



# FORUM ZAWODOWE

4(115)2018

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

## W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 5** Kalendarium pracy OIPIP w Krośnie
- 7** Zasady ochrony danych osobowych medycznych w działalności pielęgniarek i położnych w świetle unijnej reformy ochrony danych osobowych (RODO)
- 10** NIPiP wraz z OZZPIP podpisały porozumienie z Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia
- 21** Porada pielęgniarska zmniejszy kolejki do lekarzy POZ?
- 23** Komunikat w sprawie PIT-8C (dotyczy dofinansowania do kształcenia)
- 23** Komunikat Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 21 czerwca 2018 r.
- 24** Biogen Daklizumab beta (Zinbryta®)
- 26** Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
- 26** Informacja Rzecznika Praw Dziecka
- 28** PRACA ZA GRANICĄ  
Blaski i cienie pielęgniarskiej emigracji
- 30** Rola pielęgniarki w edukacji dziecka chorego na cukrzycę typu I oraz jego rodziny
- 32** Sytuacje trudne w położu
- 36** Podziękowania...

### NASZ ADRES

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

**Biuro Izby czynne**  
w poniedziałek od 7.30-17.00  
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

**Radca Prawny**  
mgr Piotr Świątek  
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00  
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPIP

**Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych**  
czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00  
tel. 13 43 694 60

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

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

## LATO

*Bure chmury w dal płyną  
nad dolinę, niziną...  
Odptynęły, spójrz w górę,  
już jest niebo bez chmur.*

*Wiatr mknie falą przez żyta,  
koniczyna zakwita.  
W cieniu lasu znikł zajęc,  
tam kukułki kukają.*

*W dali rzeka potyska  
niby blacha srebrzysta,  
motyl leci ku kwiatom.  
Czy już lato? Tak, lato.*

*Jakże grzeje dziś słońko,  
ile ciepła śle w darze!  
W twoim cieniu, jabłonka,  
odpoczniemy po skwarze*

TADEUSZ KUBIAK

## DYŻURY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

### ROK 2018

TERMIN	OSOBA DYŻURUJĄCA
2 lipca	ORzOZ Małgorzata Sawicka
26 lipca	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
6 sierpnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka
30 sierpnia	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
3 września	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
27 września	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
1 października	ORzOZ Małgorzata Sawicka
25 października	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
5 listopada	ORzOZ Małgorzata Sawicka
29 listopada	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
3 grudnia	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
20 grudnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka

# Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

## Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Dobiegają końca miesiące lipiec i sierpień, a wraz z nimi okres letniego odpoczynku na łonie natury. Mija również czas na złapanie oddechu i nabrania sił do pracy. Praca pielęgniarki i położnej jest niezwykle ciężka, niestety nie ma w niej zbyt wiele miejsca na letnie czy zimowe przerwy. A przecież niejednokrotnie pracujemy na dwóch etatach. Mamy wiele obowiązków, a w razie naszych nieobecności inne koleżanki lub koledzy muszą nas zastąpić. Pacjent nie może bowiem pozostać bez opieki.

Samorząd zawodowy cały czas bierze udział w licznych spotkaniach dotyczących poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Po trwających ponad pół roku negocjacjach udało się. W dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia zostało zawarte porozumienie. Ma ono być gwarancją włączenia dotychczasowych dodatków w podstawę wynagrodzenia, wprowadzenia rozporządzenia dotyczącego norm zatrudnienia, dodania do koszyka świadczeń gwarantowanych „porady pielęgniarskiej”, zagwarantowania 6-dniowego, płatnego urlopu szkoleniowego czy nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów. Ponadto Strony porozumienia uzgodniły, że rozpoczną prace nad dokumentem „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, aby do 31 grudnia 2018 r. przedłożyć Radzie Ministrów jego finalną wersję.

Bardzo ważną i korzystną informacją dla środowiska pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej jest przyznanie środków, których od 2015 roku nie otrzymywa-

ły pielęgniarki i położne pracujące w gabinetach zabiegowych, czy punktach szczepień tzw. pielęgniarki praktyki. Od stycznia 2019 r. zaczną obowiązywać nowe wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych. Niezwykle istotna również jest kwestia dotycząca przekazywania przez pracodawców do NFZ list zatrudnionych pielęgniarek i położnych. Wcześniej takie listy były przekazywane jeden raz w roku. Teraz pracodawcy będą musieli przekazywać uaktualnione listy pielęgniarek i położnych dwa razy w roku.

W dalszym ciągu wszystkie NZOZ-y, SPG ZOZ-y, które zatrudniają pielęgniarki i położne należące do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, mają obowiązek przesyłać wnioski z prośbą o pozytywne zaopiniowanie zaproponowanego sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarki i położne.

Nie bez znaczenia będzie również wprowadzenie nowego świadczenia kontraktowanego przez NFZ tzw. „porada pielęgniarska”. Już od 1 stycznia 2019 r. pielęgniarki będą mogły badać i przyjmować pacjentów oraz przepisywać skierowania i recepty. Z doświadczenia wiemy, że nie każdy pacjent zgłaszający się do lekarza POZ musi być przez niego przyjęty i korzystać z porady lekarskiej. Pacjenci bardzo często przychodzą do lekarza, aby przedłużyć receptę, czy uzyskać skierowanie na badania. Więcej szczegółowych informacji znajdziecie Państwo w dalszej części Biuletynu.

W bieżącym numerze przedstawiamy też informację ze szkolenia na temat ochrony danych osobowych w związku z wejściem w życie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO. Jak zapewne już wiecie, RODO nie wskazuje nam środków i metod zabezpieczenia danych,



daje jedynie wskazówki. Z wdrożeniem określonych zasad przetwarzania danych musimy zmierzyć się indywidualnie.

Ponadto w Biuletynie zamieszczamy treść stanowisk przyjętych przez Prezydium i Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w maju i czerwcu br., korespondencję kierowaną do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pragniemy też podzielić się z Państwem propozycją Ministerstwa Obrony Narodowej dotyczącą możliwości służby pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Wojskach Obrony Terytorialnej. Ministerstwo zachęca osoby w określonym przedziale wiekowym do skorzystania z tej oferty.

Zamieszczamy też komunikat w sprawie PIT-8C dotyczący możliwości składania korekty zeznań podatkowych za lata 2013-2017 i komunikat Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w sprawie zamieszczania zadań egzaminacyjnych na stronach Centrum.

W numerze nie zabrakło też artykułów dotyczących doskonalenia zawodowego opracowanych przez nasze młodsze koleżanki.

Zachęcamy zatem do lektury.

Serdecznie pozdrawiam  
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Renata Michalska

## Odeszła od nas na zawsze Urszula Krzyżanowska-Łagowska



11 sierpnia 2018 roku odeszła od nas na zawsze

### URSZULA KRZYŻANOWSKA-ŁAGOWSKA

*dr n. hum., pielęgniarka, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji UW,  
stypendystka Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Genewie  
oraz nauczyciel akademicki.*

*Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pierwszej kadencji  
samorządu pielęgniarek i położnych (w latach 1991–1995)*

Przypadło Jej w udziale budowanie struktur samorządu, który powstał niemalże równoległe z nurtem przeobrażeń ustrojowych i demokratycznych w naszym kraju.

Pragnęła transformacji polskiego pielęgniarstwa i nie szczędziła sił, aby walczyć o budowanie samodzielności oraz prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej. Miała duszę pionierki oraz wizjonerki, a przy tym odwagę, by podejmować się trudnych wyzwań.

Czas tworzenia samorządu opisywała słowami piosenki: „To były piękne dni,

naprawdę piękne dni” i dodawała przy tym: „Tylko do tego musieliśmy mieć: zdrowie, silne nerwy, motywację i wiarę, że podołamy”.

Była autorką wielu publikacji, m.in. „Organizacja opieki pielęgniarstwa w Polsce na tle porównawczym” (1991), „Znać swój los” (1994), „Wartości duchowe w etosie pielęgniarstwa” (2005), „Idea samorządności – wspomnienia, rozmowy, fakty” (2011). Wydała dwa tomiki wierszy: „Wyrzucić siebie” (1993) i „Pobądź ze mną” (1995).

Niemalże do ostatnich swoich dni nie traciła kontaktu z samorządem pielęgniarek i położnych, aktywnie uczestniczyła w wielu samorządowych uroczystościach, konferencjach organizowanych w całym kraju.

*Pozostanie w naszej pamięci i sercach.*

*Będzie nam Jej brakowało.*

*Rodzinie i Bliskim składamy najserdeczniejsze wyrazy współczucia.*

# Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 czerwca 2018 r. do 31 lipca 2018 r.

## 5 czerwca 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej połączonej z Konferencją nt „Pielęgniarka na ołtarzu” zorganizowanej przez Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. Bronisława Markiewicza.

## 10 czerwca 2018 r.

Udział Pani Bożeny Jastrzębskiej Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” organizowanym przez VITAL-MED Kuśnierz w Rzeszowie. Egzamin odbył się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

## 18 czerwca 2018 r.

Szkolenie nt. „Ochrona danych osobowych w działalności samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych – zadania Inspektorów Ochrony Danych w procesie kontroli i nadzoru nad procesami przetwarzania danych w systemach tradycyjnych, informatycznych i w strukturze organizacyjnej jednostek”. Szkolenie organizowane było przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. W szkoleniu udział wzięła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Renata Michalska i pracownik Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Pani Bożena Pacek.

## 19–20 czerwca 2018 r.

Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

W posiedzeniu udział wzięła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Renata Michalska.

## 20 czerwca 2018 r.

Udział Pani Wioletty Hap przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizykalne” dla pielęgniarek i położnych organizowanym przez Stowarzyszenie „Centrum Szkolenia Zawodowego” w Gorlicach Przedstawicielstwo w Jasle. Egzamin odbył się w siedzibie Stowarzyszenia w Jasle.

## 21 czerwca 2018 r.

Szkolenie nt. „Procedury ochrony danych osobowych w działalności pielęgniarek i położnych po 25 maja 2018 r.”. Szkolenie odbyło się w Restauracji „W dobrym smaku” w Krośnie przy ul. Bieszczadzkiej 1.

## 22 czerwca 2018 r.

Udział Pani Beaty Barańskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w egzaminie z kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego organizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie. Egzamin odbył się w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. Bronisława Markiewicza.

## 23 czerwca 2018 r.

Udział Pani Bożeny Jastrzębskiej Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego u do-

rosłych” organizowanym przez VITAL-MED Kuśnierz w Rzeszowie. Egzamin odbył się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

## 27 czerwca 2018 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 29 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wydania nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wydania nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w skład Komisji Egzaminacyjnej, przyjęcia zasad (polityka) rachunkowości Okręgowej Rady Pielęgni-

rek i Położnych w Krośnie, pokrycia kosztów związanych z przeprowadzeniem archiwizacji dokumentów w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyjęcia Polityki Ochrony Danych Osobowych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania bezzwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych”, przyjęcia planu przeprowadzania wizytacji pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, pokrycia kosztów uczestnictwa w „Ogólnopolskiej Konferencji dla pielęgniarskiej i położniczej kadry zarządzającej”, pokrycia kosztów uczestnictwa w Ogólnopolskiej Konferencji pn. „Bezpieczne warunki pracy pielęgniarek i położnych”, prenumeraty czasopism na rok 2018, sfinansowania zakupu relkwiarza.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej.

Przyznano 9 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

41 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

### **28 czerwca 2018 r.**

Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Ewa Czupska uczestniczyła w spotkaniu współwłaścicieli nieruchomości położonej w Krośnie przy ul. Bieszczadzkiej 5. Spotkanie odbyło się w siedzibie Izby.

### **6 lipca 2018 r.**

Udział Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gminnej Przy-

chodni Lekarskiej w Iwoniczu Zdroju.

### **11 lipca 2018 r.**

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Zespołu ds. Domów Pomocy Społecznej w Warszawie.

### **16 lipca 2018 r.**

Posiedzenie Komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza. W posiedzeniu udział wzięły: Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Renata Michalska, Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Barbara Błażejowska-Kopiczak i Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Ewa Czupska.

### **18 lipca 2018 r.**

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących w Warszawie.

### **19 lipca 2018 r.**

Udział Pani Wioletty Hap przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Leczenia ran dla pielęgniarek” organizowanym przez Stowarzyszenie „Centrum Szkolenia Zawodowego” w Gorlicach Przedstawicielstwo w Jasle. Egzamin odbył się w siedzibie Stowarzyszenia w Jasle.

### **20 lipca 2018 r.**

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 30 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych,

wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarskiej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, pokrycia kosztów wykonania ekspertyzy przeciwpożarowej dla budynku biurowo - usługowego w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, wykreślenia pielęgniarek z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, stwierdzenia praw wykonywania zawodu pielęgniarek i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie. PORPiP podjęło Stanowisko Nr 3 w sprawie odwołania Pana Antoniego Kolbucha z funkcji dyrektora Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej.

Przyznano 9 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby oraz 2 zapomogi dla członków innych izb.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

69 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Posiedzenie Zespołu pielęgniarek epidemiologicznych.

### **23 lipca 2018 r.**

Udział Pani Beaty Barańskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów”, organizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie. Egzamin odbył się w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. Bronisława Markiewicza.

# Zasady ochrony danych osobowych medycznych w działalności pielęgniarek i położnych w świetle unijnej reformy ochrony danych osobowych (RODO)

W ciągu ostatnich kilku, a może nawet kilkunastu miesięcy coraz głośniej zaczęto mówić o RODO. Posiłkowano się informacjami w internecie, odbywały się liczne szkolenia i coraz bardziej obawiano się nowych przepisów. A przecież od ponad 20 lat (od 29 sierpnia 1997 r.) obowiązuje ustawa o ochronie danych osobowych. Więc w zasadzie nie powinno nas to aż tak bardzo niepokoić. 25 maja 2018 r. zaczęło obowiązywać Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwane w skrócie RODO. Rozporządzenie zaczęło obowiązywać we wszystkich państwach członkowskich UE. Równocześnie przestała obowiązywać obecna ustawa o ochronie danych osobowych, a także Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organi-

zacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 21 czerwca 2018 r. w Restauracji „W dobrym smaku” w Krośnie również zorganizowała szkolenie pt. „Procedury ochrony danych osobowych w działalności pielęgniarek i położnych po 25 maja 2018 r.”

W szkoleniu uczestniczyło 180 pielęgniarek i położnych. Byli to członkowie Organów OIPIP w Krośnie, kadra kierownicza ze szpitali i uzdrowisk i koleżanki pracujące na indywidualnych kontraktach. Szkolenie otworzyła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie Renata Michalska bardzo serdecznie witając wszystkie osoby obecne na szkoleniu. W sposób szczególny powitała głównego wykładowcę Panią Monikę Krasieńską Dyrektora Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Pani Dyrektor od strony praktycznej przekazała nam informacje, dotyczące

wejścia w życie RODO i w swoim wystąpieniu zwróciła uwagę na kwestie związane z identyfikacją:

- zasobów danych (konieczność identyfikacji danych osobowych – art. 4 pkt 1 RODO)
- procesów przetwarzania
- zbiorów danych
- przesłanek przetwarzania
- procedur, umów, zasobów organizacyjnych i technicznych
- klauzul informacyjnych i oświadczeń woli
- zagrożeń i oceny ryzyka
- procedur przed organem nadzorczym i procedur wewnętrznych bezpieczeństwa.

Ponadto wiele uwagi poświęciła odpowiedzialności za naruszenie przepisów RODO tj.:

- odpowiedzialności administracyjnej – decyzje GIODO (szerszy katalog uprawnień np. ostrzeżenie, upomnienie)
- odpowiedzialności administracyjno-finansowej
- odpowiedzialności karnej (motyw 149)



ft. OIPIP Krosno

- odpowiedzialności cywilnej (art. 82)
- prawo do odszkodowania.

Najbardziej jednak nagłośnioną zmianą, jaką niesie ze sobą RODO to administracyjne kary finansowe. RODO za naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych przewiduje bowiem zwiększenie wysokości grzywny do 20 mln EURO a w przypadku przedsiębiorstwa do 4% jego całkowitego rocznego światowego obrotu z poprzedniego roku obrotowego, a dwukrotnie mniejsze kary do 10 mln EURO lub 2 % światowego obrotu w sprawach mniejszej wagi.

### Co się zmieni?

#### Definicja danych osobowych

Artykuł 4 RODO mówi, że dane osobowe oznaczają informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej tj. osobie, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora takiego jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny (np. PESEL), dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej. Rozporządzenie, w sposób jednoznaczny definiuje również, pojęcie danych dotyczących zdrowia, czyli danych osobowych o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej - w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej - ujawniające informacje o stanie jej zdrowia.

Każdy ma prawo do ochrony swoich danych osobowych. Szczególną kategorią danych osobowych są tzw. dane wrażliwe tzw. dane sensytywne, m.in. dane o stanie zdrowia. Zgodnie z motywem 35 RODO do danych osobowych dotyczących zdrowia należy zaliczyć wszystkie dane o stanie zdrowia osoby, której dane dotyczą, ujawniające informacje o przeszłym, obecnym lub przyszłym stanie fizycznego lub psychicznego zdrowia osoby, której dane dotyczą. Do danych takich należą informacje o danej osobie fizycznej zbierane podczas jej rejestracji do usług opieki zdrowotnej lub podczas świadczenia jej usług opieki zdrowotnej, numer, symbol lub oznaczenie przypisane danej osobie fizycznej w celu jednoznacznego zidentyfikowania tej osoby fizycznej do celów zdrowotnych, informacje pochodzące z badań laboratoryjnych lub lekarskich części ciała lub płynów ustrojowych, w tym danych genetycznych i próbek biologicznych; oraz wszelkie informacje, na przykład o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym lub biomedycznym osoby, której dane dotyczą, niezależnie od ich źródła, którym może być na przykład lekarz lub inny pracownik służby zdrowia, szpital, urządzenie medyczne lub badanie diagnostyczne in vitro. Pozostałe dane, które wg RODO powinny być chronione w sposób szczególny to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, opinie polityczne, przekonania religijne lub

filozoficzne, przynależność do związków zawodowych czy dane dotyczące życia seksualnego.

#### Kto jest odpowiedzialny za przetwarzanie danych osobowych w placówce medycznej?

Jak już wspomniano wcześniej, RODO dokonuje podziału danych osobowych, na te które można określić jako podstawowe, umożliwiające identyfikację oraz tzw. dane szczególne, czyli sensytywne dane osobowe, do których zaliczone zostały także dane dotyczące zdrowia osoby fizycznej. Rozporządzenie wprowadza również w art. 9 generalny zakaz przetwarzania danych wrażliwych, przy zachowaniu szeregu wyjątków. W zakresie danych obejmujących informacje o stanie zdrowia danej osoby, ich przetwarzanie dopuszczalne jest pod warunkiem, że jest to niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego lub jest to niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż unijny prawodawca wprowadza w treści rozporządzenia niezwykle ważny zapis dotyczący podmiotu odpowiedzialnego za przetwarzanie danych medycznych w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 9 ust. 3 RODO, odpowiedzialność za przetwarzanie medycznych danych osobowych ponosi pracownik podlegający obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej, ale i także osoba zlecająca przetwarzanie danych osobowych.

Administrator danych ma również obowiązek wdrożyć wszelkie niezbędne środki techniczne i organizacyjne w celu zapewnienia przetwarzania danych w sposób zgodny z unijnym rozporządzeniem. Należy w tym miejscu zwrócić



foto. OIPIP Krosno



uwagę na brzmienie art. 24 ust. 2 RODO, zgodnie z którym jeżeli jest to proporcjonalne w stosunku do czynności przetwarzania, środki o których mowa wyżej winny obejmować wdrożenie przez administratora odpowiednich polityk ochrony danych. W związku z powyższym pewnie konieczna będzie weryfikacja treści stosowanych obecnie przez placówki medyczne polityk bezpieczeństwa danych osobowych, czyli dokumentów powstałych w oparciu o treść rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych i ich dostosowanie do wymogów unijnego rozporządzenia.

### **Przetwarzanie danych osobowych – zgody pacjentów**

Podstawową przesłanką umożliwiającą przetwarzanie danych osobowych jest zgoda osoby, której dane dotyczą.

Przetwarzanie przez podmiot leczniczy danych osobowych na potrzeby procesu leczenia opiera się przede wszystkim na podstawie prawnej, o której mowa w art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia. Zatem podmiot leczniczy stosuje te przepisy, gdy przetwarzanie danych jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej, medycyny pracy, oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, jeżeli jest to działalność uregulowana przepisami państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia, a dane są przetwarzane przez lub na odpowiedzialność pracownika podlegającego obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej. W polskim ustawodawstwie istnieje wiele przepisów regulujących działalność podmiotu leczniczego. Jest to m. in. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny



*fol. OIPiP Krosno*

pracy, rozporządzenia regulujące sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Co do zasady, podmiot leczniczy nie będzie więc zobowiązany do pozyskiwania zgody czy szukania innych podstaw prawnych dotyczących przetwarzania danych.

Rozporządzenie mówi nam jednak, że w podmiotach leczniczych prowadzących działalność leczniczą, zasady ochrony danych osobowych realizowane są w sposób szczególny. Osoby wykonujące zawody medyczne, a więc m. in. pielęgniarka, pielęgniarz, położna, położny według ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Ważna jest również inwentaryzacja danych osobowych, ograniczenie w zakresie profilowania.

### **Wyznaczenie Inspektora Ochrony Danych Osobowych – art. 37 zamiast Administratora Bezpieczeństwa Informacji**

Administrator, czyli podmiot dokonujący czynności związanych z gromadzeniem i przetwarzaniem danych osobowych do określonych celów, który przed dniem wejścia w życie ustawy (RODO) nie powołał Administratora Bezpieczeństwa Informacji, o którym mowa w ustawie uchylanej w art. 175, jest obowiązany do wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych na podstawie art. 37

rozporządzenia 2016/679 i zawiadomienia Prezesa Urzędu o jego wyznaczeniu do 31 lipca 2018 r. Jeżeli administrator lub podmiot przetwarzający są organem lub podmiotem publicznym – dla kilku takich organów lub podmiotów można wyznaczyć jednego inspektora ochrony danych osobowych z uwzględnieniem ich struktury organizacyjnej i wielkości. Inspektor ochrony danych osobowych musi mieć odpowiednie kwalifikacje w tym zakresie.

### **Zgłaszanie naruszenia ochrony danych osobowych organowi nadzorcemu – art. 33**

W przypadku naruszenia ochrony danych osobowych, obowiązkiem administratora jest bez zbędnej zwłoki – w miarę możliwości, nie później niż w terminie 72 godzin po stwierdzeniu naruszenia zgłoszenie do właściwego organu nadzorczego. Administrator dokumentuje wszelkie naruszenia ochrony danych osobowych, okoliczności naruszenia, jego skutki oraz podjęte działania zaradcze.

Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję wszystkim uczestnikom szkolenia za przybycie i liczny udział w szkoleniu.

*Opracowała  
Renata Michalska  
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*

## NIPiP wraz z OZZPiP podpisały porozumienie z Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia

Po trwających pół roku negocjacjach w dniu 9 lipca 2018 r. zostało zawarte porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie:

- Włączenia dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego;
- Wprowadzenia rozporządzenia dotyczącego norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych od 1 stycznia 2019 roku;
- Wprowadzenia porady pielęgniarskiej jako świadczenia gwarantowanego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- Zagwarantowania 6-dniowego, płatnego, urlopu szkoleniowego od stycznia 2019 roku;
- Nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych oraz innych działań mających na celu poprawę warunków pracy pielęgniarek i położnych w Polsce.

Strony zobowiązały się do wspólnej pracy nad dokumentem „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w celu jego dostosowania do bieżących potrzeb środowiska oraz wypracowania jego finalnej wersji w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r., celem przedłożenia Radzie Ministrów.

W załączeniu treść porozumienia.

### POROZUMIENIE

zawarte w dniu 9 lipca 2018 r. w Warszawie pomiędzy: **Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych** z siedzibą 00-252 Warszawa, ul. Podwale 11, reprezentowanym przez Panią Krystynę Ptok – Przewodniczącą Zarządu Krajowego OZZPiP, zwanym dalej „OZZPiP”, i **Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych**

z siedzibą 02-757 Warszawa, ul. Pory 78/10, reprezentowaną przez Panią Zofię Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, zwaną dalej „NIPiP”, a **Ministrem Zdrowia** – Panem Łukaszem Szumowskim, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, zwanym dalej „Ministrem Zdrowia”, i **Narodowym Funduszem Zdrowia** z siedzibą 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186, reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Pana Andrzeja Jacynę, zwanym dalej „NFZ”,

zwane łącznie „Stronami”.

Mając na uwadze:

1. przepisy ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1881),

2. art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 916),

3. art. 38 ust. 1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 762),

4. art. 102 ust. 5 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)

– Strony dokonały analizy Porozumienia zawartego pomiędzy Stronami w dniu 23 września 2015 r., którego celem było m.in. zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej, potrzeba zadbania o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, a także stworzenie warunków powodujących wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej dla nowych, napływających do zawodu kadr i doszły do wniosku, że dotychczasowe rozwiązania w tym zakresie nie spełniły oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych. Niezbędne jest zatem podjęcie działań zmierzających do stabilizacji wy-

nagrodzeń pielęgniarek i położnych poprzez włączenie dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne do podstawy wynagrodzenia.

Dodatkowo zawarcie niniejszego Porozumienia poprzedziła analiza wniosków wynikających z dokumentu pn. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” opracowanego w Ministerstwie Zdrowia.

Strony potwierdzają, że konieczne były działania mające na celu przyspieszenie wzrostu nakładów na ochronię zdrowia do 6% Produktu Krajowego Brutto (PKB) w sposób określony w ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Mając na uwadze powyższe, Strony zawierają niniejsze Porozumienie o następującej treści:

### § 1

1. Minister Zdrowia na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokona nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w celu zapewnienia pielęgniarkom położnym, o których mowa w tych rozporządzeniach, zatrudnionym na podstawie stosunku pracy, wzrostu wynagrodzenia zasadniczego w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie od dnia 1 lipca 2019 r. w przeliczeniu na jeden pełen etat, z tym że od dnia 1 września 2018 r. – w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie w przeliczeniu na pełen

etat. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego będzie pokrywany ze środków NFZ przeznaczonych na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zgodnie z mechanizmem określonym ww. rozporządzeniach, również po dniu 31 sierpnia 2019 r. Dotyczy to także innych pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej.

Mechanizm ten nie będzie podlegał zmianom:

1. w zakresie sposobu podziału środków, w szczególności zostanie zachowana zasada równego ich podziału w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej (w razie nieosiągnięcia porozumienia albo braku opinii pozytywnej),

2. w stosunku do pielęgniarek i położnych objętych ww. rozporządzeniami, wykonujących zawód na podstawie innej niż stosunek pracy,

3. w zakresie stosowania stanowiska Ministra Zdrowia stanowiącego załącznik do Porozumienia z dnia 23 września 2015 r.

Wzrost wynagrodzenia zasadniczego, o którym powyżej, uwzględni dotychczasową wysokość wzrostu tego wynagrodzenia pokrywaną w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia wejścia w życie zmian w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ze środków finansowych, o których mowa w tych rozporządzeniach. Informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących u danego świadczeniodawcy zawód będą przekazywane dwa razy do roku.

2. W celu dokonania zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia zapewni wejście w życie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295) w terminie od dnia 1 stycznia 2019 r. zgodnie z równoważnikami zatrudnienia na łóżko nie niższymi niż określone w projekcie rozporządzenia, który przy piśmie z dnia 12 kwietnia 2018 r. (znak ASG.4082.68.2018.KoM)

został przekazany do konsultacji publicznych. Dodatkowo Minister Zdrowia zapewnia, że w wydanym rozporządzeniu w oddziałach pediatrycznych równoważniki zatrudnienia na łóżko zostaną podwyższone od dnia 1 lipca 2019 r. do poziomu 0,8 w oddziałach zachowawczych oraz 0,9 w oddziałach zabiegowych.

3. We wrześniu 2018 r. Minister Zdrowia zapewni wejście w życie zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386 i 1610), zgodnie z wypracowanymi w Ministerstwie Zdrowia w 2015 r. równoważnikami zatrudnienia na łóżko. Minister Zdrowia zastrzega sobie w tym zakresie wypracowanie rozwiązań przejściowych na podstawie zebranych danych.

4. We wrześniu 2018 r. Strony rozpoczną dialog dotyczący wprowadzenia zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w następujących rodzajach świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, leczenie uzdrowiskowe, stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

5. Minister Zdrowia zapewni realizację projektu pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków”, w ramach III edycji konkursu ogłoszonego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.5. Rozwój usług pielęgniarstwa, zgodnie ze zmienionymi zasadami przyznawania stypendiów dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa oraz wynagradzania opiekunów grup.

6. Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie nie później niż od dnia 1 stycznia 2019 r. tzw. porady pielęgniarstwa do świadczeń gwarantowanych z wybranych zakresów, po zasięgnięciu opinii OZZPiP oraz NIPiP.

7. Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie płatnego urlopu szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych w wymiarze 6 dni rocznie od dnia 1 stycznia 2019 r., w szczególności w celu udziału w konferencjach, szkoleniach oraz kursach naukowych.

8. Minister Zdrowia rozważy zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia regulującego sposób przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w niektórych podmiotach leczniczych w zakresie składu komisji konkursowych, po przedłożeniu pisemnej propozycji przez OZZPiP oraz NIPiP.

9. Strony deklarują, że w ramach Rady Dialogu Społecznego w terminie trzech miesięcy od dnia zawarcia niniejszego Porozumienia zainicjują prace nad zmianą współczynników pracy określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), tak aby współczynniki te odzwierciedlały wykształcenie, kompetencje oraz odpowiedzialność.

10. NFZ dokona nowelizacji odpowiednich zarządzeń w celu realizacji niniejszego Porozumienia i znowelizowanych rozporządzeń dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

11. NFZ przeznaczy w planach finansowych NFZ środki finansowe umożliwiające realizację ust. 1.

12. Minister Zdrowia podejmie działania zmierzające do zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych podejmujących dobrowolnie służbę w Wojskach Obrony Terytorialnej.

13. Minister Zdrowia zapewni w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zgodnie z dotychczasową praktyką. To samo będzie dotyczyć pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

14. Minister Zdrowia deklaruje, że zamierza przeprowadzić ogólnopolskie kampanie informacyjne promujące wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej i zaprasza w tym zakresie do współpracy OZZPiP oraz NIPiP.

15. Minister Zdrowia deklaruje wolę konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek i położnych przy wprowadzaniu kolejnych zmian systemowych w ochronie zdrowia.

## § 2

1. Strony zgodnie oświadczają, że akceptują ustalenia określone w niniejszym Porozumieniu i będą zgodnie współdziałać w ich realizacji w ramach kompetencji własnych i wyłącznych danej Strony wynikających z przepisów ustawowych oraz przepisów prawa wewnętrzznego.

2. OZZPiP zobowiązuje się do niepodjęcia ogólnokrajowych akcji protestacyjnych od dnia podpisania niniejszego Porozumienia do dnia 1 stycznia 2021 r., pod warunkiem realizacji postanowień niniejszego Porozumienia.

3. Strony zgodnie oświadczają, że będą dążyć do wspólnego rozwiązywania lokalnych sporów w podmiotach leczniczych, w których uczestniczą środowiska pielęgniarek i położnych.

4. W styczniu 2020 r. Strony odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji postanowień zawartych w § 1.

5. Strony przystąpią do prac nad projektem ustawy, który zastąpi regulacje zawarte w rozporządzeniach dotyczących ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w § 1 ust. 1, w marcu 2019 r.

6. Strony zobowiązują się do pracy nad dokumentem pt. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w celu jego dostosowania do bieżących potrzeb środowiska oraz wypracowania jego finalnej wersji w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r. celem przedłożenia Radzie Ministrów.

## § 3

Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

## § 4

Porozumienie wchodzi w życie z dniem 9 lipca 2018 r.

<http://nipip.pl/nipip-wraz-ozzpip-podpisaly-porozumienie-ministrem-zdrowia-narodowym-funduszem-zdrowia/>

## Komentarz do Porozumienia z 9 lipca 2018 r. pomiędzy OZZPiP oraz NIPiP, a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ



Wzrost podstawowego wynagrodzenia zasadniczego o 1100 zł od 1 września 2018 r. + 100 zł od 1 lipca 2019	Wrzesień 2018 kontynuacja prac nad zmianą wskaźników w ustawie o płacy minimalnej	Wrzesień 2018 kontynuacja prac nad normami zatrudnienia dla: psychiatrii, opieki długoterminowej, hospicja, rehabilitacja i urodowiska
Styczeń 2019 dodatkowe 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego	Styczeń 2019 porada pielęgniarska świadczenie odroczone finansowanie	Styczeń 2019 normy zatrudnienia w lecznictwie szpitalnym
Lipiec 2019 wzrost wskaźnika zatrudnienia w oddziałach podiatrycznych	Styczeń 2020 kontynuacja rozmów placowych	Stypendia dla studentów i dodatkowe wynagrodzenie dla opiekunów staży (OWBS)
Dodatek dla absolwentów podsiadających pracę w Polsce oraz w morderstwie (POMTR)	Sierpień 2018 weryfikacja ił. pielęgniarek i położnych uprawniających do wzrostu wynagrodzeń w trybie doroku	Możliwość dodatkowego zatrudnienia (służby) w warunkach obrony terytorialnej
Kampania promująca pozytywny wizerunek pielęgniarstwa i położnictwa		

## INFORMACJA w sprawie POROZUMIENIA z dnia 09-07-2018r.

Porozumienie z dnia 09 lipca 2018r. zawarte w Warszawie pomiędzy OZZPiP oraz NIPiP, a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ ma na celu doprowadzić do skutecznego polepszenia dotychczasowych warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w Polsce.

Porozumienie obejmuje następujące obszary:

### Wynagrodzenia:

**W celu trwałej gwarancji wypłaty podwyżki 4x400 brutto po 2019 roku**, wychodząc naprzeciw żądaniom środowiska ze sporów zbiorowych w roku 2015 (wzrost wynagrodzeń zasadniczych o 1500 zł), strony porozu-

miały się, że środki finansowe przekazywane przez NFZ do świadczeniodawców na podstawie OWU będą nadal przekazywane także po 31.08.2019 r. tj. w kwocie po 1.600 zł brutto miesięcznie na jeden etat lub równoważnik etatu.

Uzgodniono, że pielęgniarki i położne zatrudnione na podstawie stosunku pracy (umowy o pracę zawarte na podstawie Kodeksu pracy), które otrzymują aktualnie środki z podwyżki 4 x 400 zł brutto otrzymają na ich podstawie **od 01.09.2018 r.** wzrost miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w kwocie **nie mniejszej niż 1.100 zł** w przeliczeniu na pełen etat. Dodatkowo dla tej grupy osób **od 01.07.2019 r.** miesięczne wynagrodzenie zasadnicze wzrośnie jeszcze **o dalsze 100 zł** (łącznie, zatem o kwotę 1.200 zł). Te obligatoryjne wzrosty wynagrodzenia może pracodawca po-

kryć z kwoty 1.600 zł brutto, jaką będzie otrzymywał od 01.09.2018 r. z NFZ na podstawie OWU.

Jeżeli w wyniku podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1.100 zł (a od 01.07.2019 r. o kolejne 100 zł) koszty tej podwyżki dla danej pielęgniarki lub położnej **nie przekroczą łącznie z pochodnymi i składkami ZUS obciążającymi pracodawcę kwoty 1.600 zł brutto to pracodawca będzie zobowiązany tej pielęgniarce lub położnej dopłacać nadal dodatek miesięczny do wynagrodzenia** (chyba, że będzie inne porozumienie w tej sprawie z Zakładową lub Międzyzakładową Organizacją Związkową OZZPIP). Wynika to z uzgodnienia, że w pozostałym zakresie warunki przekazywania świadczeń z OWU nie ulegną zmianie, w tym zostaną niezmienione mechanizmy podziału środków w danym podmiocie leczniczym (**UWAGA! Zostaje zachowana zasada równego ich podziału w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat lub równoważnik etatu**).

Przykład:

W przykładzie najbardziej skrajnym pielęgniarka nowo zatrudniona (po studiach), na pełnym etacie, która nie ma dodatku stażowego i która pracuje w podstawowym systemie czasu pracy (zatem nie ma dodatków świątecznych oraz za prace w porze nocnej) otrzyma:

Pracodawca ma dla niej mieć od 01.09.2018 r. do dyspozycji na wzrost miesięcznego wynagrodzenia kwotę 1.600 zł brutto.

Zgodnie z zawartym porozumieniem od 01.09.2018 r. pielęgniarka ta otrzyma podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1.100 zł miesięcznie. Zatem koszt tej podwyżki dla pracodawcy wynosi:

1.100 zł powiększone o składki ZUS obciążające pracodawcę (łącznie koszt pracodawcy w tym przypadku tzw. brutto to) = ok. 1.330 zł – (a winno być brutto 1600 zł). Wobec tego pielęgniarka będzie musiała otrzymać jeszcze dodatek wyrównujący do miesięcznego wynagrodzenia, na który pracodawca przeznaczy kwotę około 270 zł (według wyliczenia 1.600 zł – 1.330 zł). Przypominamy o potrąceniu z tych kwot składek ZUS i US po stronie pracownika.

Podkreślamy, zatem że żadna z osób pracujących na etacie, które będą miały włączone dotychczasowe dodatki do pensji zasadniczej od 01.09.2018 nie straci, a przeciwnie może w perspektywie roku 2018-2019 zyskać na pochodnych wynikających ze stażu pracy, godzin nocnych, świątecznych, funkcyjnych i nadgodzin, często obecnie podbieranych z kwoty dodatku 3 x 400=1200 brutto. Kwoty na cele tej regulacji będą ujęte w nowelizacji Rozporządzenia MZ oraz w planach finansowych NFZ.

Porozumienie z 09.07.2018 r. **nie zmienia zasady** dalszego przekazywania środków na podstawie OWU do pielęgniarek i położnych zatrudnionych **na podstawie umów zlecenia**.

**Porozumienie nie kwestionuje również zasady** udziału pielęgniarek i położnych w podziale środków przekazywanych na podstawie OWU, **jeżeli pracują w kilku miejscach pracy** w wymiarze przekraczającym miesięcznie jeden etat lub równoważnik etatu.

**Informacja bardzo ważna i korzystna dla środowiska pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ)**. Porozumienie z 09.07.2018 r. reguluje zasady wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w POZ.

1/ Pielęgniarki i położne środowiskowe oraz pielęgniarki szkolne otrzymają podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego od 01.09.2018 r. o kwotę 1.100 zł (od 01.07.2019 r. o dalszą kwotę 100 zł) **także w sytuacji, gdy z uwagi na zbyt niską liczbę zapisanych pacjentów wzrost stawki kapitałowej, jaki otrzymuje dla tych osób pracodawca z NFZ nie wystarczy na pokrycie tej podwyżki**.

2/ Dodatkowo **taki sam wzrost wynagrodzeń zasadniczych** otrzymają również pozostałe pielęgniarki i położne POZ (nie mające tzw. aktywnych list pacjentów, a pracujące w gabinetach lekarskich lub punktach szczepień tzw. **pielęgniarki praktyki**).

Strony w terminie 3 miesięcy powrócą na forum Rady Dialogu Społecznego do rozmów celem zmiany obowiązujących obecnie współczynników pracy **tak, aby odzwierciedlały one wykształcenie,**

**kompetencje oraz odpowiedzialność pracowników**.

Duży wpływ na wynagrodzenia będzie mieć uzyskana zgoda Ministra Zdrowia oraz przede wszystkim Prezesa NFZ, aby **świadczeniodawcy dwa razy w roku uaktualniali zgłaszane do NFZ listy pielęgniarek i położnych na potrzeby uzyskania środków na podstawie OWU**. Ma to znaczenie szczególnie dla nowo wchodzących do zawodu pielęgniarek i położnych, które prawo do wykonywania zawodu otrzymują po 1 sierpnia danego roku. Zapis ten ma również znaczenie dla pielęgniarek i położnych, które w trakcie roku będą chciały zmienić pracodawcę, co może być jeszcze częstsze po wprowadzeniu obligatoryjnych norm zatrudnienia w lecznictwie szpitalnym.

Uzyskano również deklarację Ministra Zdrowia, że zapewni **w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez MZ** finansowanych z budżetu państwa (a nie z NFZ) wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych **zgodnie z dotychczasową praktyką**. Pielęgniarki i położne w tych podmiotach były poza działaniem podwyżki 4 x 400 zł (bo ich pracodawca nie miał kontraktu z NFZ), ale dotąd praktyką było uzyskiwanie przez te pielęgniarki i położne analogicznych podwyżek wynagrodzeń, przy czym wymagało to, co roku rozmów z MZ. Ponadto MZ zgodził się objąć tą zasadą także pielęgniarki i położne wykonujące zawód **w stacjach sanitarno-epidemiologicznych**.

Ustalono wprowadzenie od 01.01.2019 r. nowego świadczenia kontraktowanego przez NFZ tzw. **porady pielęgniarskiej**.

**Warunki pracy:**

Strony uzgodniły **wejście w życie z dniem 01.01.2019 r. norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jako warunku kontraktowania świadczeń przez NFZ w zakresie świadczenia lecznictwa szpitalne** (uzgodnienie obejmuje zasadę wyliczania zatrudnienia w oparciu o równoważniki zatrudnienia 0,6 w oddziałach zachowawczych i 0,7 w oddziałach zabiegowych na łóżko, **przy czym od 01.07.2019 r. dla oddziałów pediatrycznych równoważniki zatrudnienia będą wyższe – 0,8 w oddziałach zachowawczych i 0,9 w oddziałach zabiegowych na łóżko**).



Strony uzgodniły również **sukcesywne wprowadzenie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w obszarach opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, leczenie uzdrowiskowe, stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.**

**Uzgodniono wprowadzenie od 01.01.2019 r. płatnego urlopu sakołeniowego w wymiarze 6 dni rocznie, który mogą pielęgniarki i położne przeznaczyć na indywidualne doksztalcenie się, w szczególności na udziały w konferencjach, szkoleniach oraz kursach naukowych.**

#### **Pozostałe kwestie:**

Minister Zdrowia ma zapewnić realizację wsparcia wejścia do zawodu pielęgniarek i położnych poprzez wypłaty stypendiów dla studentów i absolwentów podejmujących pracę w Polsce.

Minister Zdrowia akceptuje postulat zmiany przepisów regulujących przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze w niektórych podmiotach leczniczych.

Minister Zdrowia ma podjąć działania umożliwiające zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych podejmujących służbę w Wojskach Obrony Terytorialnej (uatrakcyjni ofertę podjęcia częściowo odpłatnej służby), ale będzie zachowana zasada całkowitej dobro-

wolności (służbę w WOT podejmować będą tylko osoby tym zainteresowane).

Strony porozumiały się także, że w przypadku dokonywania w przyszłości zmian systemowych w ochronie zdrowia, zmiany te będą konsultowane ze środowiskiem pielęgniarek i położnych.

Dodatkowo strony umówiły się, że od marca 2019 r. rozpoczną prace nad projektem ustawy, która docelowo zastąpi rozwiązania zawarte w rozporządzeniach dotyczących OWU. Ponadto Strony uznały, że jest potrzeba dostosowania dokumentu „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, a także przedłożenia jego finalnej wersji – w terminie do 31.12.2018 r. – do przyjęcia przez Radę Ministrów do realizacji, jako program rządowy.

**OZZPiP zobowiązał się do niepodjęcia ogólnokrajowych akcji protestacyjnych do dnia 01.01.2021 r., ale pod warunkiem realizacji postanowień Porozumienia. Dodatkowo strony umówiły się, że w styczniu 2020 r. podejmą rozmowy mające ocenić realizację postanowień Porozumienia.**

Zawarte Porozumienie i związane z nim przekazanie zewnętrznych środków na wzrosty wynagrodzeń grupy zawodowej pielęgniarek i położnych oraz poprawa warunków pracy mają być jedynie pomocą dla pracodawców do wdrożenia w swoich zakładach pracy własnych indywidualnych rozwiązań.

Podane w Porozumieniu wzrosty wynagrodzeń zasadniczych zostały zapi-

sane, jako nie niższe. Porozumienie z dnia 09.07.2018 r. nie zabrania i nie ogranicza możliwości prowadzenia w poszczególnych zakładach pracy negocjacji dot. przekazania dodatkowych środków (pochodzących od pracodawcy) dla uzupełnienia puli środków przekazywanych na podstawie w/w Porozumienia. Zakładowe i Międzyzakładowe Organizacje Związkowe OZZPiP mają prawo prowadzić teraz jak i w przyszłości negocjacje płacowe, a także negocjacje dotyczące warunków pracy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, czy to w trybie zwykłym tj. z wykorzystaniem ustawy o związkach zawodowych, czy też w trybie nadzwyczajnym tj. z wykorzystaniem ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych.

Oczywiście Porozumienie z 09.07.2018 r. nie zabrania i nie ogranicza również naszych Zakładowych i Międzyzakładowych Organizacji Związkowych OZZPiP do udziału w negocjacjach płacowych, jakie będą prowadzić w przyszłości pracodawcy ze wszystkimi innymi organizacjami związkowymi dotyczącymi ogólnozakładowych wzrostów wynagrodzeń.

OZZPiP i NRPIP zobowiązały się natomiast, że będą pomagały rozwiązywać lokalne spory w podmiotach leczniczych, w których uczestniczyć będą środowiska pielęgniarek i położnych.

<http://nipip.pl/komentarz-do-porozumienia-z-9-lipca-2018-r-pomiedzy-ozzpip-oraz-nipip-a-ministrem-zdrowia-i-prezsem-nfz/>

## Stanowisko nr 17 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 15 maja 2018 roku w sprawie projektu zmiany ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w zakresie kształcenia przeddyplomowego na kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo

### Do Ministra Zdrowia

Kształcenie przeddyplomowe w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej jest obecnie prowadzone na studiach pierwszego stopnia w trybie stacjonarnym i drugiego stopnia w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym.

Kierunek pielęgniarstwo i kierunek położnictwo mieszczą się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej. Studia na tych kierunkach mają profil praktyczny i trwają nie krócej niż 6 semestrów i nie mniej niż 4720 godzin. W ramach programu kształcenia (4720 godzin) student jest zobowiązany odbyć i zaliczyć efekty kształcenia w trakcie:

- zajęć teoretycznych (wykłady, ćwiczenia, konwersatoria, seminaria itp),
- 1100 godzin zajęć praktycznych (w salach symulacji medycznej oraz w warunkach rzeczywistych realiza-

cji świadczeń zdrowotnych, głównie w podmiotach leczniczych)

- 1200 godzin praktyk zawodowych w warunkach rzeczywistych realizacji świadczeń zdrowotnych, głównie w podmiotach leczniczych.

Zgodnie z zapisami standardu uczelnia może realizować w wymiarze nie więcej niż 751 godzin bez udziału nauczyciela akademickiego w zakresie: nauk podstawowych i nauk społecznych – nie więcej niż 240 godzin; teoretycznych i praktycznych podstaw opieki pielęgniarstwa i opieki specjalistycznej; oraz pielęgniarstw klinicznych - nie więcej niż 511 godzin.

Zaproponowane zmiany systemu kształcenia w przypadku studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i na kierunku położnictwo ze stacjonarnego na niestacjonarny w ocenie samorządu są niedopuszczalne z uwagi na brak możliwości spełnienia przez

podmioty prowadzące kształcenie w zawodzie pielęgniarki, położnej w/w wymagań oraz nie gwarantują odbycia zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w ciągłości które są niezbędne dla osiągnięcia przypisanych efektów kształcenia i muszą być prowadzone w dni powszednie ze względu na system pracy i realizację procedur zdrowotnych w podmiotach leczniczych.

W związku z powyższym NRPiP dbając o należyte przygotowanie osób do wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej wnosi o pozostawienie obecnych zapisów w ustawie, iż studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i na kierunku położnictwo są prowadzone wyłącznie w trybie stacjonarnym.

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander  
Prezes NRPiP  
Zofia Małus

## Stanowisko nr 18 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 19 czerwca 2018 roku w sprawie podjęcia działań przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia mających na celu opracowanie nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o niezwłoczne podjęcie działań mających na celu zapewnienie osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do samodzielnej egzystencji i wymagającym długotrwałej opieki pielęgnacyjnej równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej.

Dom pomocy społecznej, jako jednostka organizacyjna pomocy społecznej nie jest świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938.) w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 160 z póź. zm.) W konsekwencji powyższego,

nie jest możliwe finansowanie i rozliczanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w tym świadczeń zdrowotnych w czasie choroby, udzielanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej. Według obowiązującego wykazu podstawowych usług, który został określony w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 sierpnia 2012r. w sprawie domów pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2018r., poz.734) dom pomocy społecznej niezależnie od typu świadczy m.in. usługi opiekuńcze polegające na pielęgnacji. Obecnie w domach pomocy społecznej coraz mniej jest mieszkańców samodzielnych, a coraz więcej osób powyżej 75 roku życia z coraz bardziej ograniczoną sprawno-

ścią funkcjonalną, osób leżących z koncentracją problemów zdrowotnych (wielochorobowości) w zakresie zdrowia somatycznego, psychicznego lub z niepełnosprawnością intelektualną. Taki stan wymaga od pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, nie tylko pielęgnacji, ale realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania i profilaktyki powikłań, ograniczenia niedoleństwa starczego, diagnozowania i leczenia w ramach posiadanych kwalifikacji i na zlecenie lekarza. Czynności wykonywane przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej w rzeczywistości nie różnią się od tych, które podejmowane są w zakładach opieki długoterminowej. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych świadczenia zdrowotne

realizowane przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej powinny być kontraktowane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako odrębny produkt zapewniający całodobową opiekę pielęgniarstwą.

W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o jak najszybsze opracowanie, rzetelną wycenę i wdrożenie dodatkowego produktu zapewniającego całodobowe świadczenia pielęgniarstwą na rzecz

mieszkańców domów pomocy społecznej.

Sekretarz NRPIP  
Joanna Walewander  
Prezes NRPIP  
Zofia Małas

PPA.0762.8.2018/BW\_

Warszawa, dnia 10-07-2018 r.



Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek i Położnych

**Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

### Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na pismo z dnia 5 lipca 2018 r., znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.124.2018.MG, przy którym przekazane zostało stanowisko nr 18 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2018 r. w sprawie podjęcia działań mających na celu opracowanie nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów oraz w nawiązaniu do pisma z dnia 21 maja 2018 r. znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2018.TK, Departament Pielęgniarek i Położnych przedstawia poniżej następujące informacje w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się do pisma znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2018.TK, które zawierało wnioski z Ogólnopolskiej Konferencji na temat „Zabezpieczenia mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarstwą” oraz prośbę o rozważenie zorganizowania spotkania Pana Ministra z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Panią Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament informuje, że odpowiedź na przedmiotową korespondencję została udzielona Pani Prezes pismem z dnia 28 czerwca 2018 r., znak: PPA.0762.8.2018/BW (kopia pisma w załączeniu).

W odniesieniu do przedstawionego stanowiska nr 18, dotyczącego opracowania nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów, Departament uprzejmie

wyjaśnia, że w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), osoby przebywające w domach pomocy społecznej mogą korzystać z kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, dotyczących wszystkich świadczeniobiorców. Mieszkańcy domów pomocy społecznej, którzy dokonali wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru, mogą być objęci kompleksową i odpowiednią do stanu zdrowia opieką pielęgniarstwą, zgodnie z zakresem kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia pielęgniarstwą podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki. Zgodnie z § 16 ust. 5 zarządzenia nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w DPS obejmuje:

- 1) współudział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- 2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;

3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarstwej oraz zleceń lekarskich.

Należy także zauważyć fakt, że świadczenia pielęgniarstwą podstawowej opieki zdrowotnej finansowane są w oparciu o roczną stawkę kapitacyjną korygowaną współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy. W odniesieniu do osób przebywających w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem 3,5.

Natomiast wobec osób wymagających wzmożonej opieki udzielane są świadczenia pielęgniarstwą opieki długoterminowej realizowanej w domu świadczeniobiorcy tj. w domu pomocy społecznej.

Departament nadmieniam, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego, w postępowaniu przeprowadzonym w trybie konkursu ofert lub rokowań. Umowa, określa m.in.: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Narodo-



wego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy zauważyć, że dom pomocy społecznej, ze względu na podleganie innemu, niż podmiot leczniczy, reżimowi prawnemu nie zawiera z Narodowym Funduszem Zdrowia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ma jednak obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów.

W sytuacji gdy dom pomocy społecznej decyduje się na świadczenie usług pielęgniarских na swoim terenie, a więc także na zatrudnianie pielęgniarek, stają

się one pracownikami samorządowymi i podobnie jak pozostali pracownicy podlegają przepisom ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 902.) oraz przepisom rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 936).

Niezależnie od powyższych informacji Departament wskazuje, że mając na uwadze przekazywane do Ministerstwa Zdrowia wnioski dotyczące uregulowania zasad finansowania opieki pielęgniarской w domach pomocy społecznej, Ministerstwo Zdrowia podjęło współpracę z Ministerstwem Rodziny, Pracy

i Polityki Społecznej oraz Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przeprowadzenia prac analitycznych na temat zabezpieczenia opieki pielęgniarской mieszkańcom domów pomocy społecznej.

Z uwagi na początkowy etap prac oraz roboczy charakter działań, w chwili obecnej nie jest możliwe przekazanie szczegółowych informacji na temat projektowanych rozwiązań w tym obszarze.

*Z poważaniem*  
*Z upoważnienia Dyrektora*  
*Departamentu Pielęgniarek i Położnych*  
*Dorota Zinkowska*  
*radca ministra*

PPA.0762.7.2018/BW

Warszawa, dnia 28-06-2018 r.



Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek i Położnych

#### **Szanowna Pani Prezes**

Nawiązując do pisma z dnia 21 maja 2018 r., znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2018.TK, w którym zostały przedstawione wnioski z Ogólnopolskiej Konferencji na temat „Zabezpieczenia mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarские” oraz prośba o rozważenie zorganizowania spotkania Pana Ministra z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Panią Minister Rodzi-

ny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że Ministerstwo Zdrowia podjęło współpracę z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przeprowadzenia prac analitycznych na temat zabezpieczenia opieki pielęgniarской mieszkańcom domów pomocy społecznej. Z uwagi na początkowy etap prac oraz roboczy charakter działań, w chwili obecnej nie jest możliwe przekazanie szczegółowych informa-

cji na temat projektowanych rozwiązań w tym obszarze.

Mając na uwadze powyższe, Departament uprzejmie dziękuje za przekazane informacje oraz wyrażoną gotowość do wspólnej pracy w zakresie realizacji postulatów zgłoszonych przez uczestników Konferencji.

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

### **Stanowisko nr 19 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

z dnia 20 czerwca 2018 roku w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącego przekazania dodatkowych środków na podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych

NRPIP po zapoznaniu się z propozycjami przedstawionymi przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie poprawy warunków pracy i wynagrodzenia pielęgniarek i położnych nie akceptuje treści projektu porozumienia, gdyż przekazane propozycje są niewystarczające do wyprowa-

dzenia z kryzysu Polskiego Pielęgniarstwa i Położnictwa.

NRPIP oczekuje, że kwota 1200 zł brutto zostanie włączona do podstawy wynagrodzenia zasadniczego od 01.09.2018 r. i w kolejnych latach zabezpieczane będą środki finansowe na wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i po-

łożnych plus 5 transza od 01.01.2019 r. i kolejne.

NRPIP podtrzymuje stanowisko Prezydium NRPIP z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody me-

dyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Wskaźniki zaproponowane dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych powinny zostać zapisane na poziomie:

- dla pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położnej z tytułem magistra położnictwa, z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa - 2,0 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS;
- dla pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położnej z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarki lub położnej z tytułem specjalisty

w dziedzinie pielęgniarstwa - 1,75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS;

- dla pielęgniarki lub położnej, bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa - 1,5 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa GUS.

Oczekujemy, że osiągnięcie kwot we wskazanych współczynnikach powinno następować stopniowo zgodnie ze wzro-

stem nakładów na ochronę zdrowia (6% PKB do roku 2024).

Uwzględnienie powyższej propozycji wpłynie na poprawę warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych oraz zapewni bezpieczeństwo zdrowotne polskiego społeczeństwa.

NRPIP popiera stanowisko Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie z dnia 13.06.2018 r. w sprawie realizacji postulatów poprawy warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

*Sekretarz NRPIP  
Joanna Walewander  
Prezes NRPIP  
Zofia Małas*

### Stanowisko nr 20

#### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 czerwca 2018 roku

w sprawie wykreślenia z projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w § 5 ust. 6 pkt. 2 zapisu w brzmieniu: ratownika medycznego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wnosi o bezwzględne wykreślenie w § 1 pkt 3 dotyczącym § 5, w którym dodaje się w ust. 6 punkt drugi w brzmieniu: „2) ratownika medycznego”.

Uprawnienie ratownika medycznego do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej i hospitalizacji jednego dnia jest niezgodne z posiadanymi kwalifikacjami

zawodowymi do sprawowania kompleksowej, holistycznej opieki nad pacjentem hospitalizowanym.

Kształcenie zawodowe osób wykonujących zawód ratownika medycznego było i jest ukierunkowane na realizację świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego. Potwierdzeniem powyższego jest fakt, iż w uprzednio obowiązującej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym zawód ratownika medycznego był związany z wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wydane na podstawie delegacji tej ustawy rozporządzenie zawierało jedy-

nie wykazy medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez ratownika medycznego samodzielnie i pod nadzorem lekarza systemu.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych delegowanie uprawnień innych niż medyczne czynności ratunkowe, ratownikom medycznym, stwarza ryzyko zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz osób wykonujących czynności zawodowe, do których nie są przygotowani w toku kształcenia.

*Sekretarz NRPIP  
Joanna Walewander  
Prezes NRPIP  
Zofia Małas*

### Stanowisko nr 21

#### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 czerwca 2018 roku

w sprawie eliminowania pielęgniarek systemu ze składu zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się próbom eliminowania pielęgniarek systemu ze składu zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Podkreślenia wymaga fakt, iż pielęgniarki systemu od powstania stacji po-

gotowia ratunkowego pracowały w jego strukturach: zespołach wyjazdowych, dyspozytorniach i ambulatoriach. Na bazie kadry pogotowia ratunkowego (lekarzy, pielęgniarek) zorganizowany został system Państwowe Ratownictwo Medyczne, w ramach którego, pielęgniarki zatrudnione są obecnie w jednostkach

systemu: szpitalnych oddziałach ratunkowych, zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego.

Pielęgniarki systemu to pielęgniarki o najwyższych kwalifikacjach zawodowych ukierunkowanych na samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie medycznych czynności ratunkowych. Tak wysokie kompetencje nabyte w toku kształcenia zawodowego przeddyplomowego i podyplomowego gwarantują bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a także wysoką jakość realizowanych zadań systemu ratownictwa medycznego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie akceptuje propozycji wyelimi-

nowania pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego i wnosi o pozostawienie pielęgniarek systemu w zespołach ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pomysł przeniesienia pielęgniarek systemu do lecznictwa szpitalnego nie rozwiąże sytuacji braków ka-

drowych, o których alarmujemy od lat. Natomiast będzie wyrazem dyskryminacji tej grupy zawodowej wśród zawodów medycznych.

*Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas*



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NRPiP-P.011.64.2018

Warszawa, 14 czerwca 2018 r.

**Pan Andrzej Jacyna**  
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

#### **Szanowny Panie Prezisie**

W związku z licznymi zapytaniem, jakie wpływają od pielęgniarek do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w zakresie zasad finansowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, zwracam się z uprzejmą prośbą o potwierdzenie informacji, czy od dnia 1 lipca 2018 roku zostanie ujednolico-

na we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ taryfa za osobodzień w wysokości 30,08 zł.

Zapytanie w powyższej sprawie kierujemy w związku z informacją, jaką otrzymali przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podczas spotkania w dniu 12 marca 2018 roku od Prezesa NFZ.

Z uwagi na duże niezadowolenie środowiska zawodowego z panujących rozbieżności w taryfie w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ, zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi w powyższej sprawie.

*Z wyrazami szacunku  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas*



## Narodowy Fundusz Zdrowia

### Centrala w Warszawie Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Znak:DSOZ.401.1088.2018 2018.34903.KLA

Warszawa, dnia 22.06.2018 r.

**Pani Zofia Małas**  
Prezes NRPiP

W odpowiedzi na pismo z dnia 14 czerwca 2018 r. znak: NRPiP-P.011.64.2018 w sprawie ujednoczenia we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ taryfy w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

Po ukazaniu się 29 czerwca 2016 r. Obwieszczenia AOTMiT w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuń-

cze w ramach opieki długoterminowej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”, taryfy ustalone dla świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, zostały uwzględnione w zarządzeniu nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określania

warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Taryfy obowiązują od stycznia 2017 r.

W tym miejscu należy podkreślić, że zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, jak również efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi, zgodnie z prze-

pisami ustawy, należą do zadań dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

Prezes Funduszu nie ma uprawnień do decydowania o wysokości ceny oczekiwanej określonej w postępowaniach konkursowych lub rokowaniach, ogłaszanych przez dyrektorów OW NFZ, niemniej jednak zwraca się do dyrektorów OW NFZ o pilne zaimplementowanie taryf ustalonych przez AOTMiT w przedmiotowym rodzaju świadczeń.

W związku z art. 139 ustawy, zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Porównywanie ofert

w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń dokonuje się według kryteriów wyboru ofert, do których min. należy cena. Tak więc cena w danym zakresie świadczeń będzie zróżnicowana między świadczeniodawcami oraz między oddziałami wojewódzkimi NFZ.

Równocześnie uprzejmie informuję, że Narodowy Fundusz Zdrowia stara się zapewnić jak najlepszą dostępność do świadczeń i w miarę możliwości zwiększa środki finansowe na realizację świadczeń zdrowotnych. Środki finansowe jakimi dysponuje NFZ i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowot-

nej są ograniczone, bowiem pochodzą zwłaszcza ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Dlatego też żaden podmiot działający w zakresie ochrony zdrowia nie może wykroczyć poza środki przyznane na ten cel. Jest to sektor finansów publicznych, w którym obowiązuje dyscyplina finansowa i odpowiedzialność za jej naruszenie przewidziana w przepisach ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U z 2017 r. poz.1311 t.j.).

*Departament Świadczeń Opieki  
Zol Narodowego Funduszu Zdrowia  
p. o. Dyrektora Departamentu  
Leszek Szalak*



MINISTERSTWO OBRONY  
NARODOWEJ  
DEPARTAMENT WOJSKOWEJ  
SŁUŻBY ZDROWIA

**Dotyczy:** rozpowszechnienia informacji na temat oferty WOT dla pielęgniarek

#### **Szanowna Pani Dyrektor**

w nawiązaniu do spotkania w dniu 19 czerwca 2018 r. z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i prezentowaną przez Dowódcę Wojsk Obrony Terytorialnej Pana gen. bryg. Wiesława KUKUŁĘ ofertę WOT dla pielęgniarek, a także w nawiązaniu do ustaleń pomiędzy Panem Genera-

łem a Dyrektorem Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Panią dr Aurelią OSTROWSKĄ - przesyłam w załączeniu „Informację na temat możliwości służby pielęgniarek i pielęgniarzy w Wojskach Obrony Terytorialnej” z uprzejmą prośbą o przekazanie do okręgowych izb pielęgniarek i położnych celem rozpowszechnienia.

*DYREKTOR DEPARTAMENTU WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA  
dr Aurelia OSTROWSKA*

Załącznik 1 na 3 str.

Pismo otrzymuje /SIARCUS/:

1. DYREKTOR CENTRUM OPERACYJNEGO MON Pani Agnieszka GLAPIAK
2. DOWÓDCA WOJSK OBRONY TERYTORIALNEJ Pan gen. bryg. Wiesław KUKUŁA

## Informacja na temat możliwości służby pielęgniarek i pielęgniarzy w Wojskach Obrony Terytorialnej

1 stycznia 2017 roku utworzono w Polsce Wojska Obrony Terytorialnej, które są V Rodzajem Sił Zbrojnych. Misją formacji jest obrona i wspieranie lokalnych społeczności. Formacja ma charakter lekkiej piechoty, a niemal co szósty z żołnierzy ma specjalność związaną z medycyną. Mając na uwadze powyższe, pielęgniarki i pielęgniarze są naturalny-

mi kandydatami do służby w Wojskach Obrony Terytorialnej. Służba ta obejmuje szkolenie przez dwa dni w miesiącu w systemie weekendowym i jest pełniona w miejscu zamieszkania.

Wymagania ustawowe wobec kandydatów do służby w WOT są następujące:

- posiadanie obywatelstwa polskiego;

- pełnoletność (wiek co najmniej 18 do 55 lat w korpusie szeregowych, do 63 lat w korpusie podoficerów i oficerów);
- posiadanie dobrego sianu zdrowia fizycznego i psychicznego;
- niekaralność;
- brak przydziału kryzysowego lub brak reklamacji od służby wojskowej.

Warszawa, 18 lipca 2018 r.

**Pani Lucyna JAKUBOWSKA**

DYREKTOR BIURA NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK  
I POŁOŻNYCH

Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy wstąpią do WOT mogą rozwijać się zawodowo poprzez:

1. uczestnictwo w bezpłatnych kursach i szkoleniach specjalistycznych takich jak:

- kurs „wkłucia doszpikowe — zaawansowane techniki ratujące życie”,
- kurs doskonalący z zaawansowanych zabiegów ratujących życie w obrażeniach ciała w opiece - przedszpitalnej,
- kurs USG FAST w urazach,
- kurs doskonalący z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym i odzwierzęcym,
- kurs doskonalący z zakresu polowego ratownictwa i stanów zagrażających życiu.

2. dofinansowanie kosztów kształcenia poddyplomowego zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczy również pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo posiadających prawo wykonywania zawodu i obejmuje m.in.:

**szkolenia specjalizacyjne** czyli specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa lub medycyny: pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo operacyjne, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo epidemiologiczne oraz w dziedzinie ochrona zdrowia pracujących — dla osób pracujących w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat.

**kursy kwalifikacyjne:**

w dziedzinie pielęgniarstwa lub medycyny: pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo operacyjne, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo epidemiologiczne oraz w dziedzinie ochrona zdrowia pracujących — dla osób posiadających co najmniej 6-miesięczny staż pracy w zawodzie.

**kursy specjalistyczne:**

leczenia ran, pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, szczepienia ochronne, wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, ordynowanie leków i wypisywanie recept, terapia bólu ostrego u dorosłych, wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych, wywiad i badanie fizykalne.

**kursy doształcające:**

aspekty leczenia ran, bezpieczna linia naczyniowa, warunki sanitarne i utrzymanie higieny.

3. dofinansowanie lub zwrot kosztów studiów:

Studia wyższe licencjackie na kierunku pielęgniarstwo oraz studia wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo — możliwe jest uzyskanie dofinansowania lub zwrot kosztów studiów. Wsparcie obejmowałoby okres kształcenia (studia licencjackie i/lub magisterskie) w czasie pełnienia Terytorialnej Służby Wojskowej.

4. świadczeń finansowych oraz ubezpieczenia zdrowotnego:

Za każdy dzień spędzony w wojsku podczas szkolenia żołnierz otrzymuje

od 90 zł wzwyż od stopnia szeregowego; dodatkowo żołnierzom WOT przysługuje dodatek za „gotowość bojowa” w wysokości 320 zł za każdy miesiąc służby. Daje to łącznie minimum 500 zł za dwa dni szkoleniowe i utrzymanie gotowości. Kwota ta nie jest opodatkowana.

Niezależnie od rozwoju aktywności zawodowo — medycznej, pielęgniarki i pielęgniarze w WOT mogą być kierowani na kury oficerskie lub szkolenie specjalistyczne, stosownie do potrzeb Sił Zbrojnych i jednostki wojskowej.

Ponadto, żołnierz Obrony Terytorialnej pełniący terytorialną służbę wojskową przez okres co najmniej trzech lat, może być powołany do służby kandydackiej lub zawodowej służby wojskowej na zasadach określonych dla żołnierzy rezerwy, na zasadach pierwszeństwa powołania do tych służb przed innymi osobami.

Kandydaci do służby zgłaszają się do właściwych dla miejsca zameldowania Wojewódzkich Komend Uzupelnień na ogólnie obowiązujących zasadach. Więcej informacji na stronie: <https://terytorialsi.wp.mil.pl/>

Kontakt:

Dowództwo Wojsk  
Obrony Terytorialnej  
ul. Dymińska 13  
01-783 Warszawa  
Sekretariat:

tel. 261 877 405

fax. 261 877 770

dwot.sekretariat@mon.gov.pl

## Porada pielęgniarska zmniejszy kolejki do lekarzy POZ?

Pod koniec czerwca br. wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko przekonywała, że nie każdy pacjent, który trafia do lekarza, musi od razu zostać przez niego przyjęty. - Pacjenci przychodzą, żeby przedłużyć receptę, uzyskać skierowanie na badania, przyjść na badania kontroli cukru czy ciśnienia. Taką poradę może wykonać pielęgniarka - mówiła wiceminister.

Jak informowała w czasie rozmowy z radiem RMF FM Szczurek-Żelazko, resort z jednej strony chce, aby pielęgniarki były dobrze przygotowane do takich „porad”, a z drugiej - zapewnić odrębne finansowanie dla tego rodzaju świadczeń.

**MZ pracuje nad kompetencjami**

- Pracujemy nad zmianą rozporządzenia w tej sprawie, projekt niebawem po-

jawi się w konsultacjach. Chcemy, żeby do końca roku to świadczenie znalazło się w koszyku świadczeń zdrowotnych - zapowiadała wiceminister.

Jak tłumaczyła, pielęgniarki mogłyby, w ramach „porady pielęgniarskiej” wykonywać podstawowe badania osób cierpiących na choroby przewlekłe - na przykład na cukrzycę. Mogłyby przyjmować pacjentów, wykonywać badania fizykal-

ne, zlecać badania kontrolne, decydować o przedłużeniu recepty. Lekarze wykonywaliby wobec pielęgniarek funkcję konsultacyjną. Gdyby pielęgniarka uznała to za konieczne, kierowałaby pacjenta do lekarza.

Aby dowiedzieć się jaki zakres kompetencji i odpowiedzialności zostanie zgodnie z tym pomysłem przekazanych przez lekarzy pielęgniarkom, Rynek Zdrowia zapytał Ministerstwo Zdrowia. Jak jednak wyjaśniło ministerstwo, obecnie jeszcze trwają prace nad tym projektem i dopiero za kilka, kilkanaście tygodni zostaną podane bardziej szczegółowe informacje.

### Co na to lekarze?

Wypowiedź wiceminister Józef Szczurek-Żelazko, dotycząca koncepcji porady pielęgniarskiej, pozytywnie ocenia samorząd lekarski.

- Wszystkie próby racjonalizacji systemu opieki medycznej w Polsce, zarówno w sferze jej finansowania, jak i organizacji, oceniamy pozytywnie. Porada pielęgniarska, ale też opieka farmaceutyczna oraz szersze wsparcie asystentów i sekretarek medycznych to korzystne rozwiązania, funkcjonujące w wielu krajach europejskich - stwierdza Krzysztof Madej, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jego zdaniem ważne jednak jest, aby były to kadry profesjonalne, dobrze przygotowane merytorycznie i praktycznie.

- W polskiej ochronie zdrowia mamy świetnie wykształconych specjalistów. Lekarze, pielęgniarki i położne, farmaceuci i przedstawiciele innych zawodów medycznych obciążani są jednak obowiązkami niewymagającymi wysokich kwalifikacji. Aby sytuacja się poprawiła, nie potrzebujemy ministerialnych ogólnych deklaracji, ale precyzyjnych, odpowiedzialnych przepisów i odpowiedniego finansowania. Na obie rzeczy czekamy zarówno my, medycy wszystkich zawodów, jak i nasi pacjenci - dodaje.

### Pielęgniarki są na tak

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od momentu nadania uprawnień pielęgniarkom i położnym w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 11 lipca 2011 roku w zakresie ordynowania leków czy wystawiania recept pod warunkiem ukończenia dodatko-

wych kursów specjalistycznych, zabiegała o wyodrębnienie i wycenę tzw. porady receptowej dla pielęgniarek i położnych.

- Z informacji jakie posiada Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od prezesa NFZ, pomimo znacznej liczby naszych koleżanek i kolegów, którzy ukończyli kursy w zakresie ordynowania leków i wystawiania recept, nie ma dużego zainteresowania wykorzystaniem nowych umiejętności w swojej zawodowej pracy. Chętniej wykorzystywane są one na potrzeby swoich rodzin, znajomych. Niewątpliwie związane jest to z dużą odpowiedzialnością, ale również brakiem finansowania dodatkowych uprawnień - stwierdza Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przekonuje ona, że mamy bardzo dobrze wykształconą kadrę pielęgniarską i położniczą, która jest przygotowana do realizacji świadczeń diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych czy rehabilitacyjnych i mogłaby stanowić doraźny lek na zmniejszenie kolejek.

- Z doświadczenia wiemy, że nie zawsze pacjent zgłaszający się do POZ musi skorzystać z porady lekarskiej. Taką poradę w ramach swoich kompetencji i umiejętności mogłaby udzielić pielęgniarka - zebrać wywiad, zbadać fizykalnie, zmierzyć parametry życiowe, skierować na badania czy zaordynować leki lub przedłużyć receptę. W przypadku wątpliwości pielęgniarka kierowałaby pacjenta na konsultację lekarską. Zapewne taki sposób przyjmowania i obsługi pacjenta pomógłby skrócić kolejki i usprawnić system pracy POZ - dodaje wiceprezes Łodzińska.

### Skąd pomysł?

Temat związany z poradą pielęgniarską pojawił się podczas negocjacji w zakresie warunków pracy i płacy z udziałem strony społecznej, czyli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

- Podczas rozmów zabiegaliśmy, aby do prac nad świadczeniem „porada pielęgniarska” włączono ekspertów NRPI. Jednak dowiadujemy się z mediów, że prace już trwają i być może już wkrótce będą przedmiotem konsultacji społecz-

nych. Czekamy zatem na projekt, który będzie dedykowany wyłącznie naszym koleżankom i kolegom, umożliwiając wykorzystanie ich potencjału, a nie zmarnotrawi tych zasobów np. na rejestrację pacjentów - stwierdza wiceprezes NIPiP.

Oprócz entuzjazmu, co podkreśla Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, pojawiają się jednak i obawy - jak zostaną przyjęte takie zmiany przez pacjentów. Czy pozytywnie ocenią i zaakceptują sposób udzielania świadczeń przez pielęgniarki?

- Z doświadczenia wiemy, że najtrudniej jest zmienić stereotypy i przyzwyczajenia. W wielu krajach UE, ale również w USA czy Kanadzie tak funkcjonujący system jest standardem, a pielęgniarki i położne zajmują się nie tylko realizacją zleceń lekarskich, ale wykorzystują swoje umiejętności i samodzielność zawodową, aby poprawić dostępność do podstawowych świadczeń, jednocześnie budując prestiż tych zawodów. Pewnie będziemy musieli poczekać, czy tak wprowadzony system sprawdzi się i czy przyjmie je nasze społeczeństwo - podsumowuje Mariola Łodzińska.

### Model szwedzki, czyli sieć pielęgniarek kardiologicznych

Między innymi o roli pielęgniarek w szwedzkim systemie opieki nad pacjentami kardiologicznymi rozmawiali eksperci podczas ostatniej Konferencji Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Kraków, 15-16 czerwca 2018 r.).

Dr Tomasz Baron z Uppsala University prezentował zasady funkcjonującego w Szwecji modelu opieki nad pacjentami z niewydolnością serca (NS). Zwracał uwagę, że w jego centrum znajduje się sieć pielęgniarek wyspecjalizowanych w zakresie dalszego prowadzenia chorych z niewydolnością serca (po wcześniejszych konsultacjach lekarskich).

- Oczywiście bardzo ważnym elementem tego modelu jest podstawowa i specjalistyczna opieka nad pacjentami z NS. System jest tak zorganizowany, że pierwsza wizyta pacjenta z niewydolnością serca u lekarza trwa godzinę, a druga wizyta - pół godziny - informował Tomasz Baron.

### U lekarza rodzinnego przyjmuje także pielęgniarka

- Nie ma bezpiecznego pacjenta bez bezpiecznego lekarza. Z tego powodu priorytetowym celem polityki zdrowotnej musi stać się inwestowanie w kadre medyczną, powstrzymanie jej emigracji oraz racjonalne jej wykorzystanie - mówił niedawno Rynkowi Zdrowia dr Jacek Kozakiewicz, były prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

W tym kontekście również przytoczył szwedzki model organizacji lekarzy rodzinnych i dużej roli, jaką pełnią w nim pielęgniarki: - Moja znajoma mieszkająca w Szwecji podejrzewała u siebie nadciśnienie. Poszła do lekarza rodzinnego,

ale została przyjęta przez pielęgniarkę. Ta zaprosiła pacjentkę do wyciszzonego, zaciemnionego pomieszczenia i po kwadransie wykonała pomiar ciśnienia - wspomina dr Kozakiewicz.

Dodaje, że takie postępowanie powtórzone za tydzień i dwa, aby wyniki były rzeczywiście miarodajne. - Dopiero wtedy pacjentka została skierowana do lekarza rodzinnego. „I co powiedział lekarz rodzinny?” - zapytałem. „Na razie telefonuję i czekam na termin wizyty” - odpowiedziała spokojnie znajoma - relacjonuje nasz rozmówca.

- Ten przykład pokazuje, że w wielu sytuacjach powinniśmy, jako społeczeństwo, zmniejszyć presję wywieraną na środowisko lekarskie. Nie oczekujemy w obecnej sytuacji polskiej ochrony zdrowia, że wszyscy otrzymają wszystko o każdej porze dnia i nocy, bo to w naszych realiach niemożliwe - podkreślał dr Kozakiewicz.

Źródło: <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Porada-pielgniarska-zmniejszy-kolejki-do-lekarzy-POZ,185435,1,3.html>

## Komunikat w sprawie PIT-8C (dotyczy dofinansowania do kształcenia)

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie informuje, że w związku z uzyskaniem interpretacji podatkowej dotyczącej podatku dochodowego od osób fizycznych w zakresie skutków podatkowych uczestnictwa w nieodpłatnych lub częściowo odpłatnych kursach i szkoleniach organizowanych, finansowanych w całości lub w części albo refundowanych w całości lub w części przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie ze składek członkowskich nie będzie wystawiać PIT-8C.

Wobec powyższego pielęgniarki i położne, które otrzymały z Okręgowej

Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie informację PIT-8C z tytułu refundacji szkoleń za lata 2013-2017, będą mogły samodzielnie składać korektę swoich zeznań za lata poprzednie i starać się o zwrot nadpłaty podatku z tytułu przychodu wykazanego w PIT-8C z tytułu dofinansowania szkoleń.

Dokonanie korekty, o której mowa wyżej nie jest obowiązkiem podatnika, a prawem, z którego może skorzystać zainteresowana pielęgniarka i położna i obejmuje okres 5 lat (lata 2013-2017). Oznacza to, że korekty za 2013 r. będzie można składać do końca 2018 r.

W wzór wniosku o stwierdzenie nadpłaty w podatku dochodowym od osób fizycznych oraz interpretacja indywidualna na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. [www.oipip.krosno.pl](http://www.oipip.krosno.pl)

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Krośnie  
(-) Renata Michalska

## Komunikat Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 21 czerwca 2018 r.

w sprawie zamieszczania zadań egzaminacyjnych (tzw. Bank pytań)

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w porozumieniu z Departamentem Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia oraz Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych ustaliło, że zadania egzaminacyjne zamieszczane będą na stronie Centrum po

zakończeniu każdej sesji egzaminacyjnej z zachowaniem § 12 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2016 poz. 1761), cyt. „Zadania egzaminacyjne są przygotowywane, prze-

chowywane oraz przekazywane w sposób uniemożliwiający ich nieuprawnione ujawnienie.”

Maria Jolanta Królak  
Dyrektor  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych

# Biogen

## Daklizumab beta (Zinbryta®)

Przypadki autoimmunologicznego zapalenia mózgu, w tym zapalenia mózgu typu anty-NMDA zgłaszane w ciągu kilku miesięcy po zaprzestaniu leczenia.

### Szanowni Państwo,

Firma Biogen w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych chciałaby poinformować, co następuje:

### Streszczenie

- Zgłaszano przypadki autotmmunologicznego zapalenia mózgu, w tym zapalenia mózgu związanego z obecnością przeciwciał przeciwko receptorowi N-metylo-D-asparaginanowemu (NMBAR) u pacjentów w trakcie leczenia, a także kilka miesięcy po zaprzestaniu leczenia produktem Zinbryta.
- Wszystkich pacjentów, którzy przerywali przyjmowanie leku Zinbryta oraz ich opiekunów należy poinformować, aby natychmiast skontaktowali się z lekarzem prowadzącym w razie wystąpienia typowych objawów prodromalnych lub wczesnych często występujących objawów behawioralnych, neurologicznych, kognitywnych lub związanych z układem ruchu.
- W przypadkach podejrzenia zapalenia mózgu u pacjentów, którzy przerywali leczenie produktem Zinbryta, należy rozważyć możliwie jak najszybsze wykonanie badania w kierunku obecności przeciwciał przeciwko receptorom NMDA w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy w celu ułatwienia rozpoznania.
- Wszystkie przypadki należy konsultować ze specjalistą posiadającym doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu autoimmunologicznego zapalenia mózgu.

- Monitorowanie pod kątem zapalenia mózgu należy prowadzić przez okres do 12 miesięcy po odstawieniu daklizumabu.

### Podstawy

Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego Zinbryta (daklizumab beta) zostało zawieszono, a lek wycofano z rynku europejskiego w marcu 2018 r. po otrzymaniu, zgłoszeń dotyczących ciężkich i potencjalnie zagrażających życiu reakcji immunologicznych wpływających na mózg (w tym zapalenie mózgu i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych), oraz na wątrobę i inne narządy, u pacjentów leczonych produktem Zinbryta. Lekarzom zalecono monitorowanie pacjentów po zaprzestaniu leczenia co najmniej raz na miesiąc lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych przez okres do sześciu miesięcy od ostatniej dawki.

Do dnia 10 lipca 2018 r. zgłoszono 7 przypadków zapalenia mózgu po odstawieniu leku Zinbryta, a dwa z nich były to potwierdzone przypadki zapalenia mózgu typu anty-NMDA. Przypadki zapalenia mózgu typu anty-NMDA wystąpiły po około 3 do 4 miesiącach po przerwaniu leczenia produktem Zinbryta. U pacjentów z zapaleniem mózgu typu anty-NMDA wystąpiły objawy takie jak ból głowy, gorączka, wymioty, splątanie, drżenie, zaburzenia widzenia i napady drgawkowe.

Zapalenie mózgu typu anty-NMDA można rozpoznać za pomocą swoistego testu na obecność przeciwciał w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy w odpowiednich warunkach klinicznych. W przypadku podejrzenia zapalenia mózgu u pacjentów, którzy przerywali leczenie produktem Zinbryta lekarzom zaleca się, aby rozważyli przeprowadzenie badań na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi

NMDA w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy. Można rozważyć wykonanie szerokiego panelu oznaczeń przeciwciał (np. antygenów na powierzchni komórek nerwowych i białek synaptycznych) Produkt leczniczy Zinbryta nie ma obecnie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Unii Europejskiej (UE).

W dniu 27 marca 2018 r. Komisja Europejska cofnęła pozwolenie na dopuszczenie leku do obrotu na wniosek podmiotu odpowiedzialnego firmy Biogen Idee Ltd.

### Zgłaszanie działań niepożądanych

Wszelkie przypadki podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych należy zgłaszać do: Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, Tel.: + 48 22 49 21 30 i Faks: + 48 22 49 21 309 e-mail:ndi@urpi.oov.pl

### Firma i jej dane kontaktowe

W przypadku dalszych pytań lub potrzeby uzyskania dalszych informacji, prosimy o kontakt: Biogen Poland Sp. z o.o. ul. Salsy 2, 02-823 Warszawa, tel/faks (22)351 51 00/01 informacja.medyczna@biogen.com

*Z poważaniem,  
Dr n. med. Cezary Głogowski  
Head of Public Affairs*



# Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego

L.dz. KKwDPP/43/2018

Olsztyn, 04.07.2018 r.

**Szanowna Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

**Szanowna Pani Prezes,**

Doceniając Pani dotychczasowe zaangażowanie w działania na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży, uprzejmie proszę Panią Prezes o przekazanie możliwie jak najszerszemu gronu pielęgniarek i położnych jak również Przewodniczącym Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych poniższego stanowiska:

Na podstawie danych przekazanych z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH, wynika, że w każdym kolejnym roku wzrasta liczba odmów poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, a w 2017 roku liczba ta wzrosła do ponad 30 tysięcy. Jednakże najbardziej niepokojące jest tempo w jakim narasta liczba odmów, kreowana „moda na nieszczepienie” i dość powszechne indoktrynowanie w internecie, co buduje wśród Rodziców lęk przed szczepieniami, coraz większy brak zaufania do szczepionek, obawa przez niepożądanymi odczynami poszczepiennymi, uchylenie się od terminowych szczepień u dzieci. Przyczyn takich zachowań u rodziców może być wiele, ale niewątpliwie dobrze przygotowana pielęgniarka, położna, dobrze przygotowany lekarz pediatra, którzy podejmą rzeczową, kom-

petentną rozmowę z rodzicami, nie będą obawiali się trudnych pytań, bo będą na nie znać odpowiedzi, mogą w znacznym stopniu zniwelować lęk u rodziców i przekonać do szczepień w wątpliwych rodziców. Muszą jednakże posiadać pełną, aktualną wiedzę opartą na faktach, a nie mitach (EBM - Evidence Based Medicine i EBN-Evidence Based Nursing).

Aktualną wiedzę należy czerpać z autoryzowanych źródeł, których autorami są eksperci ds. szczepień ochronnych. Również należy zwracać szczególną uwagę na organizowane szkolenia i zapraszanych prelegentów, aby były to osoby posiadające aktualną wiedzę. Na rynku wydawniczym są publikacje np. publikacja pt. „Szczepienia ochronne w pytaniach i odpowiedziach” pod redakcją prof. dr hab. med. Jacka Wysockiego, który jest członkiem Grupy Doradczej ds. Szczepień Ochronnych Europy Środkowej (CEVAG), a także członkiem Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia RP. W tym roku ukazało się najnowsze VI uzupełnione wydanie tej publikacji, która uzyskała rekomendację Pani prof. dr hab. med. Teresy Jackowskiej-konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii.

Jest to najnowsze kompendium wiedzy nie tylko dla lekarzy pediatrów, ale również dla każdej pielęgniarki i położnej pracującej w gabinecie szczepień, zajmującej się profilaktyką pediatryczną, gdyż zawiera uporządkowane chronologicznie treści dotyczące poszczególnych rodzajów szczepień oraz w części ogólnej zawiera zasady szczepień, wyposażenie gabinetu szczepień, niepożądane odczyny poszczepienne, sytuacje w których pielęgniarka nie powinna zaszczepić dziecka, przepisy prawne w przypadku odmowy szczepień itp. Wartość owej publikacji podnosi formuła - pytań (które mogą zadawać rodzice) i odpowiedzi. Rekomenduję i gorąco polecam powyższą publikację dla pielęgniarek i położnych prowadzących szczepienia ochronne, jak również będących w trakcie specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych, w których zawarte są treści dotyczące szczepień ochronnych.

W załączeniu przesyłam ulotkę informacyjną o publikacji oraz fiszkę zawierającą informację o autorach i spis treści.

Z poważaniem

*Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek*  
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego

## Informacja Rzecznika Praw Dziecka

### Jak wyeliminować wszawicę ze szkół

- Temat wszawicy systematycznie pojawia się na początku roku szkolnego, gdy dzieci wracają z kolonii i obozów, a następnie późną jesienią i na początku simy, kiedy zaczynają nosić czapki - przypomina Rzecznik Praw Dziecka i apeluje do dy-

rektorów szkół i przedszkoli m.in. o wypracowanie - z udziałem rodziców - określonych procedur przeglądu czystości skóry głowy, które będą przez wszystkich akceptowane i respektowane.

Wywieszana na drzwiach przedszkola czy szkoły kartka informacyjna z prośbą o sprawdzenie dzieciom głów wywołuje

u rodziców wiele negatywnych reakcji. Niejednokrotnie żądają oni natychmiastowego wykrycia „sprawcy” problemu, pozostawienia go w domu a nawet skierowania wniosku do sądu rodzinnego, jednocześnie nie wyrażając zgody na sprawdzenie czystości głowy własnemu dziecku. Zdarzają się też sytuacje, gdy rodzice w przypadku wykrycia wszawicy

u własnego dziecka nie informują o tym przedszkola czy szkoły, uważając to za wstydlivy problem.

Zdaniem RPD milczenie w takich okolicznościach jest wyborem najgorszym z możliwych. - **Opóźnia właściwą reakcję pracowników przedszkola czy szkoły oraz innych rodziców i naraża pozostałe dzieci** - podkreśla Marek Michałak i zauważa, że dzieci codziennie są powierzane opiece pracowników przedszkola/szkoły, którzy mają zadbać o ich bezpieczne i higieniczne warunki pobytu.

W zgłoszeniach kierowanych do Biura RPD skarżący wskazują na przykłady rodzin, które bagatelizują sytuację i nie przeprowadzają kuracji u wszystkich domowników lub zwlekają z zakupem środków i ich zastosowaniem, co znacz-

nie wydłuża w czasie eliminację wszawicy oraz sprzyja jej rozprzestrzenianiu.

- **Skuteczność wszelkich działań wiąże się z systematycznym i skoordynowanym realizowaniem działań profilaktycznych. Będą one jednak skuteczne, jeśli rodzice będą mieli zaufanie do pielęgniarki/higienistki szkolnej, nauczycieli, a współpraca z nimi będzie układała się właściwie. Tylko wtedy wszawica - jeśli w ogóle się pojawi - zostanie wyeliminowana w możliwie najkrótszym czasie** - ocenia RPD i przypomina, że zgoda rodziców na objęcie dziecka opieką (w tym również opieką zdrowotną przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w placówce/szkole/przedszkolu) jest równoznaczna z wyrażeniem zgody na dokonanie - w uzasadnionym przypadku

- przeglądu czystości skóry głowy dziecka (w warunkach, które zagwarantują dziecku intymność, a wykonywane czynności odbędą się z poszanowaniem jego godności osobistej).

W przypadku zaplanowania kontroli, rodzice powinni zostać powiadomieni o jej terminie, a po jej przeprowadzeniu - o wyniku (o skali zjawiska w danej grupie, bez wskazywania konkretnych dzieci, których problem dotyczy). To na pielęgniarkę/higienistkę szkolnej spoczywa obowiązek bezpośredniego kontaktu z rodzicami dziecka, poinformowanie ich o sprawie, ewentualnie poinstruowanie o sposobie działania oraz monitorowanie sytuacji.

Zródło: <http://brpd.gov.pl/aktialnosc-wystapienia-generalne/jak-wyeliminowac-wszawice-ze-szkol>

## PRACA ZA GRANICĄ

### Blaski i cienie pielęgniarskiej emigracji

**Jakie są blaski i cienie pracy za granicą? Co powoduje, że pielęgniarki wyjeżdżają? Czy udaje się tym, które wyjechały osiągnąć zamierzone cele, odnaleźć zawodowe spełnienie i osobiste szczęście?**

Gdy przeglądam Internet, rozmawiam ze znajomymi z Polski o pracy pielęgniarek za granicą, zawsze pojawia się temat wysokich zarobków, później długo, długo nic, następnie wzmianki o lepszych warunkach pracy, lepszym, łatwiejszym życiu, większym szacunku dla zawodu, większych możliwościach rozwoju, wyborze pracy. Które z tych opinii są mitem, a które faktem?

#### Decyzja

Polskie pielęgniarki są doceniane za granicą, bo są świetnie przygotowane do zawodu i doskonale wykształcone w różnych dziedzinach - przekonywała w Czwórcę dr Zofia Sienkiewicz z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Pielęgniarki-wyjezdżaja-sa-cenione-za-granica,171596,1.html>

Wystarczy przejrzeć strony internetowe dla pielęgniarek, aby poznać skalę za-

interesowania polskimi pielęgniarkami na zachodzie. Dla ścisłości-zainteresowanie szpitali w krajach takich, jak Wielka Brytania, Niemcy, Norwegia czy Szwajcaria nie jest zainteresowaniem konkretnie polskimi pielęgniarkami, ale raczej pielęgniarkami w ogóle, gdyż braki w personelu są tak dotkliwe, że jesteśmy tam potrzebne „na wczoraj”. Wokół pielęgniarskich wyjazdów na zachód narosło wiele mitów, z jednej strony o naszym świetnym wykształceniu i doświadczeniu, z drugiej o tak wysokich zarobkach, że warto rzucić wszystko i spróbować sił i szczęścia gdzie indziej.

Część białego personelu wyjeżdża do pracy za granicę, bo kuszą ich znacznie wyższe zarobki. W zeszłym roku 45 lekarzy zgłosiło się do Lubelskiej Izby Lekarskiej po zaświadczenia, które potwierdzają ich kwalifikacje zawodowe za granicą. Z kolei pielęgniarek zgłosiło się ponad 60. - To są niepełne dane, bo wiele z nich wyjeżdża bez tego potwierdzenia. Później zagraniczne związki piszą do nas, by dopytać o kwalifikacje lubelskich pielęgniarek i położnych - wyjaśnia Andrzej Tytuła, przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

<http://plus.kurierlubelski.pl/wiadomosci/a/pielęgniarki-i-lekarze-uciekaja-za-granice,11696744>

Polsce początkująca pielęgniarka może liczyć na podstawową pensję w wysokości 1,6-2,5 tys. zł brutto. Jakież warunki proponuje się na start za granicą? Np. w Norwegii stawka podstawowa to 192-220 NOK (korona norweska) za godzinę (w zależności od doświadczenia). Do tego dodatki za pracę wieczorem, w nocy i weekendy, trening językowy (przed wyjazdem i na miejscu). Zagwarantowany jest także transport i zakwaterowanie. Western Sussex Hospitals NHS Foundation Trust z Wielkiej Brytanii (zespół publicznych szpitali, zatrudnia 6 tys. osób) oferuje z kolei pielęgniarkom pensję 21,388-27,9 tys. funtów brytyjskich rocznie, wyższe o 30 proc. wynagrodzenie w soboty oraz za nocne zmiany, a za niedzielę i święta - o 60 proc. Gwarantowane są również bony na opiekę nad dziećmi, elastyczne godziny pracy dla rodziców, 27 dni płatnego urlopu i miesiąc darmowego zakwaterowania.

<http://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/1,35612,16675377,> *Pielęgniarki*

*uciekają za granicę. A tam ich pensja.*  
<http://www.pielęgniarki.info.pl/article/view/id/4194>

Wyjeżdżają także pielęgniarki doświadczone. Pracowałam na kontrakcie po 300 godzin - przyznaje pani Ewa (imię zmienione), która przepracowała w gdańskim szpitalu ponad 10 lat. - To nie było tak, że ktoś mnie do tego zmuszał. Sama się na to godziłam, bo chciałam zarobić jak najwięcej. Za gołą pensję nie byłam w stanie utrzymać rodziny. Zmęczenie dawało mi się coraz bardziej we znaki. W końcu zrozumiałam, że tak dalej nie można. Że jestem tak przemęczona, że to groźne zarówno dla mnie, jak i dla pacjentów. Żeby się zorientować w sytuacji, skontaktowałam się z jedną firmą, które organizują wyjazdy za granicę. Dostałam bardzo atrakcyjną ofertę - na start ponad 4 tys. zł i mieszkanie. Od kilku miesięcy pracuję w Norwegii,

[http://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/1,35612,166753\\_77\\_Pielęgniarki\\_uciekają\\_za\\_granicę\\_A\\_tam\\_ich\\_pensja.html?disableRedirects=true](http://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/1,35612,166753_77_Pielęgniarki_uciekają_za_granicę_A_tam_ich_pensja.html?disableRedirects=true)

Niskie pensje, trudne warunki pracy i coraz większa luka pokoleniowa - to najważniejsze problemy polskiego pielęgniarstwa.

<http://radio.opole.pl/100,197199,w-kraju-oczekiwane-ale-wyjeżdżają-za-granicę-dzi>

### **Kasa?**

Zarobki, według polskich mediów, są jedną z istotniejszych przyczyn podejmowania decyzji o wyjeździe do pracy za granicę, czy tak samo postrzegają to pielęgniarki, które wyjechały? Pielęgniarki, te pracujące za granicą, z którymi udało mi się porozmawiać na temat plusów i minusów pracy, rzadko wymieniają zarobki na pierwszym miejscu. Najpierw pojawiają się lepsze warunki pracy, większy szacunek do osób wykonujących zawód pielęgniarki, większa samodzielność i możliwości rozwoju zawodowego. Kilka osób podkreślało, że są bardziej niezależne dzięki zarobkom. Stacje na realizację pasji i marzeń, np. podróżowanie, naukę języków, czy na samodzielne życie bez wsparcia rodziny. Oczywiście zarobki są tu ważne, natomiast nie są celem samym w sobie. Jak zarobki wyglądają w rzeczywistości? W praktyce, przeliczając proponowane stawki w nowej pracy, należy wziąć pod uwagę odliczenia

takie, jak podatki i ubezpieczenia, opłaty za mieszkanie, koszty życia w danym miejscu (np. Szwajcaria proponuje bardzo wysokie stawki, ale też jest najdroższym krajem w Europie), koszty, którymi jesteśmy obciążeni w Polsce, koszty podróżowania do Polski (wiele osób pracujących za granicą żyje jednocześnie tu i tam). Gdy uczciwie podliczymy wszystko, okaże się, że na starcie pielęgniarka, która dopiero zacznie pracę poza granicami kraju nie odczuje od razu wzrostu wynagrodzenia. Zmienia się to z upływem czasu, np. w Wielkiej Brytanii osoby pracujące w państwowej ochronie zdrowia mają zagwarantowany wzrost wynagrodzenia co roku. W wielu krajach zarobki są ujawnione już w ogłoszeniu o pracę, dzięki temu na rozmowie o pracę nie pada magiczne pytanie, znane nam z Polski: „Ile chce Pani/Pan zarabiać”, ale aplikując na dane stanowisko, od razu wiemy, jakiego wynagrodzenia możemy się spodziewać. Moje rozmówczynie podkreślały jeszcze jedną, ważną sprawę, o której media nie piszą. Wiele polskich pielęgniarek wyjechało na zachód w 2004 i kilku kolejnych latach (czyli zaraz po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej), część z nich to pielęgniarki wykształcone w poprzednim systemie, pochodzące z miejscowości, gdzie jedno liceum medyczne wypuszczało na rynek pracy sto lub więcej świeżo upieczonych pielęgniarek każdego roku. W miastach, z których pochodzą, w tamtym « okresie nie było możliwości podjęcia pracy, więc do emigracji zostały niejako zmuszone przez sytuację. Jedną z pielęgniarek, pochodząca z północno-wschodniej Polski, była jedyną żywicielką rodziny, bo w jej okolicy nie było pracy również w innych sektorach. Możliwość wyjazdu była jak gwiazdka z nieba. Po latach ciężkiej pracy, nauki języka, zaczynaniu od zera w domu opieki dzisiaj pracuje w wymarzonej specjalizacji, w jednym z większych londyńskich szpitali.

„Miłe Koleżanki i Koledzy, wyjeżdżajcie z Polski i to jak najszybciej, tyle możliwości pracy za granicą dla PIELĘGNIAREK JAK W ŻADNYM INNYM ZAWODZIE! Najważniejsza jest nauka języka a to żaden problem I Nawet wiek nie jest ograniczeniem ! Mam 56 lat i mam zamiar wyjechać, może ktoś dołączy ? I Bardzo żałuję, że pracowałam tak długo i ciężko

w Polsce, kilka prac i nic z tego nie mam a najgorsze, że w Polsce dyskryminacja ze względu na wiek ZA GRANICĄ NIE!

<http://www.pielęgniarki.info.pl/article/view/id/4194>

Pracuję w Anglii trzy lata i poza dobrymi zarobkami nic innego co by było warte przyjazdu tutaj nie widzę. Pracuję w domu opieki i od razu powiem, że jak ktoś pracował cały czas w szpitalu, to nagły przeskok do prywatnego domu opieki to bardzo duża zmiana. Według mnie praca jest beznadziejna. Obecnie jestem w ciąży i wracam na stałe do Polski za dwa miesiące, może kiedyś wrócę ale na dużo krócej i do szpitala, a tutaj pracę w szpitalu coraz trudniej dostać, bo rząd zrobił cięcia w NHS. Osobiście to wolałabym pojechać do Niemiec bo i bliżej i kraj do nas bardziej bliższy kulturowo. Tym co jadą do Anglii życzę powodzenia, ale nie dajcie się złapać na dużo obietnic, oni tak naprawdę to potrzebują polskich pielęgniarek do obstawienia nocy w domach opieki, a na nocach zwykle pielęgniarka jest sama. Cokolwiek się dzieje to wszystko jest na jej głowie. Znajomość angielskiego jest obowiązkowa. Angielskie pielęgniarki rzadko pracują na noce, dlatego jest tyle ofert dla nas. Ale jak ktoś chce spróbować, nie ma sprawy, jechać i walczyć o swoje!!

<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Pielęgniarki-nadal-wyjeżdżają-za-granicę,121265,14.html>

### **Możliwości pracy**

Przy tak ogromnych brakach kadrowych, z jakimi boryka się np. Wielka Brytania, otwierają się niezliczone możliwości wyboru miejsca pracy. Obecnie na stronie NHS (National Health Service, państwowa ochrona zdrowia na Wyspach) widnieje około 3000 ogłoszeń dla pielęgniarek, podobnie liczne są ogłoszenia w sektorze prywatnym.

Co jest ważne dla przyszłego pracodawcy i co może zdecydować o sukcesie? Przede wszystkim znajomość języka kraju, w którym chcemy pracować. I tak dla osób chcących podjąć pracę w Wielkiej Brytanii ważne będzie to, że brytyjskie izby pielęgniarskie zmieniły zasady przyznawania prawa wykonywania zawodu i od 2016 roku kandydaci do pracy muszą zdać egzamin językowy IELTS (International English Language Testing System)

na poziomie 7, w dziewięciostopniowej skali. Wcześniej możliwości porozumiewania się były weryfikowane przez pracodawcę. Znajomość języka przestaje obecnie być problemem, ponieważ wielu pracodawców oferuje pielęgniarcom kursy językowe i zatrudnienie w zależności od poziomu języka - najpierw w ośrodkach dla osób starszych czy przewlekle chorych, gdzie jest mniejsza intensywność pracy i - c6 za tym idzie - znajomość języka na poziomie średnim będzie wystarczająca. Często pierwsza praca jeszcze w trakcie nauki języka będzie pracą na stanowisku opiekuna, a nie pielęgniarki - tak jest np. w Norwegii, Wielkiej Brytanii czy Niemczech. Jednak dla osób, które mają w planach dłuższy pobyt za granicą, nie jest to przeszkodą, a może być dobrą drogą do osiągnięcia celu. Pozwala na stopniowe oswojenie się z żywym językiem, poznawanie miejsca pracy, kraju, ludzi, zwyczajów, kultury. To, jak potoczy się kariera zawodowa w innym kraju, zależy już od każdej pielęgniarki/pielęgniacza, czy postawi na rozwój i zmiany, czy utknie w pierwszej pracy, np. domu opieki, w którym praca rzadko daje satysfakcję (zależnie od miejsca oczywiście, jednak większość domów opieki cierpi na braki kadrowe, a więc obciążenie pracą, stres są bardzo duże, a satysfakcja z wykonywanej pracy raczej mała).

### Kwalifikacje

Od czasu przystąpienia Polski do Unii kwalifikacje w naszym kraju są takie same, jak w pozostałych krajach członkowskich. Są łatwe do zweryfikowania przez izby pielęgniarstka, a ich uznanie to zwykle kwestia czasu. I tu jest kolejna pułapka dla osób z wysokimi kwalifikacjami z Polski. Obecnie coraz więcej pielęgniarzek w Polsce ma wykształcenie, magisterskie, specjalizację, niezliczone kursy kwalifikacyjne, udział w konferencjach itp. Niestety, wiele osób nie może znaleźć pracy zgodnej z oczekiwaniami (często po latach inwestowania w wykształcenie pracujemy na tym samym stanowisku i nie wykorzystujemy wiedzy, którą posiadamy). W takim momencie pojawia się pomysł, że może by tak zmienić coś w życiu i spróbować pracy poza Polską. Pułapka polega na tym, że to nasze specjalistyczne wykształcenie nie jest rozpoznawalne za granicą, jak również na

tym, że np. w Wielkiej Brytanii do bycia specjalistą dochodzi się powoli, pokonując wyznaczone tutaj szczeble kształcenia i doświadczenia. Zagraniczni pracodawcy chętnie zatrudniają pielęgniarki, ale zwykle na początek na stanowisku niższym niż zgodne z kwalifikacjami i doświadczeniami z Polski. Warto przemyśleć każdą potencjalną ofertę w kontekście znajomości języka (w naszym zawodzie komunikacja to jednak podstawa), różnic w organizacji pracy, w tym m.in. konieczność posiadania kursów do wykonywania czynności, które w Polsce wykonuje się zaraz po ukończeniu szkoły, jak pobieranie krwi (po rozpoczęciu pracy, przed uzyskaniem uprawnień często byłam świadkiem nieudolnych prób pobrania krwi czy założenia wenflonu przez „uprawnioną” osobę i niestety nie mogłam zrobić nic poza patrzeniem na niepotrzebne cierpienie pacjenta), podłączanie kroplówek, obsługa pomp do infuzji i leczenia przeciwbólowego, nieznajomość prawa. Być może warto cofnąć się o krok wstecz, by po jakimś czasie awansować na wyższe szczebelki zawodowej kariery. Z mojego doświadczenia w Wielkiej Brytanii wynika, że już po kilku miesiącach pracy, gdy damy się poznać z naszej najlepszej strony, pracodawca zaczyna rozszerzać nasze uprawnienia, jesteśmy doceniani i możemy śmiało się rozwijać zawodowo w wybranej dziedzinie. Tu oczywiście wiele zależy od nas samych, czego oczekujemy zawodowo, czy jesteśmy gotowi na kolejne zmiany. Podsumowując, raczej nie słyszałam o tym, aby polskie pielęgniarki miały możliwość rozpoczęcia pracy od razu na stanowisku równorzędnym z pełnymi uprawnieniami, czy wyższym niż posiadane w Polsce, tak więc wyjazd początkowo jest krokiem wstecz. Plusem tej sytuacji jest to, że jeśli dobrze znamy język i naprawdę chcemy się rozwijać, a także damy się poznać z dobrej strony, to droga do rozwoju stoi bardzo szerokim otworem.

### Co kraj, to obyczaj

Jak powiedziała jedna z moich rozmówczyń, pielęgniarka pracująca w domu opieki w Wielkiej Brytanii, nieznajomość kultury i obyczajów kraju, do którego przyjechaliśmy, jest utrudnieniem w znalezieniu i określeniu swojego miejsca. Co nas może zaskoczyć na miejscu? W wie-

lu krajach, do których wyjeżdżają polskie pielęgniarki, panuje duża różnorodność kulturowa nieznana nam z Polski i to zarówno w zespole, w którym będziemy pracować, jak i wśród pacjentów. Od początku pracy trzeba uważnie obserwować, jak zachowują się inni pracownicy, żeby nie popełnić drobnego, a potencjalnie groźnego w konsekwencjach błędu. Warto czytać szpitalne procedury, jak postępować z pacjentami z innych kręgów kulturowych, różnice mogą być znaczne. Trzeba również uważać, jak wypowiadamy słowa w jakim kontekście ich używamy. Żywy język różni się znacznie od języka wyuczonego na kursach językowych. Każdy z nas ma na początku różne wpadki językowe, wiele osób mimo wcześniejszej nauki jednak nie zna wystarczająco języka. Np. jedna z moich koleżanek - Hiszpanka, chciała uciszyć pacjenta Anglika, który zawsze w nocy mówił sam do siebie, szeleścił torbami, generalnie robił dużo hałasu. Około godz. 2 nad ranem zwróciła mu uwagę w tłumaczeniu dosłownym „zamknij się”. Sprawa otarła się o oddziałową (na szczęście tylko). Inna zwróciła się do pacjenta płci męskiej, posiadającego wiele gadżetów ułatwiających życie chorego unieruchomionego z podziwem „jesteś dobrze wyposażony” - ten pacjent nie złożył skargi co prawda, ale dopóki przebywał na oddziale, pielęgniarka ta prosiła, aby nie musiała się nim zajmować. O pielęgniarstwie wielokulturowym można napisać bardzo wiele, w tym miejscu chciałam tylko zasygnalizować, że jest to jedno z wyzwań czekających nas za granicą.

### Ciemna strona emigracji

Czy każdy, kto wyjechał, odnosi sukces? I co ma największy wpływ na odniesienie sukcesu lub porażki? Nawet nie wiemy dokładnie, ilu lekarzy i stomatologów wyjechało. Z informacji Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że odkąd jesteśmy w UE, wyjechało z Polski ok. 10,5 tys. lekarzy i ponad 2 tys. stomatologów oraz przeszło 17 tys. pielęgniarzek. W 2015 r. ponad 2100 osób z Polski wnioskowało w Niemczech o uznanie kwalifikacji medycznych. Zasada swobodnego przepływu ludzi na terenie Unii sprawia, że polscy lekarze nadal będą wyjeżdżać i nie powstrzyma tego przepis ministra Gowi-

na, żaden obowiązkowy zwrot kosztów wykształcenia.

<http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kraj/1696692,1, kto-n-as-wyleczy, read>

Najwięcej (niestety) zależy od szczęścia, czy trafimy do miejsca, w którym przełożeni i współpracownicy sprzyjają nowym, przybyłym z innych krajów osobom, czy pozostawiają ich samym sobie z licznymi problemami zarówno zawodowymi, jak i życiowymi. I znowu na przykładzie moich doświadczeń (sposprzeżenia każdej pielęgniarki, nawet jeśli wyemigrowała do tego samego kraju, mogą być znacząco różne) każdy pracodawca zapewnia podstawowe szkolenia przed przystąpieniem do pracy. W ramach tych szkoleń zostaje nam przybliżona specyfika miejsca, procedury, wymagania pracodawcy. Zaraz później trafia się na właściwy oddział, gdzie wpada się w wir pracy. Najpierw co prawda jako dodatkowa osoba, która dostaje trochę czasu na zapoznanie się z rutynowymi czynnościami, ale często jest to okres zbyt krótki, żeby ogarnąć całość. Tu ważne będzie, jak przyjmie nas zespół. Gdy trafiłam do swojej pierwszej pracy w Belfaście, dwie pielęgniarki zgłosiły do oddziałowej, że nie chcą ze mną pracować. Powodem, rzekomo, było to, że nie rozumiały mojego angielskiego (wyuczonego w polskiej szkole językowej przez trzy lata przed przyjazdem). Na początku każdej pracy jest się uważnie obserwowanym, każde działanie jest komentowane i oceniane. Twój profesjonalizm zostaje wystawiony na ciężką próbę. Również w Belfaście pierwszego dnia poproszono mnie o zbadanie poziomu cukru u pacjenta. Gdy wzięłam glukometr, usłyszałam, jak jedna z pielęgniarek zapytała za moimi plecami „Myślicie, że ona wie, jak to zrobić?”, inna odpowiedziała „Przecież jest dyplomowaną pielęgniarką”. Takie sytuacje powodują poczucie niższej wartości i nie sprzyjają odnalezieniu się w pracy. A w nowym miejscu warto dać się poznać z dobrej strony, zmobilizować siły, wkuwać nowe słowa, rozpoznania, procedury medyczne. Jeśli naprawdę stawiamy na emigrację, prędzej czy później znajdziemy w świecie swoje miejsce.

### Refleksja na koniec

Ważna rzecz, o której właściwie się nie mówi w kontekście pracy za granicą (przycmiona przez te gigantyczne za-

robki), to fakt, że wraz z wyjazdem z Polski zaczynamy nie tylko pracę, ale i życie w nowym, całkiem innym miejscu. Od tej pory nie będzie wokół nas bliskich i przyjaciół, nie wyskoczymy w wolny dzień spontanicznie na kawę czy piwo ze znajomymi, bo oni zostali w kraju. Nie przejdziemy się ulubioną ulicą i nie zrobimy zakupów w ulubionym lub zniechęcającym sklepie na najbliższej ulicy, bo ta ulica znajduje się obecnie ponad tysiąc kilometrów stąd. Od tej pory będziemy żyć pomiędzy pracą a telefonami, czy skypem z rodziną i bliskimi. Pomału zaczynamy poznawać nowe miejsce i ludzi, większość z nich to znajomi z pracy, a więc nawet jak spotykamy się po pracy, to rozmowy prędzej czy później wkroczą na tematy „pracowe”.

Tymczasem życie w Polsce toczy się dalej. Dzieją się jakieś rzeczy w rodzinie, które nas omijają. Ktoś bliski nagle ląduje w szpitalu, ale zanim zdążysz przylecieć, to sytuacja jest opanowana lub jest za późno, w najważniejszym momencie ciebie nie było. Bo nawet jak mieszkasz całkiem blisko, jakieś 500 km od domu, to potrzebujesz kilku, kilkunastu godzin, żeby zorganizować przyjazd. Masz kontakt ze znajomymi, ale pomału zauważasz, że dzieli was coraz więcej. Bo kto zrozumie emigranta, jeśli sam nim nie był? Wszyscy pytają, co u Ciebie, podczas gdy ty jesteś spragniony każdej nowej wiadomości ze starego kraju. Pomału stajesz się patriotą, chyba każda ze znanych mi osób z Polski ma w swoim zagranicznym mieszkaniu zdjęcia, pocztówki, obrazki z ulubionych miejsc w Polsce. Szukasz kontaktu z Polakami, ale okazuje się, że wszyscy tu są z innych bajek i nie masz o czym z nimi rozmawiać. Gubisz się w tym emigranckim życiu, bo tak naprawdę nie żyjesz ani tu, ani tam.

Tymczasem pracodawca nie do końca rozumie twoje potrzeby, że pięć wolnych dni pod rząd w grafiku są ci potrzebne, bo musisz czasem pojechać do domu bez urlopu, na kilka chwil, spotkać się z bliskimi, pooddychać polskim powietrzem, pobyć u siebie. Badania przeprowadzone w szpitalach zatrudniających obcokrajowców wskazują, że borykają się oni z problemami, o których przeciętny tubylec nie ma pojęcia. W języku angielskim jest takie pojęcie „home sick” - oznacza tęsknotę za domem, bycie chorym z tej

tęsknoty. Osoby doświadczające „home Sick” nie są w stanie normalnie pracować, jest to duży kryzys w życiu, zbliżony do depresji, na którą często jedynym lekarstwem jest powrót do domu, a co za tym idzie - rezygnacja z marzeń, porzucenie nadziei na lepsze życie, wystawienie się na komentarze i drwiny znajomych, że ci się nie udało. Badacze doradzają pracodawcom, jak wspierać taką osobę, ale niestety w rzeczywistości nie ma to miejsca. Co się dzieje z taką pozostawioną samej sobie osobą? Znowu wiele zależy od szczęścia, zbiegów okoliczności, dobrych znajomych, którzy podadzą rękę. Osoby borykające się na co dzień z problemem samotności, wyobcowania, problemami w pracy, ogromną zmianą w życiu sięgają po alkohol, a nawet silniejsze środki. Rzadko mówi się o tym w aspekcie emigracji. Każdy człowiek jest inny, jeden poradzi sobie z problemami lepiej, ktoś inny nie poradzi sobie w ogóle.

Za każdym razem, gdy przechodzę przez centrum miasta, w którym mieszkam, widzę grupkę polskich bezdomnych żebrzących na piwo. Wcześniej, gdy mieszkalam w Irlandii, słyszałam o osobach, które popełniły samobójstwo, bo życie z dala od kraju i bliskich było zbyt trudne do udźwignięcia. Oczywiście to tylko mały, mam nadzieję, procent emigrantów, niestety nie mogłam w Internecie znaleźć danych o przypadkach bezdomności, samobójstwach czy uzależnieniach. Większość znanych mi osób radzi sobie całkiem niezle i układa życie na emigracji, część wraca z różnych powodów do Polski. Każdy podejmuje decyzję o wyjeździe samodzielnie i każdy samodzielnie musi stawić czoła temu, co go tu spotka.

### Mój własny bilans zysków i strat?

Wielka Brytania, w której pracuję, nie stała się moim drugim domem, a raczej miejscem pracy. Do Polski wracam tak często, jak to tylko możliwe, a że trafiłam na oddziałową, która spełnia moje i innych emigrantów prośby grafikowe o kilka dni wolnych z rzędu, zwykle pracuję 3-4 tygodnie, jeden tydzień spędzam w domu, do tego dochodzi około siedmiu tygodni urlopu - dobrze zaplanowany to co kwartał trzy tygodnie w Polsce.

Jak mówią moi znajomi z pracy, jestem na jednym, długim urlopie. Zawodowo nauczyłam się całkiem innego niż w Polsce podejścia do pielęgniarstwa, pacjenta, życiowo ogromnej pokory i szacunku do życia i tego, co nas spotyka. Samodzielność zawodowa, o której mówimy w Polsce, tutaj jest faktem. Na oddziałach nie ma lekarzy, na cały szpital (w zależności od wielkości) przypada jeden, dwóch młodych lekarzy, którzy przyjdą na konkretne wezwanie. Czasem na lekarza czekamy kilka godzin, podobnie na przepisa-

nie leków. Na szczęście jest tu sprawnie zorganizowany system wezwań, tzw. emergency, w sytuacji zagrożenia życia. Liczne szkolenia, czasem zbyt liczne, nie pozwalają popaść w zawodową rutynę. Uaktualnianie prawa wykonywania zawodu wymaga zresztą udowodnienia przepracowanych godzin, jak również ukończonych szkoleń. Zawodowo na pewno, nie mogę narzekać, „Życiowo natomiast ciągnie mnie do Polski, jak przysłowiowego wilka do lasu. Jakże mam plany na przyszłość/ i co zrobię dalej? Na

razie tego nie wiem, jak większość emigrantów jestem otwarta na wszelkie życiowe wyzwania, jakie się pojawią na mojej drodze, a mam nadzieję, że pojawią się nie tylko tutaj, ale i w Polsce. Co mówią moi bliscy? Że blask jest sztuczny, a tylko cienie prawdziwe...

*Dziękuję pielęgniarce, które pomogły mi w napisaniu tego artykułu, Agnieszce, Dorocie i Kasi.*

*Przedruk z Magazynu Piel. i Poł. 9/2017*

# Rola pielęgniarki w edukacji dziecka chorego na cukrzycę typu I oraz jego rodziny

## Definicja choroby przewlekłej:

Chorobę przewlekłą dziecka określić można jako długotrwałe zaburzenie stanu jego zdrowia oraz dobrego samopoczucia, które zaburza jego rozwój psychoruchowy, zmienia sytuację rodzinną oraz utrudnia, bądź uniemożliwia proces edukacji [Maciarz A., 2006, s. 9]. Choroba przewlekła to przykre zjawisko w życiu i rozwoju każdego dziecka. Komisja Chorób działająca przy Światowej Organizacji Zdrowia określa chorobę przewlekłą jako trwałe zaburzenie, bądź odchylenie od normy, spowodowane nieodwracalną zmianą patologiczną, która często prowadzi do kalectwa, wymaga specjalnego postępowania terapeutycznego, rehabilitacyjnego oraz długofalowej obserwacji, nadzoru i opieki. Choroby przewlekłe prowadzą do zaburzenia rozwoju psychosomatycznego dziecka oraz zmian patologicznych w obrębie wielu narządów. Do psychologicznych następstw choroby przewlekłej u dziecka można zaliczyć, między innymi: brak poczucia bezpieczeństwa, smutek, poczucie braku wpływu na zdarzenia. Chore dziecko często cierpi na zaburzoną samoocenę, brak poczucia własnej wartości oraz problemy w relacjach z rówieśnikami. Ze względu na terapię oraz proces rehabilitacji, pojawiają się kłopoty w szkole polegające na większym odsetku absencji i rosnącymi zaległościami. W takiej sytuacji bardzo istotnym jest, by rodzice lub opiekuno-

wie dziecka współpracowali z kadrą pedagogiczną, odpowiednio przygotowaną do pracy z dzieckiem przewlekle chorym [Łukasik R., Pollok-Wasmańska W., Woś H., 2013, s. 524].

## Postawa rodziny wobec przewlekłej choroby dziecka

Brak efektywnych metod leczenia chorób przewlekłych u dzieci zmusza ich rodziny do nauczenia się życia z chorobą i reorganizacji funkcjonowania rodziny. Dziecko przewlekle chore potrzebuje więcej uwagi i poświęcanego mu czasu. Funkcja usługowo opiekuńcza nabiera szczególnego znaczenia [Kędzióra S., 2007, s. 59].

Rodzice małego diabetyka muszą radzić sobie z trudnymi emocjami, takimi jak np.: poczuciem winy, lękiem przed odpowiedzialnością za stan zdrowia dziecka oraz przed konsekwencjami choroby (powikłania). Często pojawia się złość na dziecko i jego chorobę, z powodu dyskomfortu, stresu i pewnych komplikacji, z jakimi muszą się mierzyć. Zdarza się, że jest ona wymierzona wobec samego siebie, co prowadzi do pojawienia się poczucia winy i nadopiekuńczości wobec dziecka [Szewczyk A., 2013, s. 30].

Przystosowanie rodziny do choroby przewlekłej dziecka, wg W. Pileckiej, zachodzi w kilku etapach: paniki, szoku, żalu i rozpacz, zaprzeczania, oplakiwania utraty zdrowia dziecka oraz aktywne-

go działania i akceptacji. Dobrze zorganizowane, zintegrowane rodziny potrafią przystosować się do nowych, trudnych sytuacji, a ich życie pod wpływem choroby ulega mniejszym zakłóceniom. W rodzinach źle zintegrowanych natomiast, choroba przewlekła przekracza ich możliwości adaptacyjne.

McCubbin i Peterson natomiast stwierdzają, że proces radzenia sobie z chorobą dziecka może być bardziej lub mniej funkcjonalny. Funkcjonalne radzenie sobie polega na: współpracy i dobrej komunikacji z zespołem terapeutycznym, udzielaniu wsparcia, dbaniu o podtrzymanie wysokiej samooceny dziecka oraz podtrzymaniu więzi rodzinnych. Do dysfunkcyjnych sposobów radzenia sobie z chorobą przewlekłą dziecka zalicza się: nadopiekuńczość, odrzucenie dziecka oraz brak współpracy między rodzicami.

McCubbin spostrzegł także ciekawe różnice w mechanizmach radzenia sobie ojców i matek chorych dzieci. Matki koncentrują się na interpersonalnym wymiarze życia rodziny (czyli jej spójności i możliwości uzewnętrzniania uczuć przez jej członków). Ojcowie chorych dzieci natomiast starają się zaniechać ekspresję złości oraz agresywnych zachowań, minimalizują powstające konflikty oraz podtrzymują dawną organizację rodziny poprzez respektowanie sztywnych reguł i zasad postępowania [Kędzióra S., 2007, s. 58].

## **Edukacja terapeutyczna – znaczenie edukacji i jej etapy**

Edukacja terapeutyczna to wszystkie działania, które kształtują zachowania zdrowotne. Zdrowy styl życia ma decydujący wpływ na umacnianie zdrowia jednostki, jak również wpływa na poprawę zdrowia całej populacji. Edukacja zdrowotna, to pedagogiczne oddziaływanie na pacjenta, które ma na celu zmianę zachowań zdrowotnych na bardziej korzystne dla jego zdrowia [Stefanowicz A., 2011, s. 411].

Dziecko chore przewlekle to pacjent szczególnie – okres wszechstronnego rozwoju, w którym się znajduje, bardzo często zostaje zaburzony w wyniku przebiegu choroby. Bardzo istotne jest więc podjęcie działań zmniejszających prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych następstw skorelowanych z daną chorobą przewlekłą. W procesie terapeutycznym wykorzystywanych jest wiele metod i technik wpływających na poprawę standardu ich życia. Szczególnie ważne jest zapewnienie małym pacjentom warunków do samorealizacji, wsparcia psychicznego oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa [Żelakowska M., 2016, s. 224].

Istotą diabetologicznej edukacji terapeutycznej jest przekazywanie, utrwalanie oraz kontrola i ocena przyswojonej wiedzy z wykorzystaniem metod opartych na słowie, obserwacji i działalności praktycznej [Szewczyk A., 2013, s. 252].

Poniżej ukazane są etapy planowania edukacji zdrowotnej, sformułowane przez B. Woynarowską. Aby edukacja terapeutyczna była efektywna, przed jej rozpoczęciem należy dokonać rozpoznania potrzeb pacjenta.

### **Problemy w edukacji dziecka chorego na cukrzycę**

Edukacja diabetologiczna, niezależnie od wieku chorego, powinna obejmować nie tylko pacjenta, ale także jego otoczenie. U dzieci edukacja rodziny, nauczycieli i wychowawców jest elementarną częścią szkolenia, ponieważ młody człowiek większość dnia spędza poza domem. Deficyt wiedzy nauczycieli i wychowawców nadzwyczaj często jest przyczyną wyłączenia pacjenta z życia społecznego i kontaktów z rówieśnikami, co często skutkuje poczuciem niższej wartości oraz frustracją [Otto-Buczowska E., Marciniak – Brzezińska M., 2016, s. 212].

Udział młodego pacjenta w procesie edukacji jest zależny od jego wieku oraz stopnia dojrzałości intelektualnej, fizycznej i emocjonalnej. Warto włączyć dziecko w proces leczenia jego choroby i samoopieki najwcześniej jak to możliwe. Dzieci poniżej 5 roku życia są w stanie rozpoznać u siebie objawy hipoglikemii, co jest trudne dla otoczenia [Otto-Buczowska E., Marciniak – Brzezińska M., 2016, s. 212].

Edukacja terapeutyczna młodzieży stanowi szczególnie trudne wyzwanie. W tym przypadku niezwykle istotne jest ustalenie relacji pomiędzy opiekunami, a dzieckiem. W terapii młodzieży warto użyć metody negocjacji celów, priorytetów i zadań. Pomimo wciąż istotnego udziału rodziców w procesie leczenia, należy mieć na uwadze zapewnienie jak największej samodzielności i nauczenie odpowiedzialności za własny stan zdrowia – absolutnie karygodne jest ubezwłasnowolnienie młodego pacjenta! Szczególnie istotne jest omówienie planów i aspiracji życiowych młodocianego pacjenta, ponieważ musi on znać zagrożenia wynikające ze złego wyrównania cukrzycy, ale także musi mieć wiedzę o tym jak ich uniknąć. Należy upewnić się, że przekazane treści są przez pacjenta rozumiane i akceptowane. Skuteczny proces edukacji nie tylko utwierdza zdobytą wiedzę, lecz musi również być źródłem motywacji i siły dla młodej osoby, aby używała jej w rozwiązywaniu problemów i samokontroli. Wiedza o cukrzycy nie zawsze łączy się z dobrą kontrolą metaboliczną [Stefanowicz A., 2009, s. 345].

Obok materiałów takich jak książki, plansze, broszury, itp. warto korzystać z nowoczesnych pomocy, takich jak programy komputerowe i gry, które mogą okazać się szczególnie atrakcyjne dla dorastającej młodzieży.

Kolejnym bardzo ważnym krokiem ku zwiększeniu efektywności edukacji młodych pacjentów była organizacja obozów edukacyjno-rehabilitacyjnych.

Opieka nad dziećmi chorymi na cukrzycę w Polsce jest bardzo rozwinięta, więc w większości przypadków młodzi diabetycy i ich opiekunowie otrzymują wiedzę umożliwiającą prawidłowe wyrównanie cukrzycy [Otto-Buczowska E., Marciniak – Brzezińska M., 2016, s. 212-218].

Zachęcanie do zmian zachowań jest trudne i powinno być indywidualne w przypadku każdego pacjenta. W procesie edukacji terapeutycznej chorey, który wchodzi w rolę ucznia, nie odgrywa tej samej roli, co w szkole. Od ucznia – pacjenta oczekiwać można, że dzięki edukacji zmieni swoje zachowania i zdobędzie umiejętności pozwalające mu na życie dobrej jakości, pomimo choroby [Szewczyk A., 2013, s. 247].

### **Rola edukacyjna pielęgniarki wobec dziecka z cukrzycą typu I oraz jego rodziny**

Pielęgniarka ma najczęstszy i najbliższy kontakt z pacjentem. Posiada szczególną możliwość podejmowania problemów edukacyjnych. Często jest bezpośrednim źródłem wiedzy dla chorego i jego bliskich. Ocenia wszelkie potrzeby i gotowość chorego do podjęcia edukacji [Stefanowicz A., 2009, s. 347].

Zakres zadań edukacyjnych pielęgniarki jest bardzo obszerny – dotyczą one następujących zagadnień:

- Istoty choroby — pielęgniarka przekazuje informacje dotyczące choroby, wyjaśnia etiologię cukrzycy typu 1, omawia metody leczenia, objawy oraz przewlekłe i ostre powikłania w przebiegu choroby.

- Hipoglikemii — pielęgniarka przekazuje informacje na temat definicji, objawów oraz przyczyn niedocukrzenia; uczy, jak chory i jego rodzina mają radzić sobie w przypadku wystąpienia lekkiej oraz ciężkiej hipoglikemii. Edukuje rodziców obserwacji dziecka pod kątem objawów spadku poziomu glukozy, zaś dziecko — „wyczuwania” pierwszych symptomów hipoglikemii

- Hiperglikemii — pielęgniarka omawia definicję, możliwe przyczyny oraz ostre powikłania hiperglikemii; tłumaczy jak rozpoznać jej objawy, jak korzystać z pasków testowych do moczu i jak zinterpretować wyniki. Podkreśla, że długotrwała, nierozpoznana i nieprawidłowo leczona hiperglikemia może stać się przyczyną bezpośredniego zagrożenia życia, a przedłużający się okres podwyższonego poziomu glukozy może doprowadzić do poważnych powikłań cukrzycy. Dokładnie tłumaczy na czym polegają zjawiska „Symogyl” i „brzasku”.

- Insulinoterapii — pielęgniarka wraz z członkami zespołu terapeutyczne-

go przekazują dzieciom i ich bliskim informacje na temat rodzajów preparatów insulinowych; uczy zasad obsługi glukometru, techniki oznaczania stężenia poziomu glukozy oraz technik podażi zaleconych dawek insuliny. Edukuje chorego i jego rodzinę w zakresie obsługi wstrzykiwaczy i osobistych pomp insulinowych. Pokazuje i omawia miejsca wstrzyknięć. Informuje o czynnikach, które wpływają na szybkość wchłaniania insuliny do komórek ustroju. Kładzie nacisk na to, że nie należy wstrzykiwać preparatów insuliny dokładnie w to samo miejsce. Informuje, nie ma konieczności dezynfekowania miejsc wkłucia, ale muszą być one czyste [Otto-Buczkowska E., Jarosz-Chobot P., Tucholski K., 2008, s. 248].

- Samokontroli — pielęgniarka, sprawująca opiekę nad dzieckiem chorym na cukrzycę typu 1 i jego bliskimi, musi zwrócić uwagę na umiejętności zarówno pacjenta, jak i jego opiekunów dotyczące zdolności obserwacji zmian zachodzących w organizmie chorego. Informuje o sposobach kontrolowania cukrzycy typu 1 w celu uzyskania okołonormoglikemii. Uczy obsługi glukometru, oznaczania ciał ketonowych w moczu, doboru właściwej diety oraz aktywności fizycznej. Zachęca do prowadzenia dzienników samokontroli (wartości poziomu glukozy oraz ciśnienia tętniczego krwi) oraz do właściwej pielęgnacji stóp [Stefanowicz

A., Brandt A., Myśliwiec M., Balcerska A., 2011, s. 415]

- Diety — pielęgniarka dokładnie omawia rolę wszystkich składników odżywczych w diecie (węglowodanów, białek, tłuszczów, witamin i soli mineralnych), podając przykłady poszczególnych dań. Przekazuje pacjentom i ich rodzicom najważniejsze zasady diety cukrzycowej.

- Aktywności fizycznej — pielęgniarka omawia zasady postępowania obowiązujące podejmujących wysiłek fizyczny diabetyków; określa, jaki charakter aktywności jest zalecany oraz obrazuje korelację wysiłku fizycznego ze stężeniem glukozy we krwi. Przestrzega także przed podejmowaniem aktywności fizycznej na czczo, ze względu na możliwość wystąpienia hipoglikemii.

- Późnych powikłań cukrzycy typu 1 — pielęgniarka przekazuje choremu i jego najbliższemu informacje na temat sposobów działania w zapobieganiu rozwojowi przewlekłych powikłań cukrzycy typu 1 oraz postępowania, jeśli te już się pojawiają [Stefanowicz A., 2009, s. 346-349].

*Artykuł jest fragmentem pracy licencjackiej autorstwa lic. piel. Karoliny Bzdek, której promotorem była mgr Wiesława Szarek.*

### Piśmiennictwo:

1. Strojek K.: Diabetologia. Praktyczny poradnik pod redakcją Krzysztofa Stroj-

ka. W: Strojek K.: Etiopatogeneza cukrzycy. Wyd. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2008, s.9

2. Korzeniowska K., Jabdecka A.: Cukrzyca (część I) Wyd. Farmacja Współczesna, Poznań 2008, s. 232-234

3. Noczyńska A.: Endokrynologia i diabetologia wieku rozwojowego. Wyd. MedP-harm Polska, Wrocław 2013, s.92-193, 210

4. Piontek E., Witkowski D.: Cukrzyca u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 10, 12, 22, 25,31,43-44

5. Szewczyk A.: Pielęgniarstwo diabetologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s.9-20

6. Chojnowski P., Wasyluk J., Grabska-Liberek I., Cukrzyca- epidemiologia i patogeneza. Wyd. Borgis Sp. z o.o.; Postępy Nauk Medycznych, Warszawa 2009, s. 420-428

7. Myśliwiec M.: Cukrzyca u dzieci – etiopatogeneza, diagnostyka i terapia. Wyd. Via Medica, Forum Medycyny Rodzinnej, Gdańsk 2007, s. 128

8. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twardus K.: Modele Pielęgowania dziecka przewlekle chorego. Podręcznik dla studentów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 119

9. Korzeniowska K., Jabdecka A.: Cukrzyca (część II) Wyd. Farmacja Współczesna, Poznań 2009, s. 36-37

10. Hay Jr W.W., Levin M.J., Sondheimer J.M., Deterding R.R., pod red. Jackowska T.: Pediatria. Diagnostyka i leczenie. Wyd. CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2011, s. 1009,1011, 1013

## Sytuacje trudne w położu

Opieka oferowana przez położne powinna być holistyczna, jako specjalistki w swojej dziedzinie powinniśmy oferować kompleksową pomoc na wszystkich etapach położu - zajmując się tak ciałem, jak i duchem kobiety.

Dwóch amerykańskich naukowców - Thomas Holmes oraz Richard Rahe, badając zjawisko stresu, stworzyli skalę, na której umieszczono istotne wydarzenia z życia człowieka, przypisując im konkretne wartości. Cięża i powiększenie rodziny w ocenie badaczy otrzymały 40 i 39 punktów (dla porównania - śmierci bliskiego przyjaciela przydzielono 37 punktów). To naukowe potwierdzenie faktu, że okres ten jest czasem ogromnych wyzwań dla psychiki obojga rodziców, ale również,

albo przede wszystkim, dla ciała kobiety. Rola położnej w opiece nad kobietami w położu jest niezwykle istotna, a obszarów opieki jest wiele.

### Przebieg położu

Położ to okres następujący bezpośrednio po ciąży i porodzie, czas w którym zmiany występujące w ciąży cofają się, pozwalając powrócić organizmowi do swojego wcześniejszego stanu. Pierwszy tydzień po porodzie określamy mia-

nem położu wczesnego - jest to czas, w którym opiekę nad kobietą sprawują położne pracujące na oddziałach położniczych. W następującym po nim położu późnym najczęściej opiekę nad położnicą i noworodkiem przejmują położne śródowiskowe (do ukończenia przez dziecko 6. tygodnia życia). Średni pobyt kobiety w szpitalu po porodzie fizjologicznym i niepowikłanym wynosi 48-72 godziny, w przypadku kobiety po porodzie operacyjnym czy z współistniejącymi



chorobami okres ten wydłuża się często do ponad 5 dni. Zwykle jest to wystarczający czas, aby rozpoznać ewentualne problemy i wdrożyć odpowiednie postępowanie - zarówno w przypadku problemów laktacyjnych, opanowaniu bólu czy nieprawidłowości w gojeniu się ran.

Organizm kobiety w okresie ciąży przechodzi rewolucję, ale zmiany pojawiają się stopniowo przez około 40 tygodni, więc matki (zwłaszcza te w pierwszej ciąży) adaptują się do nich spokojnie, dając sobie czas na odpoczynek. W położu wszystkie zmiany cofają się do stanu sprzed ciąży znacznie szybciej, a po wysiłku porodowym trudno o prawdziwą regenerację czy odpoczynek. Noworodek wymaga opieki i zaangażowania matki, a kobiety próbują sprostać tym wymaganiom, często zapominając o sobie.

Rolą położnej jest pomóc położnicy znaleźć złoty środek, wesprzeć w organizacji życia z małym człowiekiem, a czasem przejąć część obowiązków, by pozwolić mamie na chwilę odpoczynku. Taką pomocą może być sprawniejsze przewinięcie dziecka czy umożliwienie kobiecie przespania kilku godzin i przejęcie opieki nad dzieckiem. W Polsce od 1994 roku za sprawą inicjatyw Fundacji Rodzic po Ludzku we wszystkich placówkach, które otrzymały miano „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, wprowadzono system rooming-in. Oznacza to, że od chwili narodzin zdrowy noworodek przebywa w pokoju razem z matką.

### Rola położnej

Praca z kobietą, u której połóg przebiega bez komplikacji, obejmuje:

- ocenę stanu ogólnego i emocjonalnego,
- ocenę stanu położniczego: obkurczanie się macicy, krwawienie/odchody z dróg rodnych oraz gojenie się ewentualnej rany krocza,
- ocenę mechanizmu ssania i przebiegu laktacji,
- edukację z zakresu prawidłowego postępowania w laktacji,
- pomoc w pielęgnacji dziecka,
- wsparcie psychiczne.

W przypadku, gdy kobieta urodziła drogami natury, a obrażenia krocza są niewielkie i położnica jest w dobrym stanie ogólnym, z sytuacjami trudnymi spotykamy się rzadko. Opieka nad pacjentką wy-

gląda jednak inaczej, gdy u położnicy występują choroby współistniejące z ciążą lub przebieg porodu odbiega od fizjologii. Wczesny połóg może przypominać wtedy łańcuch następujących po sobie i związanych ze sobą problemów. Samo cięcie cesarskie sprawia, że zakres opieki położnej nad kobietą znacznie się rozszerza. Koniecznym staje się prowadzenie bilansu płynów, podaż le-

ków przeciwbólowych drogą dożylną, opieka nad noworodkiem, gdy kobieta pozostaje w pozycji leżącej, a potem uruchomienie pacjentki i zmiana opatrunku.

W zapobieganiu powikłaniom połogowym nie bez znaczenia pozostaje postępowanie personelu, przede wszystkim przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki - prawidłowy instruktaż kobiet dotyczący pielęgnacji rany krocza czy rany po cięciu cesarskim, ale również edukacja osób odwiedzających kobiety (zwracanie uwagi na korzystanie z odrębnej toalety dla odwiedzających, reagowanie na siadanie w pościeli pacjentek czy wchodzenie na oddział w okryciach wierzchnich).

Objawy alarmujące, które zgłasza sama pacjentka lub może zauważyć położna:

- gorączka - występuje w przypadkach zakażenia połogowego błony śluzowej macicy, zakażenia rany po nacięciu krocza i cięciu cesarskim, w przebiegu zapalenia piersi,
- nieprawidłowa ilość i zapach odchodów połogowych - z zaznaczeniem, że odchody u pacjentek po cięciu cesarskim mogą być skąpe,
- nierównomierne obrzęki kończyn, ból podudzia - mogące wskazywać na chorobę zakrzepowo-zatorową,
- wysokie wartości ciśnienia powyżej 140/90, ból w nadbrzuszu, zaburzenia widzenia, mogące sugerować stan przedrzucawkowy,
- ból głowy, silny, niedający się opanować lekami OTC - zwłaszcza u pacjentek po porodach w znieczuleniu zewnątrzoponowym, sugerujący wystąpienie zespołu popunkcyjnego,
- nietypowe zachowania, obojętność w stosunku do dziecka, niechęć do dzie-



Na zdjęciu autorki: (od lewej) położna Marta Boguta oraz Barbara Andrzejczuk, kierownik Oddziału Położniczo-Norodkowego w warszawskim Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii.

cka - mogące wskazywać na groźną psychozę porodową lub początek depresji poporodowej (do różnicowania z baby blues),

- omdlenia, mogące wskazywać na znaczne obniżenie wartości hemoglobiny we krwi w wyniku zwiększonej utraty krwi w przebiegu porodu,

- ból rany krocza lub rany po cięciu cesarskim - gdy nie mija, nie zmniejsza się lub towarzyszy mu zaczerwienienie okolicy rany, zawsze wymaga dokładniejszej weryfikacji ze strony personelu medycznego.

### Opieka w połogu powikłanym

Opieka nad pacjentkami w połogu powikłanym wymaga od położnej ogromnej uważności, dobrej organizacji pracy i empatii. Kobieta, która odczuwa dokuczliwy ból, a przy tym martwi się o swój stan zdrowia, nie może w pełni przeżywać radości z narodzin dziecka. Do dolegliwości często dołącza się tęsknota za domem, starszymi dziećmi czy mężem i brak snu. Empatyczne podejście do pacjentki bez najmniejszych wątpliwości wpływa na jej szybszy powrót do zdrowia. Niezależnie od rodzaju powikłania, w procesie terapeutycznym ważna jest wspierająca rozmowa z pacjentką.

### Zapalenie połogowe błony śluzowej macicy

W przypadku tego powikłania do zadań położnej należy kontrolowanie temperatury ciała pacjentki, ocena odchodów połogowych. Pacjentka powinna zostać skierowana na badanie ultrasonograficzne w trybie pilnym w celu identyfikacji, czy w jamie macicy nie pozostały resztki łoż-

ska. Ważnym aspektem jest również antybiotykoterapia prowadzona dożylnie oraz podaż leków przeciwbólowych, a także założenie wkłucia dożylnego w miejscu, które nie utrudni pacjentce wykonywania czynności pielęgnacyjnych przy dziecku. W sytuacji, gdy macica nie obkurcza się prawidłowo, położna powinna poświęcić czas i dokonać obserwacji procesu laktacji, który może być zaburzony.

### **Choroba zakrzepowo-zatorowa**

W wyniku gwałtownych przemian poporodowych (wzrost wyrzutu serca, wysoka liczba płytek, wyraźne zmniejszenie objętości krwi) kobiety w połogu są szczególnie narażone na wystąpienie choroby zakrzepowo-zatorowej. Na szczególną uwagę zasługują pacjentki, które w wyniku powikłań w przebiegu ciąży były długotrwale unieruchomione, pacjentki z nadwagą i otyłością, żyłakami kończyn dolnych i sromu. Niepokojącym objawem są niesymetryczne obrzęki kończyn. Pomocnym narzędziem pozwalającym na ocenę ryzyka wystąpienia choroby jest model oceny ryzyka Capriniego. U kobiet, u których występuje duże ryzyko wystąpienia choroby, wdraża się leczenie heparyną pod postacią iniekcji podskórnych.

W praktyce położnej ważne jest, by pacjentki z grupy wysokiego ryzyka zostały uruchamiane tak szybko, jak tylko pozwala na to ich stan i były informowane o utrzymaniu umiarkowanej aktywności fizycznej (na przykład w formie spacerów). Niezbędne są iniekcje preparatami z heparyną oraz edukacja pacjentki w zakresie samodzielnego ich wykonywania.

Zakrzepowe zapalenie żył miednicy mniejszej może objawiać się bólem, częściej po prawej stronie, nieraz z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami oraz podwyższeniem temperatury.

Najgroźniejszym powikłaniem jest zator tętnicy płucnej, który daje gwałtowne objawy, takie jak ból w klatce piersiowej, duszność, sinicę czy kaszel i szybko prowadzi do zatrzymania oddechu i wstrząsu. Każda taka dolegliwość zgłaszana przez pacjentkę wymaga natychmiasto-

wej reakcji ze strony zespołu terapeutycznego.

### **Zagrażający stan przedrzucawkowy**

Pacjentki otyłe, z występującym w okresie ciąży nadciśnieniem, czy też pacjentki, u których wysokie wartości ciśnienia zaczęły występować w okresie połogu wczesnego, zarówno po porodzie siłami natury, jak i operacyjnym, wymagają dużej uważności ze strony personelu. Do zadań położnej należy kontrola ciśnienia krwi przynajmniej 4 razy na dobę oraz podaż zleconych leków. Ważne, by kon-

### **OPIEKUNKA KOBIECY W POŁOGU**

Położna, kojarzona w społeczeństwie głównie z przyjmowaniem porodów, w połogu pełni nieco inną rolę - opiekuna i osoby udzielającej profesjonalnego wsparcia dla często zagubionych kobiet. Stoi na straży kobiecych potrzeb, wspiera w trudnych chwilach i umacnia młode mamy w ich roli. To od nas zależy, jak kobieta będzie wspominała pierwsze dni ze swoim dzieckiem, a od tego wspomnienia i startu często zależy, jak przeżyje swoje macierzyństwo. Czy będzie ono dla niej czasem niepewności, obaw i stresu, czy i wspomnieniem wymagającego okresu, ale z mądrą osobą w tle? To już zależy głównie od nas, specjalistek w swojej dziedzinie. W końcu położna towarzyszy kobiecie na każdym etapie jej życia.

trole ciśnienia odbywały się w spoczynku (nie wtedy, gdy pacjentka w stresie pierwszy raz przewijała dziecko) i były dokumentowane, a wartości powyżej 140/30 konsultowane z lekarzem. Należy reagować na komunikaty pacjentki dotyczące zaburzeń widzenia czy bólu w nadbrzuszu i zgłaszać je lekarzowi prowadzącemu. W opiece nad pacjentką z wysokimi wartościami ciśnienia położna często spotka się z podłączeniem wlewu dożylnego z siarczanu magnezu. Wlew ten, zwykle planowany na 48 godzin z użyciem pompy do podaży leków, jest dla pacjentki uciążliwy. Warto, aby położna pomogła położnicy wykonać toaletę ciała oraz uczestniczyła w opiece nad dzieckiem. Wlew dożylny wiąże się również z pielęgnacją wkłucia, a wcześniej z założeniem go w miejscu dogodnym dla pacjentki. U kobiet z wysokimi wartościami ciśnienia często zlecanym badaniem jest

dobowa zbiórka moczu w celu oceny zawartości białka. Do zadań położnej należy poinstruowanie pacjentki, w jaki sposób należy gromadzić mocz, a następnie prawidłowe pobranie próbki do badania.

### **Zespół popunkcyjny**

Częstość występowania zespołu popunkcyjnego jest dwukrotnie większa u kobiet niż u mężczyzn. Do grupy ryzyka należy każda kobieta, u której wystąpiły trudności z założeniem znieczulenia zewnątrzoponowego. Wystąpienie zespołu wydłuża często okres hospitalizacji. Uciążliwy ból głowy pojawiający się przy zmianie pozycji na stojącą, utrzymujące się nudności, sztywność karku bardzo zmniejszają zdolność pacjentki do opieki nad dzieckiem. Do zadań położnej należy umożliwienie pacjentce wypoczynku w pozycji leżącej, pomoc w pielęgnacji noworodka, podaż leków. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w leczeniu bólu często wykorzystuje się preparaty zawierające wysokie stężenia kofeiny, a ta przenika do pokarmu kobiecego. W rezultacie dziecko karmione piersią może być niespokojne, gorzej śpi, co uniemożliwia wypoczynek matce.

### **Rozejście rany kroczu, rany po cięciu cesarskim**

To ciężkie powikłanie może dotyczyć nawet 11% kobiet po cięciu cesarskim. Sam proces gojenia się takiej rany jest zwykle bolesny, wydłuża pobyt pacjentki w oddziale. Rola położnej polega na obserwacji rany, zmianie opatrunków, podaży leków przeciwbólowych oraz w pomocy pacjentce w opiece nad dzieckiem. Przystawienie dziecka do piersi w pozycji, w której rana nie jest przyczyną dyskomfortu, może być dla kobiety bardzo trudne. Nawet przy niewielkim rozejściu rany należy rozważyć przeniesienie pacjentki do sali pojedynczej, umożliwiając tym samym swobodne wietrzenie rany oraz izolację niepożądanego bakterii. Stosowane w leczeniu antybiotyki wymagają utrzymania wkłucia dożylnego. W przypadku rozległych rozejść, wobec których stosowane są nowoczesne techniki leczenia, jak np. VAC (vacuum assisted closure, gąbka nakryta folią tworzy hermetyczne środowisko, z którego dren,

kontrolowanym podciśnieniem, odpro-  
wadza wydzielinę z rany). Położna powin-  
na umieć obsługiwać taki sprzęt i wspie-  
rać pacjentkę w toalecie codziennej.

### Depresja i psychoza poporo- dowa

Do obszarów niezwykle delikatnych za-  
liczamy problematykę zaburzeń psychicz-  
nych w położu. Do grup ryzyka należy za-  
liczyć pacjentki, u których w przeszłości  
wystąpiły jakiegokolwiek zaburzenia psy-  
chiczne, kobiety po cięciu cesarskim oraz  
te, których dziecko urodziło się chore,  
martwe lub zmarło po porodzie.

Kobiety często zatajają informacje do-  
tyczące swojego stanu zdrowia psychicz-  
nego z obawy o negatywne postrzeżenie  
przez personel. Jeżeli jednak położna po-  
siada wiedzę na temat ewentualnych za-  
burzeń występujących w przeszłości, po-  
winna taką pacjentkę otoczyć szczególną  
uwagą i troską. Do objawów psychozy  
najczęściej zalicza się bezsenność, gwał-  
towne zmiany zachowania, podejrzli-  
wość wobec personelu czy innych pacjen-  
tek, często halucynacje. Każde nietypowe  
zachowanie pacjentki należy zgłosić le-  
karzowi prowadzącemu, odizolować pa-  
cjentkę od innych kobiet, zwrócić szcze-  
gólną uwagę na zachowania kobiety  
wobec/dziecka. W spokojnej rozmowie  
można przekonać kobietę do tymcza-  
sowego przekazania dziecka do oddzia-  
łu noworodkowego. Wskazana jest jak  
najpilniejsza konsultacja psychiatrycz-  
na i podaż zleconych leków (w cięższych  
przypadkach transport pacjentki do szpi-  
tala psychiatrycznego). Dużą rolę odgry-  
wa współpraca z rodziną, informowanie  
osób upoważnionych o stanie kobiety,  
umożliwienie ojcu opieki nad dzieckiem,  
ale także wzajemna pomoc w obserwacji  
pacjentki i jej zachowań.

Depresję poporodową należy różnico-  
wać z występującym u ponad 80% kobiet  
baby blues. Baby blues objawia się obniże-  
niem nastroju, brakiem energii i niepew-  
nością co do swoich kompetencji. Mija  
w przeciągu 2-6 tygodni. Depresja popo-  
rodowa potrafi trwać od kilku miesięcy do  
nawet kilku lat od narodzin dziecka, u pa-  
cjentki nie widać poprawy nastroju, jest  
płacziwa i często doświadcza stanów lę-  
kowych. O ile w przypadku baby blues nie  
ma mowy o tym, by matka stanowiła za-

grożenie dla dziecka o tyle w depresji po-  
porodowej istnieje takie ryzyko.

Bardzo ważna jest rola położnej w ła-  
godzeniu objawów tego stanu. To my do-  
brym słowem, gestem możemy uspokoić  
kobietę, zapobiec pogłębianiu się nieko-  
rzystnego stanu. Należy umacniać pa-  
cjentkę w jej poczuciu własnych kompe-  
tencji macierzyńskich, nie oceniać i nie  
krytykować dokonywanych przez nią wy-  
borów dotyczących karmienia dziecka,  
opieki nad nim. Cierpliwe, często wielo-  
krotne odpowiadanie na każde pytanie,  
daje pacjentkom poczucie bezpieczeń-  
stwa i pewności, że robią wszystko naj-  
lepiej, jak potrafią. Ważna jest rozmowa  
z rodziną pacjentki, wyjaśnienie z czego  
wynika obniżony nastrój.

### Wybrane problemy z karmie- niem piersią

Kluczowe dla prawidłowego przebie-  
gu laktacji jest wsparcie kobiety w dru-  
giej i trzeciej dobie położu, gdy zbiega  
się wysoka aktywność dziecka z ogrom-  
nym zmęczeniem matki, a często jest to  
czas na krótko przed wystąpieniem nawa-  
łu pokarmowego. Pacjentki wyrażają wte-  
dy silne obawy o to, że dziecko jest głod-  
ne, a one są niezdolne do wykarmienia  
go. W przypadku fizjologicznego przebie-  
gu położu położna, widząc prawidłowo  
ssące dziecko, powinna uspokoić pacjen-  
kę i zasugerować częste przystawianie  
noworodka do piersi. Codzienna kontro-  
la masy ciała dziecka pozwala na wczes-  
ne zidentyfikowanie ewentualnych prob-  
lemów z karmieniem. Należy pamiętać,  
że w przypadku powikłanego położu wy-  
stępują one częściej. Za najczęstszy prob-  
lem można uznać opóźnienie laktogenezy  
II - dotyczy kobiet po porodach operacyj-  
nych, narażonych na duży stres, otyłych  
czy z zaburzeniami gospodarki węglow-  
danowej. Skutkuje zazwyczaj ubytkiem  
masy ciała noworodka, bliskim lub powy-  
żej 10%, a w konsekwencji konieczność  
dokarmiania dziecka i stymulacji lak-  
tacji. Zadaniem położnej jest umocnienie  
kobiety w poczuciu, że mimo chwilowych  
problemów i dzięki włożonemu wysiłkowi  
będzie mogła wykarmić dziecko (z wy-  
jątkiem sytuacji, gdy podejrzewamy hi-  
poplazję gruczołu piersiowego). Pomoc  
w skoordynowaniu przystawiania dziecka  
- dokarmiania - stymulacji laktacji, pro-  
wadzenie karty kontroli karmień i dokar-

*dr Monika Jakubiak*  
położnik-ginekolog, Szpital Specjalistyczny  
św. Zofii w Warszawie

*Położnictwo, jak mało która dziedzina medycyny, dotyczy stanów i trudnych sytuacji wymagających zarówno od lekarza, jak i położnej natychmiastowej reakcji. Połóg jest wyjątkowym okresem w życiu kobiety. Na tym etapie dochodzi do zmian w organizmie, zmienia się także gospodarka hormonalna oraz pojawia się dotychczas nieznaną laktacja. Ponadto dochodzi szereg obowiązków dotyczących opieki nad noworodkiem oraz próba odnalezienia się w nowych relacjach z partnerem.*

*Rola położnej w przebiegu położu jest niezwykle istotna. Profesjonalna opieka nad pacjentkami prowadzona przez wysoko wykwalifikowane i doświadczone położne zmniejsza - stres pacjentek w tym także ważnym i trudnym momencie. Czynne i prawidłowe wsparcie pacjentek przez położne \* zmniejsza ryzyko powikłań okołoporodowych, zaś w czasie położu, obok opieki lekarskiej, ułatwia odnalezienie się w nowej sytuacji życiowej.*

*Jednocześnie doświadczane położne są niezocenionym wsparciem dla lekarza, zapewniając ciągłą opiekę dla kobiet. Nie można pominąć, że to położne identyfikują pierwsze objawy patologii związanych z położem. Niektóre z nich mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjentki. W artykule poruszono niezwykle ważny wątek psychozy poporodowej i depresji. Wobec natłoku emocji towarzyszących porodowi, zmęczenia fizycznego rozpoznanie depresji często jest utrudnione. W tej właśnie sytuacji położne, mając najczęstszy kontakt z pacjentkami, mają możliwość adekwatnej oceny stanu psychicznego pacjentki. Mogą również być pierwszym, obok rodziny, wsparciem dla pacjentki. W trakcie położu są również źródłem wiedzy dla pacjentek o następującym, nowym, etapie życia.*

*Tylko spójna współpraca całego personelu medycznego umożliwi szybsze rozpoznanie i odpowiednie leczenie chorób związanych z okresem położu.*

mianie noworodka metodami, które będą wspierały dalsze karmienie piersią (sonda-piers, system sns, kubeczek), są nieocenionym wsparciem dla kobiety.

*mgr pol. MARTA BOGUTA położna na Od-  
dziale Potożniczo-Noworodkowym, Szpital  
Specjalistyczny św. Zofii  
lic. pol. BARBARA ANDRZEJCZUK kierow-  
nik Oddziału Potożniczo-Noworodkowego,  
Szpital Specjalistyczny św. Zofii*

*Przedruk z Magazynu Piel. i Poł. 3/2018*

*„Zatrzymaj upływający czas we wspomnieniach,  
a przede wszystkim pamiętaj o pięknych chwilach,  
by nigdy nie poszły w zapomnienie...”*

### **Koleżance JÓZEFIE SZUBIE**

PIELĘGNIARCE SSPOO BRZOZÓW  
ODDZIAŁU NEUROLOGII

przechodzącej na emeryturę po 40 latach pracy  
Serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę,  
życzliwość, sumiennosc i zaangażowanie, ogromne serce  
dla pacjentów oraz wiedzę i doświadczenie zawodowe.

wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności~

Składają Koleżanki i koledzy z Oddziału Neurologii w Brzozowie

*„Człowiek jest wielki nie przez to, co ma, nie przez to, kim jest,  
lecz przez to, czym dzieli się z innymi.”*

Jan Paweł II

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

### **GENOWEY ŁAPIŃSKIEJ**

położnej z Oddziału Ginekologiczno – Położniczego  
z Pododdziałem Noworodkowym SP ZOZ w Lesku,  
gdzie lata swojej pracy zawodowej poświęciła opiece  
sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu.

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy  
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.*

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

*„Gratulować, dziękować to mało*

*Najpiękniejsze kwiaty nic nie znaczą*

*Trzeba pojąć całą głębię tej służby*

*Pielęgniarską codzienną pracę.”*

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

### **RYSZARDY PAŁASIEWICZ**

pielęgniarki Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Urazowo- Ortopedycznym  
SP ZOZ w Lesku z którym była związana przez cały okres pracy zawodowej.

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za oddanie i życzliwość, za wspólne lata pracy  
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym*

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

*„Upiętaś czepek za młodu,  
Choć wiedziałaś że trud czeka.  
Bo tajemnicą Twego zawodu  
Jest – troska o ciało i godność człowieka.”*

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

## **ANNY MARKOWSKIEJ**

pielęgniarki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Lesku.  
Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat,  
cieszyła się zaufaniem pacjentów i personelu.

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy  
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.*

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

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

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

## **ELŻBIETY MALAK**

pielęgniarki Oddziału Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Lesku

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za zaangażowanie i wspólne lata pracy  
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym*

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

*„Jeden z najgłębszych sekretów życia polega na tym,  
że tylko to wszystko, co robimy dla innych,  
jest tym co naprawdę warto robić”  
Carroll Lewis*

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

## **ALBINY WĘGRZYN**

pielęgniarki Oddziału Rehabilitacyjnego  
SP ZOZ w Lesku

*Składamy Jej serdeczne podziękowania za oddanie i życzliwość,  
za wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym*

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

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

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

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

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 27 VIII 2018 roku.



Ośrodek Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o.

ul. Rymanowska 3, 35-003 Rzeszów  
tel. 813-503-94-42  
REGON 690679526

Adres do korespondencji:  
ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

tel. 13 437 27 81  
e. krosno@okppip.pl  
okppip.pl

**NABÓR NA BEZPŁATNE SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE W DZIEDZINIE  
PIELĘGNIARSTWA RODZINNE DLA PIELĘGNIAREK (SANOK)  
NA TERENIE WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO  
Realizacja w SANOKU**

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie, **Placówka Szkoleniowa w Krośnie** ogłasza nabór na bezpłatne szkolenie specjalizacyjne dofinansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie Pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek.

**Szkolenie specjalizacyjne obejmuje:**

- zajęcia teoretyczne - 500 godz. realizowanych w systemie weekendowym;
- zajęcia stażowe – 350 godz. realizowanych w systemie stacjonarnym w placówkach na terenie województwa podkarpackiego.

**Warunkiem zakwalifikowania do udziału w szkoleniu specjalizacyjnym jest spełnianie wymogów formalnych:**

- udokumentowanie co najmniej 2 lat stażu pracy w ciągu ostatnich 5-ciu lat;
- posiadanie aktualnego Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- niekorzystanie w ciągu ostatnich pięciu lat ze szkolenia specjalizacyjnego dofinansowanego ze środków publicznych;
- uzyskanie pozytywnego wyniku z testu kwalifikacyjnego - 60 pytań.

**Zakres literatury do testu:**

1. Pielęgniarstwo w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – D. Kilańska, t. I, wydanie Makmed, Lublin 2010;
2. Podstawy pielęgniarstwa- B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t. I, wyd. Czelej, Lublin 2013.

**Uczestnik specjalizacji do ukończenia szkolenia specjalizacyjnego powinien przedstawić zaświadczenia o ukończeniu następujących kursów specjalistycznych:**

1. *Resuscytacja krążeniowo – oddechowa dla pielęgniarek i położnych,*
2. *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych*
3. *Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych* lub dyplom specjalisty uzyskany po 2001 roku lub dyplom uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa począwszy od naboru 2012/2013 r.

**Termin kwalifikacji:** wrzesień/październik 2018r. (dokładny termin podany będzie na stronie internetowej OKPPIP)

**Miejsce kwalifikacji:** Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie – PLACÓWKA SZKOLENIOWA w KROŚNIE, ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

**Obowiązkowo na kwalifikacji każdy uczestnik musi mieć przy sobie:**

- Prawo wykonywania zawodu
- Oryginał dokumentu potwierdzającego 2 letni staż pracy w zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat

**Kontakt do organizatora: 508 867 756; 1343 72 781; krosno@okppip.pl**

**UWAGA!!!**

Informujemy, iż od 1 lipca 2017 r. obowiązuje **System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)**, który obliuguje wszystkie pielęgniarki/położne do zarejestrowania się w SMK pod adresem [smk.ezdrowie.gov.pl](http://smk.ezdrowie.gov.pl) oraz **złożenia wniosku na wybrane szkolenie specjalizacyjne, co jest warunkiem dopuszczenia do postępowania kwalifikacyjnego.**

Dane do logowania będą dostępne na stronie internetowej OKPPIP po ustaleniu ostatecznego terminu.



Ośrodek Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o.

ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów  
NIP: 613-303-94-42  
REGON: 690679626

Adres do korespondencji:  
ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

T: 13 437 27 81  
E: krosno@okppip.pl  
W: okppip.pl

**NABÓR NA BEZPŁATNE SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE W DZIEDZINIE  
PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DLA PIELĘGNIAREK (KROSNO)  
NA TERENIE WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO  
Realizacja w KROŚNIE**

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie, **Placówka Szkoleniowa w Krośnie** ogłasza nabór na bezpłatne szkolenie specjalizacyjne dofinansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie Pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek.

**Szkolenie specjalizacyjne obejmuje:**

- zajęcia teoretyczne - 617 godz. realizowanych w systemie weekendowym;
- zajęcia stażowe – 350 godz. realizowanych w systemie stacjonarnym w placówkach na terenie województwa podkarpackiego.

**Warunkiem zakwalifikowania do bezpłatnego udziału w szkoleniu specjalizacyjnym jest spełnianie wymogów formalnych:**

- udokumentowanie co najmniej 2 lat stażu pracy w ciągu ostatnich 5-ciu lat;
- posiadanie aktualnego Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- niekorzystanie w ciągu ostatnich pięciu lat ze szkolenia specjalizacyjnego dofinansowanego ze środków publicznych;
- uzyskanie pozytywnego wyniku z testu kwalifikacyjnego (test 60 pytań).

**Zakres literatury do testu:**

1. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej – red. K. Kędziora-Kornatowska, wyd. PZWL, W-wa 2015
2. Podstawy pielęgniarstwa- B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t. I, wyd. Czelej, Lublin 2013

**Uczestnik specjalizacji do ukończenia szkolenia specjalizacyjnego powinien przedstawić zaświadczenia o ukończeniu następujących kursów specjalistycznych:**

1. *Leczenie ran dla pielęgniarek*
2. *Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych lub dyplom specjalisty uzyskany po 2001 roku lub dyplom uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa począwszy od naboru 2012/2013 r.*

**Termin kwalifikacji:** wrzesień/październik 2018r. (**dokładny termin podany będzie na stronie internetowej OKPPIP**)

**Miejsce kwalifikacji:** Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie – PLACÓWKA SZKOLENIOWA w KROŚNIE, ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

**Obowiązkowo w dniu kwalifikacji każdy uczestnik musi mieć przy sobie:**

- Prawo wykonywania zawodu
- Oryginał dokumentu potwierdzającego 2 letni staż pracy w zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat

**Kontakt do organizatora: 508 867 756; 1343 72 781; krosno@okppip.pl**

**UWAGA!!!**

Informujemy, iż od 1 lipca 2017 r. obowiązuje **System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)**, który obliguje wszystkie pielęgniarki/położne do zarejestrowania się w SMK pod adresem [smk.ezdrowie.gov.pl](http://smk.ezdrowie.gov.pl) oraz **złożenia wniosku na wybrane szkolenie specjalizacyjne, co jest warunkiem dopuszczenia do postępowania kwalifikacyjnego.**

Dane do logowania będą dostępne na stronie internetowej OKPPIP po ustaleniu ostatecznego terminu.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno  
ul. Bieszczadzka 5  
tel. fax. (0-13) 43 694 60  
NIP 684-20-48-594

Nr konta  
PKO BP o/ Krosno  
Nr 70 1020 2964 0000 6302 0003 5998  
REGON 370011089

Krosno, dnia 14 sierpnia 2018 r.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie  
i Zespołu pielęgniarek epidemiologicznych  
działającego przy ORPiP w Krośnie  
kierujemy do pielęgniarek i położnych

ZAPROSZENIE

na VI Konferencję Epidemiologiczną na temat: „**ZAGROŻENIA ZDROWIA  
W ASPEKcie ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POZASZPITALNYCH**”, która odbędzie  
się w dniu **14 września 2018 r.** o godz. 8<sup>30</sup> w Kompleksie rekreacyjno – rozrywkowym,  
„Dwa serca” ul. Bieszczadzka 82 w Krośnie.

Prosimy o potwierdzenie obecności i przesłanie nazwisk osób chętnych do udziału  
w Konferencji **do dnia 10 września br.** na adres e-mailowy; [oiPIP@interia.pl](mailto:oiPIP@interia.pl) w celu  
przygotowania certyfikatu.

O możliwości uczestnictwa w Konferencji decyduje kolejność zgłoszeń.

Przewodnicząca  
Zespołu pielęgniarek  
Epidemiologicznych

mgr Bożena Jastrzębska

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

mgr Renata Michalska

**PROGRAM KONFERENCJI**

8<sup>30</sup> – 9<sup>00</sup>

Rejestracja uczestników.

- Otwarcie konferencji, powitanie gości.
- Wykład inauguracyjny dr hab. Jadwiga Wójkowska – Mach „Pozytywna i negatywna rola flory mikrobiologicznej człowieka w kontroli zakażeń”.
- lek. med. Jolanta Kluz – Zawadzka – Konsultant Wojewódzki do spraw epidemiologii „Podstępne WZW – wciąż aktualne problemy wirusowych zapaleń wątroby”.
- Przerwa.
- mgr Teresa Iwaniec – „Zasady doboru i stosowania preparatów dezynfekcyjnych w obszarze medycznym”.
- mgr Sławomir Porada – „Ochrona medycznych danych osobowych (RODO) w działalności pielęgniarek i położnych – aspekt formalny i praktyczny”.

Zakończenie i podsumowanie konferencji.

Poczęstunek.