespołu operacyjnego, oznaczenie sali operacyjnej, w której przebiega procedura medyczna, numer zabiegu na sali operacyjnej w danym roku, miesiącu i w danym dniu, czas zabiegu, rodzaj wykonywanego zabiegu, rodzaj znieczulenia, użyte instrumentarium, zużyte materiały i akcesoria, leki, płyny, używana aparatura medyczna, rodzaj preparatów wysyłanych do różnego typu badań. Dokument taki jest dostosowany do danego bloku operacyjnego, a jego oryginał powinien być dołączany do historii choroby. Najczęściej stosowane nazwy dla takiego dokumentu to: „protokół pielęgniarki operacyjnej” lub „karta zużycia materiału”. Dokument powinien być podpisywany przez obie pielęgniarki operacyjne (instrumentującą i pomagającą) i tutaj podkreślam: NIE SALOWA.

*Krystyna Skorb
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie
pielęgniarstwa chirurgicznego
i operacyjnego na województwo lubuskie*

Bezpieczeństwo i higiena pracy pielęgniarki w podmiotach wykonujących działalność leczniczą

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zabiegowych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. W celu właściwego wykonywania powierzonych zadań należy zapewnić sprawną i bezpieczną pracę personelu medycznego.

1. Wprowadzenie

Pielęgniarki spotykamy we wszystkich rodzajach działalności leczniczej, a zgodnie z art. 8 ustawy z 15.07.2011 r.

o działalności leczniczej rodzajami działalności leczniczej są:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne,
 - b) inne niż szpitalne;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2. Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki

Zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych.

Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki określa ustawa

z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Określa również zasady użytkowania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, kształcenia zawodowego i podyplomowego pielęgniarki i położnej. Natomiast zasady odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych określa ustawa z 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Wykonywanie trudnego zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności na rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych oraz problemów pielęgnacyjnych pacjenta, a następnie planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej oraz realizacji zleceń lekarza w proce-

sie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji jak również na samodzielnym udzieleniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Pielęgniarka również orzeka o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych i prowadzi edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

Zakres i rodzaj świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które pielęgniarka może wykonywać bez zlecenia lekarskiego, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również: nauczanie zawodu pielęgniarki oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek, prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa oraz kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych, jak również zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, bądź w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; lub w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia. Pielęgniarka wykonuje swój zawód poprzez: pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia i innych jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną, bądź peł-

nienie służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności, zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie jak również zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z 4.02.2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. Sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu oraz powołanie do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie również jest traktowane jako wykonywanie zawodu pielęgniarki.

Pielęgniarka, która nie wykonuje zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie. Jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie całkowitej albo częściowej niezdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu, spowodowanej jej stanem zdrowia, okręgowa rada pielęgniarek i położnych powołuje komisję lekarską złożoną ze specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny. Komisja wydaje orzeczenie w przedmiocie zdolności lub niezdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu, o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności, albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności.

Szczegółowe normy postępowania w tych sprawach określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie składu komisji, trybu orze-

kania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych.

Pielęgniarka ma prawo do doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia podyplomowego oraz obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej.

3. Obowiązki związane z zawodem pielęgniarki

Pielęgniarka ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Ponadto ma obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta - zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.

Pielęgniarka ma obowiązek zachowania w tajemnicy (również po śmierci pacjenta) informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Pielęgniarka jest zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej z wyjątkiem zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta. W związku z tym ma prawo uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia, a w wyjątkowych przypadkach ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie.

Pielęgniarka ma również prawo uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym ma uczestniczyć. W przypadku uzasadnionych wątpliwości może odmówić uczestniczenia w eksperymencie, podając przyczynę odmowy na piśmie. Ponadto może powstrzymać się, po uprzednim powiadomieniu na piśmie przełożonego, od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem, z wyjątkiem świadczeń ratujących życie pacjenta.

Uwaga!

Pielęgniarsce udzielającej świadczenia zdrowotne przysługuje taka sama ochrona prawna, jaką prawo przewiduje dla funkcjonariusza publicznego.

4. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej

W celu zapewnienia sprawnej i bezpiecznej pracy personelu medycznego konieczne jest zapewnienie niezbędnego stanu zatrudnienia pielęgniarek w zakładach opieki zdrowotnej. Sposób ustalania poziomu tego zatrudnienia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami - dalej r.u.m.n.z.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w podmiocie leczniczym ustala kierownik tego podmiotu co najmniej raz na trzy lata po zasięgnięciu opinii kierowników jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych określonych w regulaminie organizacyjnym, przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych działających na terenie podmiotu.

Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiocie leczniczym, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia, należy uwzględnić:

1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;

2) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;

3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

4) harmonogram czasu pracy;

5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny (§ 2 r.u.m.n.z.);

6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;

7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;

8) stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Ustalając minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek dla:

a) podmiotu wykonującego świadczenia z zakresu leczenia uzależnień stosuje się punkty 1-4 i 8;

b) szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć uwzględnia się liczbę pacjentów w skali roku, stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu oraz punkty 1, 3 i 4;

c) bloku operacyjnego przy ustalaniu minimalnej normy na 1 stół operacyjny w trakcie zabiegu operacyjnego (1 pacjent) uwzględnia się punkty 1-4 i 8;

d) oddziałów bądź innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o profilach: anestezjologia i intensywnej terapii (stanowisko intensywnej terapii) oraz neonatologicznym stosuje się minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie art. 31 d ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

Do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej, z wyłączeniem pielęgniarek oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek koordynujących pracę innych pielęgniarek i ich zastępców.

Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich kierownik podmiotu ustala, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifiko-

wany zgodnie z kryteriami określonymi w załącznikach do r.u.m.n.z. w zależności od profilu oddziału.

W przypadku utworzenia nowego podmiotu, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki, przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

1) planowany zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych;

2) planowaną liczbę pacjentów;

3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

4) harmonogram czasu pracy;

5) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Minimalną normę ustala się na okres roku, licząc od dnia wpisu podmiotu albo wpisu zmian do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

1) wielkość i rozległość terytorialną oraz strukturę demograficzną i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu;

2) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;

3) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;

4) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

5) harmonogram czasu pracy;

6) wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego;

7) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Minimalne normy ustalone przed 1 stycznia 2013 roku mogły być stosowane do dnia 31 marca 2014 r.

5. Zagrożenia związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki

- Pielęgniarki stosują środki czyszczące, dezynfekcyjne i sterylizujące, zawierające substancje szkodliwe, które mogą uszkadzać skórę, błony śluzowe oraz układ oddechowy takie jak: - mydła, detergenty, środki dezynfekujące mogą powodować podrażnienia, uczulenia i zapalenia skóry w wyniku częstego z nimi kontaktu;
 - aerozole płynów myjących i czyszczących mogą być przyczyną podrażnienia spojówek oczu oraz śluzówek nosa i gardła;
 - lateks, który może powodować uczulenia (wstrząsu, astmy, zapalenia skóry) w zetknięciu z lateksowymi rękawicami lub innymi lateksowymi materiałami medycznymi.
- Pielęgniarki mogą być narażone na działanie gazów anestetycznych (bromek etylu, chlorek etylu, halotan, tlenek azotu), płynów sterylizujących (np. aldehyd glutarowy) co w wyniku długotrwałego narażenia może być przyczyną przewlekłego zatrucia.
- Pielęgniarki mogą być narażone na działanie różnego typu promieniowania np. laserowego, rentgenowskiego i jonizującego. Takie narażenie może być przyczyną uszkodzenia oczu, poparzenia skóry oraz wystąpienia chorób nowotworowych.
- Istnieje też możliwość urazów na skutek wybuchu butli ze sprężonymi gazami (np. tlenem) bądź gazów anestetycznych (m.in. bromek etylu, chlorek etylu, halotan, tlenek azotu).
- Pielęgniarki są narażone na urazy ukłucia, przecięcia, przekłucia powodowane ostrymi narzędziami, igłami.
- Pielęgniarki mogą ulec poparzeniom skóry w wyniku kontaktu z gorącymi powierzchniami urządzeń sterylizacyjnych lub kontaktu z gorącymi gazami i cieczami.
- Pielęgniarki mogą odczuwać dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego spowodowane dźwiganiem pacjentów. Praca wyko-

nywana przez wiele godzin w wymuszonej pozycji ciała zwłaszcza stojącej z elementami chodzenia może być również przyczyną zmęczenia oraz bólów nóg.

- Pielęgniarki narażone są na stres psychiczny poprzez pracę w nagłych warunkach zagrożenia życia pacjenta, a częstotliwość narażenia na podobne sytuacje mogą go potęgować.
- Pielęgniarki narażone są na stres porazowy poprzez kontakt z ciężko poszkodowanymi pacjentami, licznymi ofiarami katastrof i klęsk żywiołowych jak również z agresją ze strony pacjentów.
- Pielęgniarki narażone są na wystąpienie zespołu „wypalenia zawodowego” w wyniku pracy zmianowej, nocnej, dużej odpowiedzialności zawodowej, kontaktu z chorymi pacjentami oraz ofiarami wypadków i ich rodzinami.

Pomimo licznych zagrożeń zawodowych za największe w zawodzie pielęgniarki należy jednak uznać narażenie na szkodliwe czynniki biologiczne. Występuje on w szczególności podczas prac związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek pacjenta przy użyciu ostrych narzędzi takich jak igły, skalpele itp. To właśnie w ich trakcie istnieje największe niebezpieczeństwo zranienia się przez pielęgniarkę wykonującą takie zabiegi. Co prawda samo zranienie ostrym narzędziem (igłą, skalpelem itp.), przeważnie bezpośrednio nie powoduje uszczerbku na zdrowiu (rany goją się szybko i nie pozostawiają blizn), to jednak istnieje poważne niebezpieczeństwo zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi, które nie wywołują objawów bezpośrednio po zranieniu, a uwidaczniając się dopiero po dłuższym czasie i często wywołują nieodwracalne, fatalne dla zdrowia skutki, jak: zapalenia wątroby typu B (HBV), zapalenia wątroby typu C (HCV) czy też ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV). Mniejsze zagrożenie stanowią natomiast zakażenia bakteryjne w wyniku ekspozycji zawodowej (np. zranienia ostrym narzędziem), gdyż ich skutkiem są głównie miejscowe zakażenia skóry. Tego typu zakażenia nie powodują zwykle trwałych następstw

zdrowotnych, chociaż mogą spowodować czasowe wyłączenie z pracy osoby zranionej, tj. do chwili wyleczenia miejscowego zakażenia.

W celu ochrony personelu medycznego, zwłaszcza personelu pielęgniarskiego, 6 czerwca 2013 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami użytkowymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Powyższe rozporządzenie, określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z założeniami jego autorów, przepisy rozporządzenia dotyczą wszystkich osób pracujących pod kierownictwem lub nadzorem pracodawców w sektorze opieki zdrowotnej, tj. osób będących pracownikami w rozumieniu przepisów prawa pracy, ale również osób wymienionych w art. 304 § 1 i 2 k.p., tj. osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, za pośrednictwem agencji pracy tymczasowej, stażystów, praktykantów, uczniów i słuchaczy szkół, studentów uczelni medycznych oraz wolontariuszy uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Regulacja ta nie obejmuje natomiast osób wykonujących zawód medyczny w formie praktyki zawodowej (lekaarskiej, pielęgniarskiej, położniczej), chyba że wykonują zawód medyczny w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (np. w formie kontraktu).

Jednym z najważniejszych obowiązków pracodawcy wynikających z przepisów przytoczonego rozporządzenia jest obowiązek opracowania i wdrożenia procedury postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającej niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go po narażeniu profilaktyczną opieką zdrowotną, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Procedura ta powinna uwzględniać w szczególności konieczność oszacowa-

nia ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych, w tym w szczególności przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenia w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego i uodpornienia biernego lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych

w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

Niezwykle istotna jest również profilaktyka, która powinna obejmować w szczególności systematyczne szkolenia pracowników mające na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom, zapewnienie stałego dostępu do instrukcji oraz innych sporządzonych w formie papierowej i elektronicznej informacji o zasadach używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej, a także zastępowanie dotychczas stosowanych ostrych narzędzi takimi, które zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem.

Anna Kurach

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

dr n. med. Małgorzata Pasek

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

OPINIA

w sprawie kwalifikacji i kompetencji wymaganych wobec pielęgniarek podających pacjentom leki przeciwnowotworowe

Podawanie leków przeciwnowotworowych wymaga od pielęgniarek uzyskania kwalifikacji i uprawnień w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych.

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 poz. 1520 z późniejszymi zmianami, Dz.U. 2021 poz. 290), określono wymagania dla realizacji świadczeń jakiego świadczeniodawca powinien spełnić prowadząc procedury z zakresu chemioterapii - hospitalizacja, leczenie jednego dnia, leczenie ambulatoryjne.

Pielęgniarka nabywa uprawnień do podawania leków przeciwnowotworowych po ukończeniu jednej z poniższych form:

1. szkolenie stanowiskowe wewnątrzzakładowe

a. pielęgniarka / położna (oddziały ginekologiczne) szkoląca ma uprawnienia i kompetencje w zakresie podawania leków przeciwnowotworowych oraz prowadzenia profesjonalnej opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta leczącego systemowo,

b. pielęgniarka uzyskuje uprawnienia po uzyskaniu zaliczenia na podstawie wewnętrznie opracowanego programu

szkolenia, potwierdzone dokumentem wewnętrznym podpisanym przez osobę prowadzącą szkolenie i pielęgniarkę oddziałową

c. za realizację i dokumentację potwierdzającą odbycie szkolenia odpowiada pielęgniarka oddziałowa danego oddziału,

2. kurs specjalistyczny Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów lub realizowanego wcześniej Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych,

3. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego,

4. szkolenie specjalizacyjne, zakończone egzaminem państwowym i uzyskaniem tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

Zalecenia ogólne

Dokument potwierdzający nadanie uprawnień powinien być złożony u pracodawcy i dołączony do akt osobowych pielęgniarki.

Ponieważ uczestnictwo w formach kształcenia podyplomowego (pkt 2, pkt 3, pkt 4) nie wymaga od pielęgniarki stażu pracy w oddziale onkologicznym, dlatego w trosce o bezpieczeństwo pacjenta i pielęgniarki, niezbędne jest przepro-

wadzenie szkolenia stanowiskowego, w celu nabycia kompetencji do podawania leków przeciwnowotworowych. Zakres i czas trwania takiego szkolenia określają wymogi wewnątrzzakładowe opracowane przez pielęgniarską kadrę zarządzającą.

Tarnów, 17.01.2022 r.

*dr Małgorzata Pasek
konsultant krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa onkologicznego
/podpis elektroniczny/*

KAMPANIA POŁOŻNA NA MEDAL

www.poloznanamedal.info

Kampania społeczno - edukacyjna już 9 rok zwraca uwagę na kwestie związane z jakością opieki okołoporodowej oraz zaangażowaniu i roli położnej w życiu kobiety i jej rodziny w tym ważnym dla nich czasie.

Kluczowym elementem kampanii jest konkurs Położna na medal, który co roku wyłania 3 najlepsze położne ogólnopolskie i najlepsze położne z każdego województwa. Do konkursu położne mogą zgłosić się same, a także zgłaszane są przez swoje pacjentki oraz ich rodziny. To również oni oddają głosy na nominowane położne. Oddanie głosu czy zgłoszenie do konkursu to swego rodzaju podziękowanie za zaangażowanie i empatię jaką położna obdarza rodzinę, za poświęcony czas, za zrozumienie i wysłuchanie w czasie, kiedy rodzi się wiele pytań i obaw związanych z ciążą i porodem. Nieodłącznym elementem kampanii jest współpraca z Ambasadorkami czyli zwyciężkami położnymi, które dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem w materiałach eksperckich szeroko publikowanych w mediach.

Na przełomie 7 lat powstało szereg poradników o ciąży, porodzie i wczesnym okresie macierzyństwa. W ubiegłym roku, kiedy świat ogarnęła pandemia i przewróciła życie do góry nogami, w ramach kampanii zostały podjęte tematy z tym związane bezpośrednio dotyczące kobiet w ciąży, pobytu w szpitalu i porodu, oraz opiece położnej środowiskowej nad młodą mamą z noworodkiem.

Poza licznymi materiałami poradnikowymi na profilu społecznościowym zorganizowane zostały webinary, podczas których położne poruszały tematy nawiązujące do aktualnej sytuacji, wyjaśniały, uspokajały, wyciągały pomocną dłoń do kobiet. Ten czas pokazał jak ważną rolę pełnią położne, że zawód który wykonują 24h na dobę, to nie tylko doświadczenie, ale również emocjonalne podejście do kobiet i ich rodzin, okazanie ciepła i zaangażowania. Ponieważ to one, w czasie kiedy ojcowie i osoby towarzyszące mieli i mają zakaz wstępu

do szpitali, są jedynymi osobami, które są przy kobiecie rodzącej. Poza tym, że są odpowiedzialne za zdrowie mamy i szczęśliwe przyjście dziecka na świat, pełnią dodatkową rolę przyjaciela, opiekuna, wspierają i dodają otuchy.

Celem kampanii Położna na medal jest reagować na bieżącą sytuację, dzielić się wiedzą, wspierać kobiety w ciąży i po porodzie. W tym roku również tego nie za-

braknie. Planujemy szereg tematów okołoporodowych, które do tej pory nie zostały jeszcze opisane.

Do Was drogie Mamy kierujemy prośbę - jeżeli znacie położną, która wykazała się wielkim sercem, zaangażowaniem i empatią - zgłóście ją do konkursu Położna na medal. Być może to właśnie ona zostanie tą najlepszą!

Wyniki konkursu

Położna na medal 10. edycja

- głosowanie zakończone 31.12.2023

LAUREATKI OGÓLNOPOLSKIE

I MIEJSCE – ANNA FALKOWSKA-BORS (JASŁO/PODKARPACKIE)

II miejsce – Elżbieta Osińska (Polkowice/dolnośląskie)

III miejsce – Barbara Krasnodębska (Wejherowo/pomorskie)

LAUREATKI WOJEWÓDZKIE

1. Elżbieta Osińska (Polkowice/dolnośląskie)
2. Maria Zielińska (Sicienko/kujawsko-pomorskie)
3. Magdalena Michalczuk (Zamość/lubelskie)
4. Elżbieta Kurpisz (Zielona Góra/lubuskie)
5. Aneta Wyżnicka (Rzgów/łódzkie)
6. Monika Wiśniewska (Bochnia/małopolskie)
7. Natalia Michalczuk (Warszawa/mazowieckie)
8. Anna Alberska-Kędzia (Brzeg/opolskie)
9. Anna Falkowska-Bors (Jasło/podkarpackie)
10. Agata Czepel (Hajnówka/podlaskie)
11. Barbara Krasnodębska (Wejherowo/pomorskie)
12. Agnieszka Pyrcek (Racibórz/śląskie)
13. Monika Głuchowska (Kielce/świętokrzyskie)
14. Marzena Partas (Lidzbark Warmiński/warmińsko-mazurskie)
15. Kaja Kadzińska (Poznań/wielkopolskie)
16. Marta Sołtysik (Szczecin/zachodniopomorskie)

SERDECZNIE GRATULUJEMY

OPŁATY I SKŁADKI W ROKU 2024

1. Wysokość składki członkowskiej

Zgodnie z Uchwałą nr 18 oraz 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej - indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacenia składek (nie dotyczy pielęgniarki lub położnej zatrudnionej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego, a także urnowy zlecenie) w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru pielęgniarek lub okręgowego rejestru położnych - wysokość składki wynosi 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 stycznia 2024 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2023 r. wyniosło 7767,61 zł.

Wobec powyższego wysokość składki dla osób wymienionych powyżej wynosi 58,26 zł.

2. Wpis do rejestru pielęgniarki zamierzającej wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej

Zgodnie z art. 105 ust. 1. ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2023, poz. 991 ze zm.)

Wpis do rejestru pielęgniarki zamierzającej wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej podlega opłacie wynoszącej:

1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw

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 - w przypadku lekarza, pielęgniarki lub fizjoterapeuty - zaokrąglonej w górę do pełnego złotego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 stycznia 2024 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2023 r. wyniosło 7443,28 zł.

Wobec powyższego opłata od wpisu wynosi 149,00 zł.

Zgodnie z art. 105 ust. 2. ustawy o działalności leczniczej zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa powyżej.

Wobec powyższego opłata od zmiany wpisu wynosi 74,50 zł.

3. Wniosek o wpis/wpis zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Zgodnie z art. 76 ust. 5. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2022, poz. 2702 ze zm.) wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe podlega opłacie w wysokości 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw 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, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego.

Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 stycznia 2024 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wy-

płaty nagród z zysku w 2023 r. wyniosło 7443,28 zł.

Wobec powyższego opłata od wpisu wynosi 447,00 zł.

4. Zaświadczenie o posiadaniu kwalifikacji zgodnych z minimalnymi wymaganiami wynikającymi z przepisów UE

Zgodnie z art. 51 a ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2022, poz. 2702) wydanie zaświadczenia o posiadaniu kwalifikacji zgodnych z minimalnymi wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z prawa Unii Europejskiej absolwentowi studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo prowadzonych w języku innym niż język polski pobiera się opłatę w wysokości 3% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207), obowiązującego w roku wydania zaświadczenia.

Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2023 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2024 r. (Dz. U. 2023, poz. 1893) minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi:

- w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2024 r. - **4242,00 zł**,

- w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2024 r. - **4300,00 zł**

Wobec powyższego opłata za wydanie zaświadczenia wynosi:

- w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2024 r. — **127,26 zł.**

- w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2024 r. — **129 zł.**

PRZYPOMINAMY!

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przypomina o obowiązku aktualizacji danych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych.

Zgodnie z art. 19 ust. 2 i ust. 3 oraz art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, każda pielęgniarka/położna zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o zmianie danych określonych w art. 44. ust. 1, w terminie 14 dni od daty ich powstania.

Aktualizacji danych można dokonać poprzez wypełnienie odpowiednich części arkusza (należy wypełnić tylko te części, których dotyczą zamiany) i przesłaniu ich na adres: OIPIP, 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pocztą mailową; biuro@oipip.krosno.pl lub osobiście w biurze izby okręgowej - gdy konieczne jest potwierdzenie zmiany w PWZ.

Aktualizacji podlegają informacje dotyczące:

- zmiany nazwiska,

- ukończenia studiów wyższych, miejsca zamieszkania,
- rozpoczęcia i ustania zatrudnienia, (renta, emerytura)
- zmianie miejsca pracy,
- utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu
- przebywanie na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym

Aby zaktualizować dane w rejestrze należy przedłożyć:

- w przypadku zmiany nazwiska - oryginał prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska (oryginał do wglądu),
- w przypadku uzyskania tytułu specjalisty - oryginał prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię dyplomu nadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie specjalizacji (oryginał do wglądu),
- w przypadku ukończenia szkoły wyższej (studia pomostowe) - kserokopia

dyplomu szkoły wyższej - część „A” i „B” (suplement) - (oryginał do wglądu),

- w przypadku podniesienia kwalifikacji (ukończenie kursu) - kserokopię dokumentu potwierdzającego uzyskane kwalifikacje,
- w przypadku zmiany zatrudnienia - pisemna informacja zawierająca nazwę i adres pracodawcy, stanowisko i okres zatrudnienia oraz datę zakończenia pracy w poprzednim zakładzie,
- w przypadku przejścia na rentę, emeryturę - kserokopia dokumentu potwierdzającego otrzymanie w/w świadczenia (oryginał do wglądu),
- w przypadku zmiany danych adresowych - pisemne oświadczenie,
- w przypadku przebywania na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym - dokument potwierdzający fakt otrzymania w/w świadczenia, (kserokopia) - (oryginał do wglądu).

Kalendarium pracy OIPIP w Krośnie

od 1 stycznia 2024 r. do 31 marca 2024 r.

3 stycznia 2024 r.

Posiedzenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

17 stycznia 2024 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Na posiedzeniu podjęto 14 uchwał w sprawie: wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, zakupu uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki, zawarcia umowy zlecenia na świadczenie usług księgowych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, pokrycia kosztów związanych z wykonywaniem prac remontowych w budynku biurowo-usłu-

gowym w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, zmiany wysokości wynagrodzeń w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz ustalenia wymiaru czasu pracy, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych niebędących członkami OIPIP w Krośnie, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyznania nagrody pieniężnej, wyrażenia zgody na zmianę wynagrodzenia osobie zatrudnionej na podstawie umowy cywilnoprawnej, pokrycia kosztów uczestnictwa w Konferencji „Zaawansowana praktyka pielęgn-

niarek i położnych wartością pacjenta systemu i płatnika”

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

Łącznie przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 29 osób na kwotę w wysokości 35.454.30 zł (słownie trzydzieści pięć tysięcy czterysta pięćdziesiąt cztery złote i trzydzieści groszy).

Ponadto na w/w posiedzeniu przyznano:

1. świadczenie emerytalne dla 8 pielęgniarek na kwotę w wysokości 11.100,00 zł (słownie: jedenaście tysięcy sto złotych),

2. bezzwrotne zapomogi finansowe dla 4 pielęgniarek - nie będących człon-

kami OIPiP w Krośnie na łączną kwotę w wysokości 2.500,00 zł (słownie: dwa tysiące pięćset złotych).

25 stycznia 2024 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Pani Bożeny Jastrzębskiej Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Pani Jadwigi Orłowskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku.

26 stycznia 2024 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Pani Beaty Barańskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, oraz Pani Ewy Grysztar członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Szpitala Specjalistycznego w Jaśle.

30 stycznia 2024 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej

6 lutego 2024 r.

Spotkanie współwłaścicieli nieruchomości przy ul. Bieszczadzkiej 5, celem omówienia spraw dotyczących wymiany wind, przedstawienie i wykonania niezbędnych prac w budynku w roku 2024.

7 lutego 2024 r.

Posiedzenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

12 lutego 2024 r.

Spotkanie Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panią Joanną Frydrych Poseł na Sejm RP.

20 lutego 2024 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Na posiedzeniu podjęto 23 uchwały w sprawie: zmiany Uchwały Nr 669A/VII/2021 ORPiP w Krośnie z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie zatwierdzenia

„Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”, zmiany Uchwały Nr 809/VII/2022 ORPiP z dnia 15 grudnia 2022 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”, zmiany Uchwały Nr 807/VII/2022 ORPiP z dnia 15 grudnia 2022 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków OIPiP w Krośnie, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, upoważnienia pielęgniarek i położnych do przeprowadzenia wizytacji pielęgniarek lub położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przyjęcia planu przeprowadzania wizytacji pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przyjęcia planów pracy na rok 2024 Komisji i Zespołów problemowych, zatwierdzenia rocznego planu kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, przeznaczenia środków na zadania realizowane przez OIPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych, przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu położnej oraz wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych

prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, zmiany uchwały Nr 5/VIII/2023 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 18 kwietnia 2023 r. w sprawie powołania komisji problemowych, zmiany uchwały Nr 6/VIII/2023 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 18 kwietnia 2023 r. w sprawie powołania zespołów problemowych, wydania opinii dotyczącej minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, zatrudnienia Głównej Księgowej w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, dofinansowania kosztów spotkania naukowo-szkoleniowego Zarządu Głównego oraz Przedstawicieli Terenowych Oddziałów Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych.

Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej

Z powodu długotrwałej choroby członka samorządu oraz śmierci i choroby członka jego rodziny przyznano 42 zapomogi dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 83.700,00 zł (słownie: osiemdziesiąt trzy tysiące siedemset złotych).

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Łącznie przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 8 osób na łączną kwotę w wysokości 11.613,60 zł (słownie: jedenaście tysięcy sześćset trzydzieści złotych i sześćdziesiąt groszy).

Ponadto na w/w posiedzeniu przyznano:

1. świadczenie emerytalne dla 7 pielęgniarek na kwotę w wysokości 11.400,00 zł (słownie: jedenaście tysięcy czterysta złotych),

2. dofinansowanie do świadczenia rehabilitacyjnego dla 10 osób na łączną kwotę w wysokości 14.852,00 zł (słownie: czternaście tysięcy osiemset pięćdziesiąt dwa złote),

Posiedzenie Komisji ds. położnych

Posiedzenie Komisji ds. POZ i Opieki Długoterminowej

26 lutego 2024 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora SPGZOZ w Jedliczu.

Spotkanie Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z przedstawicielem firmy TU INTER Polska ubezpieczenia indywidualne oraz dla firm.

27 lutego 2024 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej

28 lutego 2024 r.

Udział Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Konwencji Przewodniczących ORPiP w Warszawie.

4 marca 2024 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Na posiedzeniu podjęto 1 uchwałę w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki (cudzoziemcowi) na czas określony oraz wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie.

5 marca 2024 r.

Spotkanie Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z Prezesem Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej Panem Marcinem Bochniarzem.

6 marca 2024 r.

Posiedzenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Pani Beaty Barańskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Pani Bożeny Jastrzębskiej Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Samodzielnej Pub-

licznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku.

7 marca 2023 r.

XXXVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Podjęto:

- 6 uchwał w sprawie: przyjęcia Regulaminu XXXVI-go Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyjęcia rocznych sprawozdań z działalności organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z wykonania planu budżetowego za 2023 r., uchwalenia budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na rok 2024 r., wyborów uzupełniających na członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej, przeznaczenia skaptalizowanych odsetek z rachunku bieżącego na cele statutowe.

- 5 apeli w sprawie: zapewnienia wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, możliwości odliczenia składek członkowskich pobieranych na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, niestosowania ustawy o minimalnych wynagrodzeniach, zmian przepisów dotyczących składów komisji konkursowych ds. wyboru osób na funkcyjne stanowiska pielęgniarskie i położnicze, uchwalenia rocznego urlopu zdrowotnego.

- 1 stanowisko w sprawie: podjęcia działań w celu uzgodnienia regulacji prawnych umożliwiających zachowanie ważności deklaracji wyboru pielęgniarki/ położnej POZ przez pacjenta po 31 grudnia 2024 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Na posiedzeniu podjęto 13 uchwał w sprawie: udzielenia pomocy finansowej członkom OIPiP w Krośnie, dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków OIPiP w Krośnie, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek

w Krośnie, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki oraz wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki oraz wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP 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, pokrycia kosztów związanych z wykonywaniem prac remontowych w budynku biurowo-usługowym w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, wytypowania przedstawicieli okręgowej rady pielęgniarek i położnych do prac komisji konkursowej na kierownicze stanowisko pielęgniarskie w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, dofinansowania szkolenia dla położnych.

Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej

Z powodu długotrwałej choroby członka samorządu oraz śmierci i choroby członka jego rodziny przyznano 16 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 28.200,00 zł (słownie: dwadzieścia osiem tysięcy dwieście złotych).

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

Łącznie przyznano dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego dla 4 osób na łączną kwotę w wysokości 4515,20zł (słownie: cztery tysiące pięćset piętnaście złotych i dwadzieścia groszy).

Ponadto na w/w posiedzeniu przyznano:

1. świadczenie emerytalne dla 2 pielęgniarek na kwotę w wysokości 3.600,00 zł (słownie: trzy tysiące sześćset złotych),
2. dofinansowanie do świadczenia rehabilitacyjnego dla 1 osoby na łączną kwotę w wysokości 1.500,00 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych).

12 marca 2024 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w XVI posiedzeniu Rady NFZ w Rzeszowie

13-14 marca 2024 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Pani Beaty Barańskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Przyjęcie stanowiska sprawie podjęcia pilnych spraw legislacyjnych nad utrzymaniem samodzielności podmiotów sprawujących opiekę nad pacjentami w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w za-

kresie: pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej, położna Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

21 marca 2024 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Pani Beaty Barańskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Pani Krystyny Krygowskiej Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Pani Ewy Czupskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Pani Ewy Grysztar członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej /

pielęgniarza oddziałowego / położnej oddziałowej / położnego oddziałowego:

1. Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu
2. Oddziału Urazowo – Ortopedycznego
3. Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej
4. Oddziału Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych
5. Oddziału Reumatologicznego
6. Dziennego Oddziału Psychiatrycznego
7. Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego
8. Oddziału Ginekologiczno – Położniczego



WYDAWCA: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno, tel. 13 43 694 60
ZESPÓŁ REDAKCYJNY: Renata Michalska, Ewa Czupka
PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Studio Pro
DRUK: Chroma. Korekta redakcji.
Nakład egz. 500, numer oddano do druku 19 III 2024 roku.

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki
LESŁAWY ŻYWIEC,

pielęgniarki Oddziału Dziecięcego WSP
im. Jana Pawła II w Krośnie

serdecznie dziękujemy za długoletnią,
wspaniałą współpracę, za profesjonalizm,
za oddanie, życzliwość i empatię.

Jesteśmy wdzięczne za wyrozumiałość i dobrą radę.
To był zaszczyt i przyjemność pracować z taką życzliwą,
sympatyczną i kreatywną osobą.

Życzymy powodzenia i samych sukcesów
na najbliższe dni, miesiące, lata...

*Lesiu, bez Ciebie praca już nigdy
nie będzie taka sama.*

Koleżanki z Oddziału Dziecięcego

