

FORUM

ZAWODOWE 4(121)2019

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

W numerze

- 3** Od redakcji
- 3** Wybory do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych 2019-2020 r.
- 4** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 12** Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami – nowe kompetencje pielęgniarki
- 13** Jubileusz dwudziestolecia swej działalności Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie
- 15** Szkolenie dla położnych
- 15** Wpis do rejestru
- 16** Wizerunek pielęgniarki czyli jak widzą i oceniają ciebie inni?
- 21** Powstanie standard żywienia szpitalnego dla kobiet w ciąży
- 21** Rozporządzenie Ministra Zdrowia
- 24** Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Położnych w zakresie stosowania produktu w okresie karmienia piersią
- 25** Astma oskrzelowa – rozpoznanie i leczenie choroby oraz rola pielęgniarki w edukacji pacjenta
- 30** Czy pielęgniarka może zakładać cewnik u mężczyzny?
- 30** Czas pracy
- 31** Kontrola realizacji podwyżek
- 33** Pielęgniarka roku 2018 wybrana...

NASZ ADRES

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

Biuro Izby czynne

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

Radca Prawny

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

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

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

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

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



DZIKA RÓŻA

*Za Dzikiej Róży zapachem idź
na zawsze upojony wśród dróg -
będzie cię wiódł jak czarodziejski flet
i będziesz szedł, i będziesz szedł,
aż zobaczysz furtkę i próg.*

*Dla Dzikiej Róży najcięższe znieś
i dla niej nawiewaj modre sny.
Jeszcze trochę. Jeszcze parę zbóż.
I te olchy. Widzisz. I już -
będzie: wieczór, gwiazdy i łązy.*

*O Dzikiej Róży droga śpiewa pieśń
i śmieje się, złoty znacząc ślad.
Dzika Różo! Świecisz przez mrok.
Dzika Różo! Słyszysz mój krok?
Idę - twój zakochany wiatr.*

Konstanty Ildefons Gałczyński

**WYDAWNICTWO
OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK
I POŁOŻNYCH W KROŚNIE**

ZAPRASZA DO ZAMIESZCZANIA REKLAM

Zainteresowanych prosimy o kontakt

tel. 13 43 696 40

lub adres e-mail: **biuro@oipip.krosno.pl**

Koszt reklamy:

Strona A4 (210x297mm +spad 5mm) – 1000,00 zł + VAT

½ strony A4 (210x145 mm + spad 5mm) – 500,00 zł + VAT

¼ strony (95 x140mm +spad 5mm) – 250 zł + VAT

A4	1/2 A4	1/4 A4
-----------	-------------------	-------------------

Od redakcji

Lipiec i sierpień to okres wakacji. Samo słowo wakacje budzi w nas dobre emocje. Częściowo pozostały one z dzieciństwa, a obecnie myślimy o urlopie spędzonym najczęściej w miłej, luźnej i ciepłej atmosferze. Często jest to czas, który w całości można spędzić z najbliższymi. Nie ważne czy w kraju czy zagranicą, czy w domu czy na wyjeździe, najistotniejsze że razem i jest super. Dawno już dowiedziono, że dobry wypoczynek jest niezastąpiony i stanowi doładowanie akumulatorów by w pełni sił wrócić do pracy.

Praca pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej to praca stała w której nie ma ferii letnich czy zimowych, są obowiązki, zadania i ciągle trudne decyzje. Pielęgniarstwo i położnictwo to w większości kobiety, które oprócz wykonywania tak odpowiedzialnych zawodów pełnią również wiele innych odpowiedzialnych ról. Znajdują czas na kształcenie i czasem na prace naukowe. Nie pomijamy tu również naszych kolegów pielęgniarzy, których role w rodzinie są również ważne.

Proponujemy w dalszej części „Biuletynu” spojrzenie na artykuł „Wizeru-

nek pielęgniarki, jak Cię widzą i oceniają inni”. Tym, którzy nie byli jeszcze w tym roku na urlopie życzymy, aby spędzili go jak najlepiej – wrzesień też jest piękny i kolorowy.

*Zapraszamy do lektury.
Zespół redakcyjny*

Po raz kolejny zwracamy się do koleżanek i kolegów z prośbą o nadsyłanie do nas swoich artykułów, które chętnie zamieścimy na stronach naszego BIULETYNU.

Wybory 2019

Szanowne Koleżanki, Koledzy

Prosimy o aktualizowanie swoich danych w Centralnym Rejestrze Pielę-

niarek i Położnych w celu stworzenia właściwych list wyborczych do wyboru delegatów na VIII kadencję samorządu (aktualne miejsce pracy - data zatrudnie-

nia, (dzień, miesiąc, rok) nazwa placówki, oddział, stanowisko).

Wybory do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych 2019-2020 r.

Drogie Koleżanki i Koledzy,

Dobiega końca VII kadencja samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

W dniu 18.IX.2019 r. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych podejmie uchwałę między innymi w sprawie:

- Powołania Okręgowej Komisji Wyborczej dla wyboru delegatów VII kadencji na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz określenia regulaminu jej działania.

Okręgowa komisja wyborcza na podstawie przyjętego regulaminu:

- Ustali podział obszaru OIPiP na rejon wyborcze, które zatwierdzi ORPiP.

- Przygotuje rejestr wyborców, odrębnie dla każdego rejonu wyborczego, obejmujący osoby wpisane na listę OIPiP w Krośnie na dzień 1.09.2019 r.

- Ustali miejsce zebrań wyborczych, termin zebrania wyborczego i wyznaczyc członków komisji do przeprowadzenia ww. zebrań.

Jesienią tego roku odbywać się będą zebrania wyborcze w wyznaczonych rejonach. Do 31.III.2020 r. odbędzie się Okręgowy Zjazd Delegatów OIPiP w Krośnie. Delegaci zjazdu wybiorą swoich przedstawicieli do organów izby: Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Apeluje do Was Szanowne Koleżanki i Koledzy abyście bardzo poważnie potraktowali sprawę zebrań wyborczych i przybyli na nie, aby wybrać delegatów na Okręgowy Zjazd.

Ufam, że wszystkim Wam zależy na wyborze odpowiedzialnych delegatów, którzy będą reprezentować Wasze środowisko i istniejące problemy w czasie VIII kadencji.

Dlatego proszę o zapoznanie się na bieżąco z ogłoszeniami w tej sprawie, które będą zamieszczone na stronie internetowej OIPiP w Krośnie.

*Wiceprzewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Barbara Błażejowska-Kopiczak*

Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 czerwca 2019 r. do 31 lipca 2019 r.

1 czerwca 2019 r.

Udział Krystyny Krygowskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w II podkarpackiej konferencji naukowej poświęconej lecznictwu uzdrowiskowemu dzieci i młodzieży w Uzdrowisku Rymanów S.A. w Rymanowie Zdroju w Hotelu & Restauracji „Świtezianka”.

2 czerwca 2019 r.

Udział Krystyny Krygowskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w imprezie plenerowej „Uzdrowiska Rymanów – Podkarpacka Stolica Dzieci” Organizowanej pod patronatem honorowym Marszałka Sejmu RP Marka Kuchcińskiego, Marszałka Województwa Podkarpackiego Władysława Ortyła oraz Wojewody Podkarpackiego Ewy Leniart w Parku Zdrojowym w Rymanowie Zdroju.

Udział Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Pielęgniarki Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Krystyny Krygowskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w Koncercie Jubileuszowym XXX-lecia Prywatnej Szkoły Muzycznej I i II stopnia PRO MUSICA w Krośnie. Uroczystość odbyła się w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie.

4–5 czerwca 2019 r.

Udział delegatów w I Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Warszawie VII kadencji: Beaty Barańskiej, Zenony Radwańskiej, Małgorzaty Sawickiej.

5 czerwca 2019 r.

Udział Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Anny Dybaś członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dziecięcego,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych,
- Pielęgniarki Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku.

11 czerwca 2019 r.

Udział Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w uroczystych obchodach z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych zorganizowanej w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bronisława Markiewicza.

12 czerwca 2019 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto 27 uchwał. Były to uchwały w sprawie: wyboru kandydata na Wiceprezesa Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie, wyboru przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie do Rady Nadzorczej Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie, zmiany uchwały Nr 62/VII/2016 ORPiP w Krośnie z dnia 16 czerwca 2016 r. w sprawie wyboru przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie do Zgromadzenia Wspólników Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie, 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 Okręgo-

wego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP 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, dofinansowania Konferencji naukowo-szkoleniowej pt. „Stop zakażeniom szpitalnym”, zmiany uchwały Nr 13/VII/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 18 grudnia 2015 r. w sprawie udzielenia upoważnienia do zawarcia umowy na przekazanie dotacji ze środków budżetowych i sposobu jej rozliczania w okresie trwania VII kadencji ORPiP w Krośnie, zatrudnienia pracownika w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zawarcia umowy na zorganizowanie stażu z Powiatowym Urzędem Pracy w Krośnie, podwyżki płac dla pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek

Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej

Przyznano 11 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 10.300,00 zł (słownie: dziesięć tysięcy trzysta złotych).

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

74 osoby otrzymały dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego na łączną kwotę 116.948,00 zł (słownie: sto szesnaście tysięcy dziewięćset czterdzieści osiem złotych).

14 czerwca 2019 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Udział Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo – Szkoleniowej „Psychiatria i terapia uzależnień w świetle współczesnych wyzwań”, która została zorganizowana przez Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy a odbyła się w Państwowej Wyższej Szkole Wschodnioeuropejskiej w Przemyślu.

17 czerwca 2019 r.

Udział Krystyny Krygowskiej przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Endoskopia” dla pielęgniarek organizowanym przez IPMC Przemysław Warnke. Egzamin odbył się w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie.

21–22 czerwca 2019 r.

Udział Krystyny Krygowskiej Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w Międzynarodowym Kongresie „Nauka w służbie Życiu”. Kongres odbył się w Filharmonii Podkarpackiej w Rzeszowie.

26 czerwca 2019 r.

Spotkanie edukacyjne w ramach współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Krośnie i FAMILY Service PE-LAGROS dotyczące:

1. Trudnych rozmów, czyli jak budować dobre relacje w pracy z kobietą w ciąży i po porodzie.

2. Cudu narodzin – porodu w pozycjach wertykalnych.

Spotkanie odbyło się w sali konferencyjnej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

28 czerwca 2019 r.

Udział Ewy Czupskiej Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Bożeny Jastrzębskiej Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć, Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza.

Udział Ewy Czupskiej Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Beaty Barańskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Hematologii Onkologicznej z Pododdziałem Transplantologii,
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dziecięcego, Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza.

5 lipca 2019 r.

Udział przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie Ewy Poniatowskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych” organizowanym przez Stowarzyszenie „Centrum Szkolenia Zawodowego” w Gorlicach Przedstawicielstwo w Jasle. Egzamin odbył się w siedzibie Stowarzyszenia w Jasle.

9 lipca 2019 r.

Posiedzenie Komisji do spraw kontroli indywidualnych praktyk.

23 lipca 2019 r.

Udział Ewy Czupskiej Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz Bożeny Jastrzębskiej Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza.

Spotkanie w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Sanoku z dr hab. Elżbietą Ciporą Rektorem z Barbarą Błażejowską–

Kopiczak Wiceprzewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Ewą Czupską Sekretarzem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Bożeną Jastrzębską Skarbnikiem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

24 lipca 2019 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto 53 uchwały. Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, 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, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki/pielęgniarsza z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, przyznania nagrody pieniężnej pracownikowi Biura OIPiP w Krośnie, pokrycia kosztów VII Konferencji Epidemiologicznej.

Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej

Przyznano 12 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby na łączną kwotę 9.950,00 zł (słownie: dziewięć tysięcy dziewięćset pięćdziesiąt złotych).

Przyznano 1 zapomogę dla pielęgniarki nie będącej członkiem OIPiP w Krośnie na kwotę 200,00 zł (słownie: dwieście złotych).

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

96 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego na łączną kwotę 78.870,00 zł (słownie: siedemdziesiąt osiem tysięcy osiemset siedemdziesiąt złotych).



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0025.30.2019.JP

Warszawa, dnia 15 maja 2019 r.

Pan Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Pana Ministra z prośbą o rozważenie zmiany zapisów ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 409, z późn.zm.) w zakresie uregulowania udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę dzieciom przewlekle chorym, przebywającym w żłobku.

Przeprowadzona analiza realizacji opieki zdrowotnej przez pielęgniarki w żłobkach wskazuje na konieczność doszczegółowienia aktów prawnych oraz wprowadzenia systemowych rozwiązań m.in. w następujących kwestiach:

1. Określenie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, w tym:

- określenie zadań pielęgniarki, z uwzględnieniem kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom chorym przewlekle,
- określenie wymagań dotyczących pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne wraz z wykazem ich wyposażenia, z uwzględnieniem możliwości przechowywania dokumentacji, leków i środków medycznych,

- określenie indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka w żłobku oraz zasad jej prowadzenia (w tym wzór zaświadczenia o wyrażeniu zgody przez rodzica na udzielenie świadczenia zdrowotnego, wzór zlecenia lekarskiego na wykonanie świadczenia zdrowotnego skierowane do pielęgniarki zatrudnionej w żłobku),

- określenie zasad przyjmowania od rodziców produktów leczniczych i wyrobów medycznych i ich przechowywania.

2. Nałożenie obowiązku spełnienia ww. warunków realizacji świad-

czeń zdrowotnych przez podmiot, który utworzył żłobek.

Do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpłynęło pismo zaniepokojonego rodzica, który opiekę nad swoim dzieckiem powierza pracownikom żłobka publicznego. Z treści pisma wynika, iż u dziecka z chorobą przewlekłą, istnieje możliwość pogorszenia stanu zdrowia, w związku z wystąpieniem temperatury ciała powyżej 37,5 °C i pojawieniem się drgawek gorączkowych. W takiej sytuacji rodzic dziecka oczekuje, iż na jego prośbę oraz w oparciu o przedłożone wcześniej zaświadczenie lekarza pediatry, w przypadku wystąpienia u dziecka powyższych objawów, zatrudniona w żłobku pielęgniarka, poda dziecku zalecone przez lekarza leki (leki, które wcześniej rodzic przyniesie i pozostawi w żłobku). W żłobku, do którego uczęszcza dziecko, jest zatrudniona pielęgniarka, co jest zgodne z normą art. 15 ust. 3 ww. ustawy, która nakłada na dyrektora żłobka obowiązek zatrudnienia przynajmniej jednej pielęgniarki lub położnej, w przypadku uczęszczania do żłobka więcej niż dwadzieścioro dzieci.

Jednocześnie należy zauważyć, iż zgodnie z art. 2, ust. 2 ww. ustawy, w żłobku w ramach opieki realizowane są trzy podstawowe funkcje: opiekuńcza, wychowawcza, edukacyjna i jak wynika z art. 10 ww. ustawy, do zadań żłobka należy w szczególności:

1) zapewnienie dziecku opieki w warunkach bytowych zbliżonych do warunków domowych;

2) zagwarantowanie dziecku właściwej opieki pielęgnacyjnej oraz edukacyjnej, przez prowadzenie zajęć zabawowych z elementami edukacji, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka;

3) prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych, uwzględ-

niających rozwój psychomotoryczny dziecka, właściwych do wieku dziecka.

Z powyższych zapisów wynika, iż udzielanie świadczeń zdrowotnych nie należy do podstawowych zadań żłobków. Dlatego, kwestię zapewnienia dzieciom przewlekle chorym kontynuacji opieki medycznej w żłobkach, dyrektorzy żłobków nie traktują priorytetowo i zadania z tego obszaru realizowane są w sposób niewystarczający. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ww. kwestie są bardzo ważnym elementem sprawowania opieki nad dzieckiem i powinny być prawnie uregulowane. Brak jednoznacznych zapisów prawnych w tym zakresie, rodzi wiele wątpliwości w sytuacji, gdy rodzic dziecka oczekuje od pielęgniarki przyjęcia leku i podania go dziecku zgodnie ze zleceniem lekarskim. Zdarza się, że pielęgniarki odmawiają wykonania tych czynności, z powodu braku zapisów prawnych, odnośnie realizowania przez pielęgniarki czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w żłobkach.

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 11 powyższej ustawy podmiot, który utworzył żłobek ustala jego statut, określając w nim m.in. cele i zadania oraz sposób ich realizacji. Ponadto zapis art. 21 ww. ustawy, nakłada na dyrektora żłobka odpowiedzialność za organizację pracy w żłobku, zgodnie z ustanowionym wewnętrznym regulaminem organizacyjnym. Wobec powyższego dyrektorzy żłobków, chcąc zapewnić optymalną opiekę nad dzieckiem i sprostać oczekiwaniom rodziców, opracowują stosowne procedury i instrukcje w ramach wewnętrznego regulaminu organizacyjnego i kwestie związane z funkcjonowaniem żłobka, w tym określenie obowiązków pracowników, zasad ich postępowania w przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka lub

podawania leków dzieciom niepełnosprawnym, przewlekle chorym. W sytuacji, kiedy dziecko wymaga podania leku, postępowanie personelu jest uzależnione od wewnętrznych uregulowań przyjętych przez placówkę oraz od kompetencji pracownika i jego zakresu obowiązków. W żłobkach obowiązują różne zasady postępowania w odniesieniu do dzieci, u których występuje konieczność podawania leków lub kontynuowania farmakoterapii.

Potwierdzeniem zasadności powyższej propozycji jest zawarcie w projek-

cie (z dnia 19 kwietnia 2019 r.) rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, zapisu dotyczącego odbywania praktyk przez studentów na studiach licencjackich, na kierunku pielęgniarstwo - w instytucjach pełniących funkcje opiekuńczo-wychowawcze, w szczególności w żłobkach.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jest zdania, iż wprowadzenie zmian legislacyjnych w przedmiotowym obszarze, zapewni dzieciom przewlekle chorym i niepełnosprawnym jednako- wą dostępność do pobytu w żłobku oraz stworzy bezpieczne warunki do wykonywania zawodu pielęgniarki w żłobku.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Zofia Małas



MINISTER RODZINY,
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, dnia 18 czerwca 2019 r.

DSR.V.840.70.20JL9^B

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 15 maja 2019 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM-0025.30.2019.JP, przekazane przez Ministerstwo Zdrowia przy piśmie z dnia 23 maja 2019 r., znak: PPWA.073.1.2019.KW, w sprawie rozważenia zmiany zapisów ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. 2019 r. poz. 409 j.t.) w zakresie udzielania przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych dla dzieci przebywających w żłobku, uprzejmie wyjaśniam.

Od momentu wejścia w życie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, żłobki nie są już zakładami opieki zdrowotnej, jednak część uregulowań dotyczących tych instytucji ma swoje korzenie we wcześniej obowiązujących przepisach. Obecnie w żłobkach, do których uczęszcza co najmniej 20 dzieci, należy zatrudnić pielęgniarkę lub położną. Jednak ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 nie określa zakresu obowiązków tej osoby - jest to zadanie dyrektora żłobka. Niewątpliwie zakres obowiązków pielęgniarki lub położnej zależy od specyfiki danego żłobka i od tego, jakie dzieci są do tej instytucji przyjmowane.

Należy mieć na względzie okoliczność, że funkcje żłobka nie obejmują świad-

czeń zdrowotnych, choć mogą się one zawierać w funkcji opiekuńczej żłobka.

Warto przywołać w tym miejscu stanowisko wyrażone w piśmie z dnia 4 grudnia 2017 r. przez Ministerstwo Zdrowia (Departament Matki i Dziecka). W ocenie Ministerstwa Zdrowia świadczeniem zdrowotnym - w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Należy przyjąć, że w przypadku dziecka przewlekle chorego, świadczenia udziela lekarz zlecający określone leczenie, tj. leczenie określonymi lekami. Samo podanie leków zleconych przez lekarza jest czynnością polegającą na realizacji zlecenia lekarskiego, które wiąże się ze sprawowaniem funkcji opiekuńczej nad dzieckiem. W ocenie Ministerstwa Zdrowia przyjęcie odmiennej interpretacji pozostawałoby w sprzeczności z zasadami leczenia oraz samoopieki osób przewlekle chorych. Jakkolwiek brak jest przepisów określających szczegółowo te elementy opieki, które mają na celu zachowanie zdrowia dziecka, przyjmuje się, że działania podejmowane przez opiekunów w żłobku lub klubie dziecięcym podczas pobytu

dziecka w placówce powinny być analogiczne do tych, jakie w podobnych sytuacjach podejmowałoby rodzice dziecka. Decyzję o przyjęciu dziecka przewlekle chorego do żłobka podejmuje każdorazowo dyrektor żłobka lub osoba kierująca pracą klubu dziecięcego. W sytuacji, kiedy w czasie pobytu w placówce będzie wymagane podanie leku bądź zastosowanie innych koniecznych działań - niezbędne jest pisemne upoważnienie rodziców lub prawnych opiekunów dziecka dla dyrektora żłobka lub osoby kierującej pracą klubu dziecięcego do podejmowania tych działań, a także uzyskanie pisemnego zobowiązania dyrektora oraz osoby, która będzie realizowała te zadania, do ich podjęcia.

Żłobek nie jest podmiotem leczniczym, a co za tym idzie - nie jest opłacany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Tworzenie dla żłobków nowych wymogów w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, zapewnienia jej odrębnego pomieszczenia, itp. nie tylko znacznie zahamowałoby rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, ponieważ podniosłoby koszty ich tworzenia i prowadzenia, gdyż efektem takich działań byłoby obniżenie dostępności miejsc opieki, ale również wzrost opłat w żłobkach.

W przypadku klubów dziecięcych - instytucji zbliżonych do żłobków, przy czym co do zasady bardziej kameralnych (do 30 dzieci) i przeznaczonych dla dzieci powyższej 1. roku życia, nie ma obowiązku zatrudniania pielęgniarki lub położnej. Nie oznacza to, że instytucje opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 nie zachowują odpowiednich standardów bezpieczeństwa dla dzieci. Nowelizacja ustawy o opiece nad dziećmi w wie-

ku do lat 3, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2018 r., wprowadziła m. in. wymóg cyklicznego doszkalania opiekunów w żłobkach i klubach dziecięcych w zakresie udzielania dzieciom pierwszej pomocy.

Z uwagi na powyższe Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dopuszcza sytuację rezygnacji z obowiązku zatrudniania w żłobku, do którego uczęszcza więcej niż 20 dzieci, pielęgn-

niarki lub położnej w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.

Z poważaniem

*Stanisław Szwed
Sekretarz Stanu*

Do wiadomości:
Pani Greta Kanownik
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia



Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 21 maja 2019 r.

PPWA.024.12.2019.RJ

Pani Anita Drażek

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie

Szanowna Pani Przewodnicząca

w związku z pismem z dnia 5 kwietnia 2019 r. (znak: ORPiP/0021/94/04/201-9) w sprawie wydania opinii, czy pielęgniarka zatrudniona w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, na stanowisku edukatora ds. diabetologii wykonuje zawód pielęgniarki, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z taryfikatorem kwalifikacyjnym, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896) na stanowisku edukatora do spraw diabetologii może być zatrudniona wy-

łącznie pielęgniarka lub położna spełniająca określone w tym taryfikatorze, wymagania kwalifikacyjne oraz odpowiedni do rodzaju wykształcenia, staż pracy.

W związku z powyższym, pielęgniarka zatrudniona na ww. stanowisku pracy wykonuje zawód pielęgniarki.

*Z poważaniem
Greta Kanownik
Dyrektor*



**NACZELNA RADA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża zdecydowany sprzeciw odnośnie zaproponowanych kwalifikacji na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w szpitalnym oddziale ratunkowym poprzez dodanie osoby wykonującej zawód ratownika medycznego.

Dotychczasowe brzmienie §12 pkt 1 ppkt 2: pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu;

Proponowana zmiana w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego w §12 pkt 1 ppkt 2 wprowadza nowe brzmienie dotychczasowego zapisu: pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką syste-

mu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, którzy ukończyli studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 5 i 6.

Powyższy przepis w takim brzmieniu oznacza, iż ratownik medyczny będzie pełnił funkcję pielęgniarki oddziałowej. Natomiast, należy podkreślić, iż zgodnie z obowiązującym stanem prawnym pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu (PRM) posiada kwalifikacje w trzech zakresach:

1. Kwalifikacje pielęgniarki w zakresie świadczeń zdrowotnych zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, opiekuńczo-pielęgniarskich, edukacji i promocji zdrowia i inne;

2. Kwalifikacje pielęgniarki oddziałowej w zakresie planowania, organizowania, nadzorowania i kontrolowania funkcjonowania oddziału, zarówno w zakresie organizacji pracy podległego personelu, jak i w prawidłowości infrastruktury, zabezpieczeniu prawidłowych, bezpiecznych i ergonomicznych warunków pracy;

3. Kwalifikacje pielęgniarki systemu w zakresie obszaru ratownictwa medycznego

Stanowisko nr 26

**Stanowisko nr 26 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 6 czerwca 2019 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia
w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

nego są tożsame jak kwalifikacje ratownika medycznego.

Kluczową i rozstrzygającą kwestią jest system kształcenia przed i podyplomowego ratowników medycznych i pielęgniarek systemu. Z uwagi na przyjęte w Polsce system kształcenia tych dwóch zawodów medycznych, kwalifikacje i umiejętności pielęgniarek systemu są zdecydowanie szersze, niż ratowników medycznych, ponieważ nie ograniczają się do podejmowania medycznych czynności ratunkowych. W szpitalnych oddziałach ratunkowych podejmuje się procedury diagnostyczne lecznicze i pielęgnacyjne, przy wykonywaniu których ratownik medyczny bardzo często nie może uczestniczyć z powodu braku odpowiednich kwalifikacji i umiejętności. Należy także podkreślić, iż w kształceniu zawodowym ratownika medycznego nie znajdują się treści i umiejętności dotyczące organizacji i zarządzenia w placówkach ochrony zdrowia. Zatrudnienie osób do wykonywania czynności medycznych, którzy nie posiadają wymaganego kształcenia - jest niezgodne z prawem i stanowi przesłankę odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych.

Ponadto, przyjęta w 2006 roku ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym określiła rolę i zadania ratowników medycznych oraz w rozporządzeniu - wymieniła katalog czynności, które mogą wykonywać ratownicy medyczni, odpowiadający uzyskanym kwalifikacjom oraz potrzebom systemu ratownictwa medycznego. Od tego czasu system kształcenia i uzyskiwane przez ratowników medycznych kwalifikacje nie zmieniły się, stąd też rozszerzanie kompetencji o pełnienie funkcji pielęgniarki oddziałowej jest nieuzasadnione i stoi w sprzeczności z obowiązującymi przepisami prawa.

Wprowadzenie powyższego zapisu jest zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niezgodne z obowiązującym stanem prawnym, tj. ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.) oraz aktami wykonawczymi: rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018, poz. 393) oraz rozporządzeniem Mi-

nistra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r., Nr 151 poz. 896). Ponadto, projektowane rozporządzenie stoi w sprzeczności z zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi i aktualną wiedzą medyczną (art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Dz. U. z 2017 r., poz. 1318), a także podziałem kompetencji pomiędzy pielęgniarką systemu a ratownikiem medycznym w szpitalnym oddziale ratunkowym (art. 4 ust. 1 i art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.) oraz art. 1, art. 3 pkt 6 i 9 i art. 11 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r., poz. 993).

Zgodnie z przywołanymi powyżej przepisami oraz ustaloną linią orzecniczą sądów administracyjnych w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko: 1) kierownika, 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, 3) ordynatora, 4) naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek, 5) pielęgniarki oddziałowej (art. 49 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Ustawodawca tym samym nie przewiduje, aby stanowiska ww. mogły być obsadzone przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego. Podnosimy, iż szpitalny oddział ratunkowy jest zdefiniowany jako oddział szpitalny i podlega wyższym regulacjom m.in. w zakresie obsadzania stanowisk kierowniczych przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje oraz zgodnie z ustalonymi zasadami konkursu na te stanowiska. W wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 14 listopada 2013 r. sygn. akt III SA/Kr 844/13 wskazano, iż: „(...) Niedopuszczalne jest (...) wprowadzanie mocą aktów rangi podstawowej takich regulacji, które doprowadziłyby do obejścia przytoczonych powyżej regulacji ustawowych. (...) Doszłoby bowiem do obejścia prawa zarówno w zakresie wymaganych kwalifikacji zawodowych i stażu, jak też powoływania w drodze konkursu (...), wprowadzenie zamiast stanowisk „pielęg-

niarki naczelniej” i „pielęgniarki oddziałowej” innych stanowisk o tych samych funkcjach, stanowi obejście prawa. (...) Wszystkie te stanowiska powinny być obsadzone w drodze konkursu. Natomiast przyjęte w zaskarżonej uchwale zmiany doprowadziły w praktyce do usunięcia ze struktury organizacyjnej (...) stanowisk pielęgniarek konkursowych, co stanowi naruszenie powoływanych powyżej przepisów” Podobnie: Orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 16 czerwca 2010 r. wydane w sprawie o sygn. akt II OSK 119/10, zgodnie z którym statutowa zmiana stanowisk i wprowadzenie w miejsce stanowisk wymienionych zarówno w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie odpowiednio ustawie o działalności leczniczej) (...) nowych stanowisk, w ustawach nie wymienionych może być uznane za obejście prawa prowadzące do naruszenia ustawowych uprawnień samorządu pielęgniarek.”

Argumentacja przytoczona w uzasadnieniu o braku wykwalifikowanych pielęgniarek jest oczywista. Z danych statystycznych wynika, iż obecnie w systemie ratownictwa medycznego jest 13 038 pielęgniarek systemu, w tym 2 705 pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Natomiast, pielęgniarek posiadających kwalifikacje pielęgniarki systemu jest obecnie 64 347, w tym 24 098 to pielęgniarki z tytułem specjalisty. Ratownik medyczny bez względu na uzyskane dodatkowe kwalifikacje nie ma możliwości uzyskania kwalifikacji porównywalnych z kwalifikacjami pielęgniarki, w tym pielęgniarki oddziałowej.

W związku z powyższym wyrażamy sprzeciw wobec wprowadzenia aktem wykonawczym rozwiązań prawnych - polegających na możliwości obsadzania stanowiska pielęgniarki oddziałowej szpitalnego oddziału ratunkowego - przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego oraz zmiany nazwy stanowiska na koordynującego pracę innych osób, dającą możliwość pełnienia tej funkcji przez ratownika medycznego.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*



Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 27

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 lipca 2019 r.
w sprawie utworzenia nowego zawodu „Technik Pielęgniarstwa”

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z ustaleniami wypracowanymi w ramach inicjatywy „Wspólnie dla Zdrowia” wyraża ogromne zaniepokojenie i stanowczy sprzeciw dla utworzenia nowego zawodu „Technik Pielęgniarstwa”.

Zgodnie z uprawnieniami ustawowymi Prezydium NRPiP wnosi o utrzymanie dotychczasowego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek i położnych RP w ramach szkolnictwa wyższego. System ten:

1. jest zgodny z Europejskim Porozumieniem w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. UE. L.05.255.22);

2. jest objęty dwustronnym systemem monitorowania jakości kształcenia przez KRASzPiP oraz PKA, co zaowocowało doprowadzeniem do wypracowania i realizacji efektywnego procesu ewaluacji jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, głównie w zakresie programów i procesów kształcenia, kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej oraz wewnętrznych systemów jakości kształcenia;

3. jest standaryzowany, co zapewnia regulacyjność zawodu i osiągnięcie wyników końcowych w postaci sformułowanych i zrealizowanych efektów kształcenia.

Należy wskazać, iż limity przyjęć są określane na poziomie uczelni. Uczelnie są zainteresowane pozyskaniem jak największej liczby studentów dlatego

nie wprowadzają niskich limitów. Powodem niedoboru absolwentów nie są zatem trudności w dostępie do kształcenia tylko w atrakcyjności zawodu, tj. warunkach pracy i wynagradzania, co nasila zjawisko emigracji zarobkowej młodych adeptów zawodu.

W ocenie Prezydium NRPiP problem stanowi również aktualnie niezatrudnianie absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo przez podmioty realizujące świadczenia zdrowotne. Dlatego wprowadzenie dodatkowego szczebla kształcenia nie będzie skutkowało wzrostem liczby potencjalnych pracowników do realizacji pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie kształcenia średniego niewątpliwie przyczyni się do obniżenia poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Kształcenie średnie sprawdziło się w przeszłości, gdy w systemie służby zdrowia potrzebny był pracownik realizujący świadczenia pomocnicze na rzecz świadczeń lekarskich. Obecnie pielęgniarstwo i położnictwo to samodzielne zawody medyczne wymagające nie tylko przygotowania w zakresie wykonywania standardowych procedur ale również samodzielnego podejmowania decyzji diagnostycznych, profilaktycznych, terapeutycznych i ratunkowych, co wymaga szerokiego zakresu wiedzy i umiejętności. W całym rozwiniętym świecie medycznym obserwuje się substytucję usług, czego wyrazem w RP było wprowadzenie dla pielęgniarek i położnych uprawnień do ordynacji leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Prezydium NRPiP stoi na stanowisku, iż należy kontynuować kształcenie opiekuna medycznego będącego odpowiednikiem zachodnioeuropejskiej asystentki pielęgniarskiej. Zapew-

nienie opiekunowi w kompetencjach czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych i części podstawowych czynności instrumentalnych wykonywanych na zlecenie pielęgniarki umożliwiłoby sprawniejszą organizację pracy i lepsze wykorzystanie wiedzy, umiejętności licencjata, magistra i specjalisty - co w konsekwencji doprowadziłoby do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i obniżenia wskaźnika zdarzeń niepożądanych. Wymaga to jednak stworzenia dla opiekunów medycznych realnych możliwości zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia. Dzieje się tak w wielu krajach europejskich, gdzie ustala się nawet stopniowanie ich kompetencji. W Polsce pomimo wdrożenia kształcenia w zawodzie opiekun medyczny, opiekun osoby starszej w dalszym ciągu absolwenci ci mają duże trudności w znalezieniu miejsc zatrudnienia, szczególnie w lecznictwie szpitalnym. Stąd też zasadnym jest podejmowanie działań systemowych dla zwiększenia możliwości zatrudnienia już wykształconych absolwentów zawodów pomocniczych takich jak np. opiekun medyczny.

Mając na względzie powyższe Prezydium NRPiP nie może pozostawać obojętne na proponowane zmiany w systemie kształcenia polskich pielęgniarek skutkujące dramatycznym obniżeniem jakości kształcenia, a tym samym jakości świadczeń zdrowotnych i zagrożeniem bezpieczeństwa pacjentów. Duże prawdopodobieństwo zdarzeń niepożądanych pociągnie za sobą również dotkliwe skutki finansowe leczenia naprawczego.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander
Prezes NRPiP
Zofia Małas



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Stanowisko Nr 2

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 24 lipca 2019 r.
w sprawie utworzenia nowego zawodu „Technik Pielęgniarstwa”

skierowane do:

1. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie popiera Stanowisko Nr 27 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 lipca 2019 r. w sprawie utworzenia nowego zawodu „Technik Pielęgniarstwa”.

W ocenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie inicjatywa stworzenia nowego zawodu, będzie przyczyną zmniejszenia atrakcyjności zawodu pielęgniarki i nasilenia zjawiska emigracji zarobkowej wśród członków tej grupy zawodowej. Pogłębi więc to istniejące już problemy związane z niedoborem personelu pielęgniarskiego na krajowym rynku pracy.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że środkiem zaradczym dla obecnych trudności związanych z dostępem do świadczeń zdrowotnych jest zapewnienie opiekunowi medycznemu kompetencji pielęgnacyjno-opiekuńczych i części podstawowych czynności instrumentalnych wykonywanych na zlecenie pielęgniarki.

W Polsce mimo wprowadzenia od lipca 2007 r. zawodu opiekuna medycznego, absolwenci tego kierunku napotykać wielkie trudności podczas poszukiwania miejsc pracy, szczególnie w lecznictwie stacjonarnym.

Dlatego należy podjąć działania zmierzające do zwiększenia zatrudnienia w zawodach pomocniczych takich jak wspomniany wcześniej opiekun medyczny.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie uważa, że utworzenie nowego zawodu oraz proponowane zmiany w systemie kształcenia pielęgniarek doprowadzą do obniżenia poziomu ich wiedzy i profesjonalizmu, a to będzie skutkowało spadkiem jakości świadczeń zdrowotnych i zagrożeniem bezpieczeństwa pacjentów.

*Sekretarz Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Ewa Czupska*

*Wiceprzewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Barbara Błażejowska-Kopiczak*



MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ
SEKRETARZ STANU PEŁNOMOCNIK
RZĄDU DO SPRAW WSPIERANIA
WYCHOWAWCZEJ FUNKCJI SZKOŁY

Warszawa, 02 sierpnia 2019 r.

DSKKZ-WOKZ.423.30.2019.UB

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

odpowiadając na pismo nr NIPiP-NR-PiP-DS.015.164.2019.MG, przy którym przedłożono stanowisko nr 27 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie utworzenia nowego zawodu technik pielęgniarstwa, uprzejmie informuję, że zmiany w zakresie wprowadzenia, zmiany albo wykreślenia zawodu z klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego następują wyłącznie na wniosek ministra właściwego dla zawodu¹.

Uprzejmie wyjaśniam, że dotychczas do Ministra Edukacji Narodowej nie wpłynął wniosek Ministra Zdrowia dotyczący wprowadzenia zawodu technik pielęgniarstwa lub zmian w zakresie kształcenia w zawodzie opiekun medyczny.

Biorąc pod uwagę powyższe, od roku szkolnego 2019/2020 kształcenie w zawodzie opiekun medyczny będzie realizowane zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodzie, określoną w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r.²

*Z wyrazami szacunku
Iwona Michałek
Sekretarz Stanu
/podpisany cyfrowo/*

¹ Art. 46 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, ze zm.)

² Załącznik nr 20 do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego. (Dz. U. poz. 991)



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Stanowisko Nr 1

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 24 lipca 2019 r.
w sprawie powołania w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej
im. Stanisława Pigonia w Krośnie studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo

skierowane do:

1. Pana Jarosława Gowina Premiera Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w pełni popiera starania władz uczelni Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie o utworzenie studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

W naszej ocenie Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigonia w Krośnie:

- osiąga wysoki poziom dotychczasowego kształcenia na studiach licencyjnych,

- posiada nowoczesną bazę dydaktyczną z Monoprofilowym Centrum Symulacji,
- ma wysoko wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną.

Nowe obowiązki i wyzwania stojące przed pielęgniarkami i położnymi wymagają wysokich kwalifikacji oraz szerokiego przygotowania teoretycznego i praktycznego. Niezbędne kompetencje studenci będą mogli uzyskać w trakcie w/w studiów magisterskich.

Umożliwienie przez Pana Premiera otwarcia kształcenia na studiach II stopnia wyjdzie naprzeciw potrzebom lokalnego rynku pracy oraz potrzebom studen-

tów. Studia takie pozwolą kontynuować naukę w pobliżu miejsca zamieszkania - co dla młodych ludzi może mieć bardzo duże znaczenie ekonomiczne i społeczne.

Zwracamy się do Pana Premiera o pozytywne rozstrzygnięcie złożonego przez władze Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie wniosku o utworzenie studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Sekretarz Okręgowej

Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Ewa Czupaska

Wiceprzewodnicząca Okręgowej

Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Barbara Błażejowska-Kopiczak

Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami – nowe kompetencje pielęgniarki

Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami standaryzuje zakres opieki zdrowotnej nad uczniami kładąc nacisk na profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną. W szczególności ustawa zapewni dostęp do opieki zdrowotnej w szkole oraz dostęp dzieci i młodzieży do gabinetów stomatologicznych. Osobami odpowiedzialnymi za sprawowanie opieki zdrowotnej będą: pielęgniarka nauczania i wychowania albo higienistka szkolna oraz lekarz dentysta.

Wchodząca w życie 12 września br. ustawa jest pierwszym tego typu aktem prawnym, który zapewnia kompleksowość oraz integrację działań osób sprawujących opiekę zdrowotną (pielęgniarki, lekarza) nad uczniami. Podnosi również znaczenie promocji zdrowia, profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej dla zachowania zdrowia.

W przypadku świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę środowiska na-

uczania i wychowania albo higienistkę, świadczenie będzie realizowane w gabinetach profilaktyki zdrowotnej. W przypadku realizacji świadczeń stomatologicznych – w gabinetach stomatologicznych (w szkole lub poza nią) lub dentobusach. W zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w sprawowaniu opieki stomatologicznej nad uczniami będzie mogła uczestniczyć również higienistka stomatologiczna.

Ustawa nakłada nowe obowiązki na osoby sprawujące opiekę zdrowotną polegające na udzielaniu świadczeń, jak również współdziałanie z innymi podmiotami. Po raz pierwszy określono zakres współpracy między rodzicami a pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną, a także współpracy między podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami (pielęgniarka lub higienistka szkolna, lekarz dentysta), podmiotami zapewniającymi warunki organiza-

cyjne tej opieki (dyrektor szkoły, organ prowadzący szkołę) oraz nauczycielami i innymi pracownikami szkoły (pedagog szkolny). Określono także organizację opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole. Działania te mają realnie wesprzeć rodziców w skutecznej realizacji prawa ucznia do świadczeń zdrowotnych.

Za zapewnienie gabinetu profilaktyki zdrowotnej oraz gabinetu dentystrycznego odpowiada organ prowadzący szkołę, który będzie udostępniać pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolnej gabinet profilaktyki zdrowotnej nieodpłatnie.

Monitorowanie opieki zdrowotnej nad uczniami realizowane będzie przez wojewodów oraz Instytut Matki i Dziecka. Nowe przepisy wejdą w życie 12 września 2019 r.

źródło:

<https://nipip.pl/ustawa-o-opiece-nad-uczniami-nowe-kompetencje-pielęgniarki/>

Jubileusz dwudziestolecia swej działalności Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie

W dniu 31 maja 2019 roku Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigonia w Krośnie uczciła jubileusz dwudziestolecia swej działalności. W uroczystym posiedzeniu Senatu, które na tę okazję zwołano w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza, uczestniczyło wielu znamienitych gości z zaprzyjaźnionych uczelni krajowych i zagranicznych. Licznie przybyli również pracownicy i studenci uczelni oraz mieszkańcy Krosna. Obchody naszego jubileuszu uświetnił swą obecnością jako gość honorowy dr Jarosław Gowin – Wicepremier, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Obecni byli dwaj poprzedni rektorzy krośnieńskiej PWSZ: prof. dr hab. inż. Andrzej Gonet i prof. dr hab. Janusz Gruchała.

Na uroczystość przybyli rektorzy oraz przedstawiciele władz zaprzyjaźnionych uczelni: prof. Sylwester Czapka – Rektor Uniwersytetu Rzeszowskiego, prof. Jacek Popiel, Prorektor ds. polityki kadrowej i finansowej Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. Bogusław Skowronek – Prorektor ds. kształcenia Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, prof. Stanisław Koziara – przedstawiciel Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, prof. Renata Przybylska – Dziekan Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. dr hab. Roman Kołacz, do niedawna Rektor Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu.

Państwowe uczelnie zawodowe reprezentowali: prof. Daniel Stos – Rektor PWSZ w Skierniewicach, dr Paweł Trefler – Rektor PWSZ w Przemyślu, prof. Mariusz Cygnar – Rektor PWSZ w Nowym Sączu, dr Elżbieta Cipora – Rektor PWSZ w Sanoku, doc. dr Dorota Dejnyak – prorektor ds. dydaktycznych PWSTE w Jarosławiu.

Z zagranicznych uczelni wyższych przybyli: prof. Bohdan Durnyak – Rektor Ukraińskiej Akademii Drukarstwa

we Lwowie, doc. dr Jaroslav Uhryn – Prorektor Ukraińskiej Akademii Drukarstwa we Lwowie, prof. Zhou Zicheng – Wiceprezydent Beijing Union University i dr Judit Kelemen – Dziekan Comenius Faculty w Egerze, Kampus w Sarospatak.

Posiedzenie Senatu zaszczyli również parlamentarzyści: poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej Piotr Babinetz,

a także senator prof. dr hab. Aleksander Bobko oraz Wicemarszałek Województwa Podkarpackiego Stanisław Kruczek, Przewodniczący Sejmiku Województwa Podkarpackiego Jerzy Borcz, Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytocky – Przewodniczący Konwentu naszej uczelni, zastępcy prezydenta – Bronisław Baran i Tomasz Soliński, a także Jan Pelczar, Starosta Powiatu Krośnieńskiego.



Przemówienie z okazji 20-lecia PWSZ w Krośnie wygłosił rektor prof. Grzegorz Przebinda, który przede wszystkim podziękował gościom za przyjęcie zaproszenia oraz za nadesłane listy gratulacyjne.

Dr Jarosław Gowin, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego w swoim przemówieniu podkreślił m.in., że uczelnie takie jak PWSZ w Krośnie integrują lokalne środowiska, dbają o rozwój kultury regionu i przygotowują fachowców.

W imieniu krośnieńskich szkół Pan Andrzej Gregorczyk, dyrektor Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych nr 1 w Krośnie, złożył podziękowania za wieloletnią współpracę i życzenia dla społeczności naszej uczelni.

Wyrazy uznania i podziękowania za współpracę złożyła także Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pani Barbara Błażejowska-Kopiczak.

W dalszej części uroczystości, zgodnie z postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, na wniosek Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Krośnie oraz na wniosek Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, za zasługi w działalności na rzecz rozwoju nauki, odznaczeni zostali pracownicy Uczelni, w tym dr Renata Dziubaszewska - Dyrektor Instytutu Zdrowia i Gospodarki (Brązowy Krzyż Zasługi).

W jubileuszowym roku 100. rocznicy Odzyskania Niepodległości Prezes Rady Ministrów odznaczył prof. dr. hab. Grzegorza Przebindę, Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigionia w Krośnie, Medalem 100-lecia Odzyskania Niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej za wybitne osiągnięcia naukowe.

Przyznano również nagrody wyróżnionym studentom działającym w uczelnianych sekcjach sportowych i kołach naukowych. Odebrali je: drużyna kobiet i drużyna mężczyzn AZS PWSZ Karpaty Krosno, Koło Honorowych Dawców Krwi i Potencjalnych Dawców Szpiku, Studenckie Koło Wollontariatu, Studenckie Koło Naukowe ROTOR i Studenckie Koło Naukowe NEO.

Medalem Zasłużony dla PWSZ im. Stanisława Pigionia w Krośnie Senat PWSZ w Krośnie uhonorował prof.



dr. hab. Aleksandra Bobko. Laudację wygłosił Rektor PWSZ im. S. Pigionia w Krośnie prof. Grzegorz Przebinda, przedstawiając osiągnięcia naukowe oraz zasługi laureata w tworzeniu podkarpackiej przestrzeni akademickiej i dla krośnieńskiej uczelni. Dziękując za odznaczenie prof. A. Bobko podkreślił długoletnie więzy przyjaźni, jakie łączą go ze społecznością uczelni.

Liczną grupę gości stanowili pracownicy i studenci ze Stanów Zjednoczonych, Chin, Szkocji, Węgier, Rosji, Kazachstanu i Ukrainy, którzy uczestniczyli w Międzynarodowym Festiwalu Młodzieży.

Na zakończenie uroczystego posiedzenia Senatu wszyscy goście uczestniczyli w koncercie artystycznym w wykonaniu studentów, uczestników Międzynarodowego Festiwalu Młodzieży.

*Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa
PWSZ w Krośnie im. S. Pigionia
mgr Małgorzata Dziura*

Szkolenie dla położnych

W dniu 26 czerwca 2019 r. w Sali konferencyjnej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie odbyło się spotkanie szkoleniowe na które zapraszaliśmy pielęgniarki i położne z terenu działania naszej izby. Szkolenie zorganizowała firma „FAMILY SERVICE PELARGOS” przy naszym udziale. W szkoleniu uczestniczyło 52 osoby - pielęgniarki i położne.

Pierwszy temat szkolenia brzmiał „Cud narodzin - poród w pozycjach wertykalnych”. Wykład ten przeprowadziła doświadczona położna z Lublina. W sposób bardzo przystępny podzieliła się swoimi doświadczeniami. Wskazywała jak sprawić, aby kobieta mówiła o porodzie jako „cudzie narodzin”, by chciała przeżyć poród jeszcze raz i by zakochała się we własnym dziecku - omówiła zalecenia nowego standardu okołoporodowego. Szczególną uwagę zwróciła na to dlaczego warto rodzić w pozycji wertykalnej. Poinformowała słuchaczy, że „badania naukowe potwierdzają wiele zalet pozycji wertykalnych, zarówno dla mat-

ki jak i dla rodzącego się noworodka”. Czas porodu w pozycjach wertykalnych w porównaniu z porodami tradycyjnymi skraca się nawet o 35%. Szczegółowo omówiła poszczególne pozycje i określiła ich zalety. Na zakończenie powiedziała: „starajmy się, aby pacjentki kojarzyły położne z uśmiechem, dużą wiedzą i pomocą”, dodała że „położna to najpiękniejszy zawód świata - to zaszczyt uczestnictwa w Cudzie Narodzin”.

Drugi wykład na temat „Trudne rozmowy, czyli jak budować dobre relacje w pracy z kobietą w ciąży i po porodzie” wygłosiła doświadczona psycholog. Przedstawiła jakie emocje przeżywa osoba, która trafia do szpitala i jakie są najczęściej jej potrzeby. Zwróciła uwagę na to jaka jest rola położnej/ pielęgniarki w budowaniu dobrej komunikacji i dobrej współpracy z pacjentkami. Omówiła bardzo wnikliwie czynniki dobrej komunikacji: leżące po stronie pacjentki związane z nią i z sytuacją w jakiej się znajduje, związane z dzieckiem, z jej rodziną,

a następnie zostały przedstawione czynniki dobrej komunikacji leżące po stronie położnej. Ponadto przedstawiła czynniki sprzyjające dobrej komunikacji. Puentą wykładu była wypowiedź, że „nie mamy wpływu na to jak się zachowuje i co czuje druga osoba. Możemy mieć wpływ tylko na siebie. Na to jak się zachowujemy pod wpływem naszych myśli, uczuć i jak wykorzystujemy umiejętności komunikacyjne, które posiadamy. Warto zatem samemu zacząć zachowywać się wobec innych tak, jak sami byśmy chcieli żeby ktoś zachowywał się wobec nas”. Kilkakrotnie w wykładzie zostało podkreślone to, że do budowania dobrej relacji potrzebna jest skuteczna komunikacja werbalna i niewerbalna oraz jakie korzyści płyną z prawidłowej i skutecznej komunikacji z pacjentkami.

To było bardzo owocne i wiele wnoszące w praktykę szkolenie.

*Wiceprzewodnicząca ORPiP w Krośnie
Barbara Błażejowska- Kopiczak,*

WPIS DO REJESTRU

PRAKTYK ZAWODOWYCH - RPWDL

(indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych)

Pielęgniarka/położna zamierzająca wykonywać zawód w formie indywidualnej lub grupowej praktyki składa poprzez system teleinformatyczny Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą WNIOSEK, który system przesyła do właściwej terytorialnie (ze względu na miejsce wykonywania) okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ MOŻNA ROZPOCZĄĆ DOPIERO PO UZYSKANIU WPISU DO REJESTRU.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych dokonuje potwierdzenia wpisu do rejestru - w terminie do 30 dni od daty wpływu kompletnego wniosku wraz z załącznikami. Wniosek o wpis do rejestru składa się w formie elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpi-

su elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP po uprzednim założeniu konta w RPWDL. Zaświadczenie jest wystawiane w postaci elektronicznej i generowane z systemu teleinformatycznego w sposób umożliwiający jego wydruk. Nie wymaga ono podpisu ani pieczęci.

Wnioskodawca otrzymuje na adres poczty elektronicznej wskazany we wniosku informację o wydaniu zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz dane umożliwiające pobranie zaświadczenia z systemu teleinformatycznego.

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, obowiązany jest zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Pielęgniarka i położna prowadząca indywidualną praktykę jest obowiązana złożyć wniosek o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku zaprzestania wykonywania działalności i wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Art. 19 ustawy o działalności leczniczej przewiduje, że warunkiem wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej praktyki, jest uzyskanie wpisu do Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności gospodarczej. Zatem konsekwencją wykreślenia z w/w ewidencji powinien być wniosek pielęgniarki/położnej o wykreślenie z rejestru indywidualnych praktyk, zgodnie z art. 108 ustawy o działalności leczniczej.

UWAGA!!! WAŻNE

W związku z pojawiającymi się wieloma zapytaniami dotyczącymi organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych informujemy, iż pojawiły się na rynku firmy które organizują szkolenia, kursy i specjalizacje nie mając uprawnień do realizowania kształcenia podyplomowego. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do organizatora prosimy o kontakt z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Zgodnie z przepisami ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.):

Art. 75 ust. 1. Organizatorami kształcenia mogą być:

1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;

2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej „rejestrem”, będącego rejestrem działalności regulowanej.

2. Kształcenie podyplomowe prowadzone przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646).

3. Warunkami prowadzenia kształcenia podyplomowego są:

1) posiadanie programu kształcenia;
2) zapewnienie kadry dydaktycznej o kwalifikacjach odpowiednich dla danego rodzaju kształcenia, zgodnych ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia;

3) zapewnienie bazy dydaktycznej odpowiedniej do realizacji programu kształcenia, w tym dla szkolenia praktycznego, zgodnej ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia;

4) posiadanie wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia, uwzględniającego narzędzia oceny jakości kształcenia oraz metody tej oceny.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych właściwa dla miejsca prowadzenia kształcenia, a w przypadku okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz utworzonych przez nie spółek prawa handlowego, w których posiadają one udziały lub akcje, lub innych utworzonych przez nie podmiotów - Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych prowadzi, w systemie informatycznym, rejestr podmiotów kształcenia podyplomowego (art. 77 ustawy).

Wizerunek pielęgniarstwa

czyli jak widzą i oceniają ciebie inni?

W przypadku zawodów, których praca jest oparta na ciągłym kontakcie z drugim człowiekiem, znaczenie posiadania pozytywnego wizerunku jest kwestią podstawową. W obecnych czasach - oprócz profesjonalnego przygotowania zawodowego - każdy pracownik, który chce się cieszyć poważaniem wśród swoich klientów oraz uznaniem w swoim środowisku zawodowym, musi wiedzieć, jakie są zasady budowania pozytywnego wizerunku zawodowego i jakie ma to znacznie. Każdy profesjonalista powinien to robić z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze - posiadanie pozytywnego wizerunku zawodowego jest obecnie nierozdzielalną, niezbędną składową nowoczesnego specjalisty praktyka oraz - trzeba o tym także pamiętać - w dobie silnej konkurencji rynkowej, klientom/pacjentom nie wystarczają już same (niekiedy nawet bardzo wysokie) kompetencje zawodowe. Zwracają oni uwagę także na wizerunek (danej oso-

by, grupy zawodowej, przedsiębiorstwa/szpitala) i oczekują profesjonalnego ich przyjęcia (obsługi, a w przypadku placówek medycznych - opieki) także z perspektywy usługowej.

Wizerunek

- od wyjaśnienia do zrozumienia
Wizerunek jest określany jako sposób, w jaki dana osoba lub rzecz jest postrzegana i przedstawiana. Wizerunek nie zależy bezpośrednio od ocenianego, istnieje jednak możliwość jego pożądanego kreowania. Jest czynnikiem niematerialnym, zależnym od percepcji obserwatorów, którzy oceniają różne aspekty wyglądu, komunikacji, pracy i inne cechy osoby ocenianej. Wizerunek jest zależny od posiadanych wstępnie informacji na temat ocenianej osoby (grupy osób, w tym grupy zawodowej, np. pielęgniarek), możliwości dostrzegania pewnych cech i walorów przez osobę oceniającą oraz wydawania oceny na ten temat.

Cechy, które mają wpływ na wizerunek

- fizyczne, tj. wiek, wygląd (wzrost, waga, atrakcyjność fizyczna, włosy, znaki szczególne),
- profil osobowościowy, tj. zachowanie, umiejętność okazywania emocji, kontakty międzyludzkie, otwartość, zrównoważenie, prezentowane wartości, relacje z pracownikami, w tym z przełożonymi i podwładnymi,
- komunikacja niewerbalna, tj. mowa ciała, ruchy, postawa, gesty, wyraz twarzy, mimika, utrzymywanie kontaktu wzrokowego podczas konwersacji, sposób ubierania się,
- styl komunikowania, tj. sposób mówienia, intonacja głosu, sposób pisanie,
- przeszłość, tj. miejsce pochodzenia, wykształcenie, rodzaj ukończonej szkoły/uczelni, doświadczenie zawodowe, opinie dotychczasowych pracodawców i/lub znajomych osób,

- kompetencje, tj. wiedza, kwalifikacje, zawód, zajmowane stanowisko, firma zatrudniająca,
- najbliższe otoczenie, tj. rodzina, przyjaciele, znajomi,
- sposób spędzania wolnego czasu, tj. stosunek czasu pracy do czasu wolnego, aktywność pozazawodowa, hobby,
- stan posiadania, tj. dom, auto,
- inne, tj. publikacje naukowe/zawodowe, plotki, zdjęcia.

Wizerunek powstaje głównie na podstawie wrażenia, które uzyskuje się przede wszystkim w pierwszych chwilach kontaktu z drugim człowiekiem. Ocena rozmówcy na podstawie jednego, często chwilowego kontaktu, wystawiona przez pryzmat wyłącznie wyglądu, sposobu zachowania, komunikacji werbalnej i niewerbalnej jest często nieobiektywna i może być bardzo niekorzystna dla ocenianej osoby, bowiem oceniający nieświadomie nie bierze pod uwagę wielu różnych (korzystnych i niekorzystnych) cech danej osoby oraz często kontekstu sytuacyjnego (pośpiech, zdenerwowanie, stres u ocenianego i oceniającego).

Pierwsze wrażenie bywa często oparte na stereotypach i pobieżnej ocenie, może być więc niesprawiedliwe i krzywdzące. Wizerunek trudno jest zmienić. Jest to możliwe, jednak pierwsze wrażenie zostaje z reguły dość mocno zakotwiczone w świadomości drugiej osoby i staje się najczęściej odporne na weryfikację i kontrargumenty. Żeby doszło do zmiany wizerunku, musi upłynąć z reguły dużo czasu (co najmniej kilka miesięcy), kontakty z ocenianą osobą w tym okresie muszą być dość częste i - co najważniejsze - osoba oceniana (poddana ocenie wizerunkowej) musi się prezentować z jak najlepszej strony. Dopiero wówczas jest szansa na zmianę wizerunku.

Wizerunek może być kłopotliwy. Dzieje się tak w przypadku zawodów, które niekiedy nie mają na stałe przypisanego pozytywnego odbioru społecznego z różnych względów, np. w trakcie pracy, wykonywania obowiązków służbowych, przedstawiciele tej danej profesji muszą czasem używać siły fizycznej (policja) i stosować kary (mandaty)

lub być z założenia cały czas do dyspozycji świadczenia złożonej pracy na rzecz klientów, nie bacząc na porę dnia i swoje ew. niedomagania (zmęczenie fizyczne i psychiczne u pracowników służby zdrowia).

W przypadku pracowników służby zdrowia na wizerunek wpływają także nieudane świadczenia (np. zabiegi), których zły rezultat nie zawsze wynika ze złych chęci, marnych kompetencji, czy złej organizacji pracy (jak zwykle przekazują to media), ale z przyczyn zupełnie innych, tj. np. późny kontakt pacjenta z placówką medyczną i w rezultacie bardzo małe szanse na podjęcie leczenia, które ma się zakończyć pomyślnie. Obecny w mediach wizerunek poszczególnych zawodów oparty na wybranych wydarzeniach, często skrajnych, mających miejsce bardzo rzadko, ale powtarzanych w mediach masowego przekazu cyklicznie i obecnych na stałe w Internecie, daje często fałszywy obraz o całej grupie zawodowej.

Na wizerunek zawodowy wpływają także postawy i zachowania niektórych przedstawicieli danej profesji. Jeśli są one pochlebne, godne pochwały i naśladowania - zyskuje na tym całe środowisko zawodowe, zaś w przypadku odwrotnym, tj. nagannego zachowania przedstawiciela danego zawodu, całe grono zawodowe może na tym ucierpieć. Poznanie różnych elementów wpływających na budowanie wizerunku zawodowego jest z całą pewnością korzystne, bowiem pozwala na kreowanie wizerunku, przede wszystkim własnego, ale również po części całej swojej profesji, według własnych oczekiwań, zapotrzebowania i życzeń.

Elementy profesjonalnego wizerunku

- wygląd zewnętrzny,
- wiedza,
- motywacja wewnętrzna,
- komunikatywność,
- empatia,
- kultura osobista,
- etyka zawodowa.

Wizerunek pielęgniarki - różne doświadczenia, różna ocena

Wizerunek zawodowy pielęgniarki jest złożony i zależy od wielu czynni-

ków. Na budowanie ogólnej opinii o pielęgniarkach i tworzenie jej wizerunku mają wpływ różne osobiste doświadczenia pacjenta, opinie i doświadczenia rodziny oraz znajomych chorego. Pacjenci, opisując wizerunek pielęgniarki, biorą pod uwagę przede wszystkim stopień spełnienia przez nią oczekiwań (np. okazywanie empatii, chęć pomocy i udzielanie wsparcia, pozytywne nastawienie, profesjonalizm), sposób komunikacji werbalnej i niewerbalnej (mowa ciała), zachowanie w konkretnej sytuacji i podczas całego pobytu chorego w szpitalu (np. opanowanie emocji, uprzejmość, umiejętność budowania relacji interpersonalnych). Pacjenci, oceniając pielęgniarkę, biorą także pod uwagę jej osobowość, podejście - zaangażowanie do pracy, ludzi i do samej siebie oraz wyznawane przez nią wartości (np. szacunek do innych). Oceniając pracę pielęgniarki, mogą także zwracać uwagę na właściwe i szybkie rozpoznanie problemu dotyczącego opieki nad pacjentem, wykonywanie pracy w sposób zaplanowany i zindywidualizowany, brak komplikacji w związku z opieką pielęgniarską i wystarczającą liczbę pielęgniarek do opieki nad pacjentem. Ocena pracy pielęgniarki oraz tworzenie wizerunku tej grupy zawodowej będzie zależała w dużej mierze od relacji między pacjentem a pielęgniarką i aktywności każdej ze stron.

Na budowanie wizerunku pielęgniarki ma także wpływ sposób, w jaki traktowana jest przez lekarzy i przez przełożonych. Ma to szczególne znaczenie, kiedy pacjent bezpośrednio obserwuje i słyszy rozmowy między poszczególnymi profesjonalistami medycznymi (lekarz-pielęgniarka) oraz widzi inne objawy współpracy pielęgniarek z pozostałymi grupami zawodowymi w szpitalu. A jeśli pacjent widzi i odczuwa, że lekarze i kadra kierownicza oddziału/szpitala traktuje personel pielęgniarski z szacunkiem, to również on będzie z odpowiednim szacunkiem podchodził do grupy zawodowej pielęgniarek i wysoko ją oceniał.

Zawód pielęgniarki w Polsce jest oceniany obecnie wysoko - badania przeprowadzone w 2013 roku pokazały kolejny już (od kilku lat) wzrost poważania społecznego dla pielęgniarstwa (78%)

i uplasowały ten zawód w Polsce za profesję strażaka, profesora uniwersytetu i górnika. Jaki jest zatem wizerunek zawodowy pielęgniarki w literaturze? Jaki jest wizerunek tej grupy profesjonalistów medycznych w różnego typu badaniach, w których wypowiadają się pacjenci oraz same pielęgniarki? Zestawienia tych badań są interesujące - poniżej wybrane przykłady, które pokazują, że generalnie praca pielęgniarek jest oceniana wysoko albo bardzo wysoko, choć sama pozycja zawodowa jest oceniana w kategoriach średnich lub

- większość respondentów uważa, że istotą pracy pielęgniarki jest profesjonalne pomaganie i towarzyszenie,
- największe zalety pielęgniarek: wysoki poziom wiedzy, opiekuńczość, doświadczenie, wszechstronność, profesjonalizm,
- największe wady pielęgniarek: brak uprzejmości, brak empatii, brak czasu, agresja oraz obojętność.

B. Data publikacji: 2012; grupa badana: studenci i słuchacze uczelni wyższych; wielkość próby: 114 osób; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety;

nia poziomu kształcenia, kwalifikacji i pracy na rzecz społeczeństwa.

C. Data publikacji: 2016; grupa badana: pacjenci oddziału chirurgii jednego dnia; wielkość próby: 100 osób; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety; wyniki i wnioski (najważniejsze) [Kołpa M., Jurkiewicz B., Sobyra A]:

- wizerunek pielęgniarek pracujących na oddziale chirurgii jednego dnia pacjenci ocenili wysoko,
- płeć żeńska oraz wystarczający w opinii pacjentów stopień uzyskanych informacji na temat zabiegu były dodatnio skorelowane z oceną poziomu opieki pielęgniarskiej.

D. Data publikacji: 2001; grupa badana: studenci czterech uczelni wyższych miasta Poznania; wielkość próby: 144 osoby; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety; wyniki i wnioski (najważniejsze) [Kapała W., Dry-gas P.]:

- większość pacjentów przyznaje, że praca personelu pielęgniarskiego wpływa w dużym stopniu na proces leczenia pacjenta,
- pacjenci od personelu pielęgniarskiego oczekują przede wszystkim profesjonalnej, troskliwej i ciągłej opieki, autentycznego zainteresowania chorym i zrozumienia jego potrzeb (empatia), zaś dopiero w dalszej kolejności oczekują od pielęgniarek pomocy w czynnościach higienicznych,
- osoby, które uprzednio były hospitalizowane, częściej przyznają, że praca pielęgniarki jest istotną składową procesu leczenia pacjenta.

E. Data publikacji: 2002; grupa badana: pacjenci trzech oddziałów zabiegowych; wielkość próby: 100 osób; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety; wyniki i wnioski (najważniejsze) [Mijała J., Kapała W.]: rola - pozycja zawodowa pielęgniarki jest znacząca w odczuciu pacjentów. Dostrzegają oni istotną rolę pielęgniarki w informowaniu i wspieraniu pacjenta, aczkolwiek oczekują od niej przede wszystkim fachowości instrumentalnej oraz przygotowania do samodzielności w kwestii czynności samopielęgnacyjnych.

F. Data publikacji: 2008; grupa badana: pacjenci trzech oddziałów zabiegowych; wielkość próby: 170 osób; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety [Kapała W., Chudziński S., Hyrcza S.];

Zdaniem eksperta

JAK CIĘ WIDZĄ, TAK CIĘ PISZĄ ?

Czy znaczenie tego przysłowia można uznać za wciąż aktualne? To, w jaki sposób postrzegana jest każda pielęgniarka, pielęgniarz, położna, położny - zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym, - zależy od nas samych i zawsze należy pamiętać, że sami mamy na to ogromny wpływ. Rankingi popularności zawodu pielęgniarki i położnej wśród innych zawodów w Polsce od wielu lat plasują nas w czołówce. Doceniają nas pacjenci, dużym gremium opiniodawczym są znajomi, współpracownicy, rodzina, media i my sami. W przypadku mediów częściej słyszymy o sensacyjnych wydarzeniach - zaniedbaniach ze strony pielęgniarek i położnych, strajkach w walce o lepsze warunki płacy i pracy, rzadziej o dobrych przykładach codziennej, bardzo trudnej i niezwykle odpowiedzialnej pracy. Ale czy tylko media kreują negatywny wizerunek pielęgniarki, położnej? Wystarczy posurfować po stronach internetowych, aby pozyskać wiedzę udostępnianą i komentowaną przez pielęgniarki, pielęgniarzy, położne o „nas samych, instytucjach i organizacjach, które reprezentują środowisko pielęgniarek i położnych, aby w efekcie końcowym stracić wiarę, że pisały to nasze koleżanki i koledzy. Należy zadać pytanie, czy zdajemy sobie sprawę, że z tej internetowej „wiedzy” korzystają również inni użytkownicy niekoniecznie związani z wykonywanymi zawodami, a pozyskana wiedza uruchamia w wyobraźni fałszywy obraz całej grupy pielęgniarek i położnych, który odbiega od wzoru z rankingu popularności? Mam nadzieję, że artykuł i przedstawione wyniki badań uzmysłwią nam, że przysłowie „Jak cię widzą, tak cię piszą” okazuje się wciąż aktualne.

Mariola Łodzińska - wiceprezes NRPiP

wyższych. Z poniższych badań wynika także, że od pielęgniarek oczekuje się przede wszystkim wykonywania czynności opiekuńczych, manualnych (zabiegowych) i w dalszej kolejności prac związanych z edukowaniem pacjentów.

A. Data publikacji: 2012; grupa badana: mieszkańcy województwa małopolskiego; wielkość próby: 135 osób; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety; wyniki i wnioski (najważniejsze) [Siwek M., Chmiel I., Dzierga K]:

wyniki i wnioski (najważniejsze) [Sobczak M., Kamińska B.]:

- pozycja zawodowa pielęgniarek jest oceniana jako średnia,
- ważnym czynnikiem wpływającym na poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek jest kształcenie i dokończanie,
- aby zachować właściwy wizerunek i prestiż zawodowy, pielęgniarki powinny bardziej skupić się na działaniach zmierzających do podnosze-

oraz - data publikacji: 2006; grupa badana: pacjenci oddziału zabiegowego; wielkość próby: 100 osób; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety [Kapała W., Skrobisz J.]; wyniki i wnioski z obu badań (najważniejsze):

- od personelu pielęgniarskiego pacjenci oczekują przede wszystkim zdolności manualnych, zaś w dalszej kolejności gotowości i umiejętności przekazywania przez pielęgniarkę informacji medycznych, życzliwości, uprzejmości i troskliwości,
- umiejętności manualne pielęgniarki są dla pacjentów bardzo ważne,
- po zakończeniu leczenia szpitalnego 1/3 pacjentów oczekuje od pielęgniarek informacji związanych z zalecanym postępowaniem pohospitalizacyjnym.

Ciekawym w wynikach okazało się także badanie oparte na zapytaniu trzech grup osób, które miały się wypowiedzieć o wizerunku pielęgniarki. Okazało się, że same oceniane pielęgniarki, które również brały udział w badaniu, oceniły swój wizerunek najlepiej (sic!) - może to świadczyć o pewnym samozadowoleniu grupy badanych pielęgniarek, jednocześnie jednak same pielęgniarki swoją pozycję wśród innych zawodów medycznych oceniły na niskim poziomie. Z pewnością badanie takie należałoby powtórzyć na większej grupie badawczej, żeby móc wyciągnąć wnioski, czy jest to swego rodzaju artefakt, czy też uogólniona tendencja. Opis wyników tego badania:

G. Data publikacji: 2011; grupa badana: trzy grupy osób (lekarze, pacjenci, pielęgniarki) ze szpitala wojewódzkiego i rejonowego; wielkość próby: 160 osób (odpowiednio: 50, 50, 60 osób); narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety; wyniki i wnioski (najważniejsze) [Włodarczyk D., Tobolska B.]:

- wizerunek pielęgniarki jest uzależniony od oceniających (lekarz vs pacjent vs pielęgniarka),
- pielęgniarki wyżej niż lekarze i pacjenci oceniają większość analizowanych cech, co oznacza, że mają pozytywniejszy wizerunek swojego zawodu niż pozostałe grupy,
- pielęgniarki niżej niż lekarze i pacjenci postrzegają pozycję swojego zawo-

du w hierarchii społecznej i wśród innych profesji medycznych.

Innym badaniem z kolei była praca polegająca na zapytaniu samych pielęgniarek i pielęgniarzy na temat wpływu mediów elektronicznych na kreowanie wizerunku zawodowego pielęgniarek. Wnioski z tego badania są o tyle znaczące, że mówią o tym, że iż same pielęgniarki, jako grupa zawodowa, w pełni zdają sobie sprawę z wpływu mediów na kreowanie ich wizerunku zawodowego. Opis wyników tego badania:

H. Data publikacji: 2016; grupa badana: pielęgniarki i pielęgniarze aktywni zawodowo; wielkość próby: 181 osób; narzędzie badawcze: kwestionariusz ankiety; wyniki i wnioski (najważniejsze) [Sykut A., Dobrowolska B.]:

- na wizerunek zawodu pielęgniarki, zdaniem pielęgniarek i pielęgniarzy, znaczny wpływ mają media elektroniczne (w stopniu dużym lub bardzo dużym); największy wpływ ma telewizja, mniejszy internet i radio,

- na budowanie wizerunku zawodu pielęgniarskiego, zdaniem pielęgniarek i pielęgniarzy, mają takie programy, jak wiadomości i doniesienia ze świata,

- media elektroniczne, zdaniem pielęgniarek i pielęgniarzy, przedstawiają grupę zawodową w złym świetle - przedstawiają zawód pielęgniarki jako gorszy od zawodu lekarza lub jako zawód niedoceniany, informowały o strajkach i protestach pielęgniarek, lub też o błędach zawodowych pielęgniarek i brakach w zatrudnieniu.

Znaczenie wizerunku zawodowego wzrasta - jak pokazują wcześniej przytoczone badania przede wszystkim pacjenci oceniają pielęgniarki i przytaczają opis wizerunku jej zawodu, ale i również same pielęgniarki są świadome swojego wizerunku i czynników na niego wpływających. Znaczenia wizerunku zawodowego w grupie pielęgniarek, nie można ignorować, bowiem wizerunek zawodowy może w dużym stopniu wpływać na ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Trzeba też pamiętać, że sam oceniający (pacjent) nieustannie się zmienia (zmieniają się wiedza, poglądy i umiejętności pacjentów w sferze zdrowia i choroby), wobec tego wystawiana przez niego ocena dotyczą-

ca konkretnej osobie/grupie zawodowej też będzie ulegać okresowej fluktuacji.

Wizerunek pielęgniarki - ostatnie uwagi

Wizerunek grupy zawodowej pielęgniarek w Polsce jest po części zależny od wizerunku systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, a ten nie jest najlepszy, zwłaszcza gdy jest oceniany przez pacjentów na podstawie informacji przedstawianych w mediach. W środkach masowego przekazu okresowo toczą się burzliwe dyskusje na temat niekorzystnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia. Okresowo pojawiają się również społeczne obawy, że pacjenci będą pozbawieni dostępu do opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Utrzymująca się atmosfera niepewności, niepokoju i poczucia zagrożenia z pewnością mają wpływ na negatywne opinie pacjentów o systemie ochrony zdrowia. Z drugiej jednak strony, profesjonalści medyczni, w tym grupa zawodowa pielęgniarek, zdają sobie sprawę, że wzrost roli wizerunku opieki zdrowotnej jest także efektem specyficznego charakteru usługowego świadczenia medycznego, gdzie - jak pokazują różne badania empiryczne - opieka medyczna (głównie pielęgniarska i lekarska) jest podstawowym kryterium oceny danej jednostki opieki zdrowotnej. Opieka ta, to, w rozumieniu pacjenta, nie tylko właściwe procedury medyczne, ale przede wszystkim przebywanie chorego z pielęgniarką i lekarzem, zapewnienie pacjentowi przez personel medyczny poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego.

Pisząc o wizerunku, personelu pielęgniarskiego, nie można zapomnieć, że personel ów składa się głównie z kobiet, w zdecydowanej mniejszości z mężczyzn (w krajach zachodnich mężczyźni stanowią do maksymalnie kilkunastu procent wszystkich pielęgniarek, w Polsce obecność mężczyzn w pielęgniarstwie jest oceniana za ledwie na kilka procent i z roku na rok się zmienia). Oceniając wizerunek pielęgniarki, niektórzy ankietowani z pewnością mogą to robić stereotypowo, tj. przez pryzmat seksistowskiego przekonania dotyczącego kobiet. W takiej perspektywie ocena i oczekiwania względem personelu pielęgniarskiego będą inne, tj. np. pielęgniarki-kobiety z natury miałyby

służyć pacjentowi, lubić się poświęcać, „czynić dobro”, być ściśle podporządkowane grupie lekarzy, nie mówić swojego zdania, nie powinny zabiegać o awans i wysoką gratyfikację za swoją pracę. W takiej perspektywie rola pielęgniarki będzie się oceniającemu kojarzyć raczej z pojęciem „służebnej” i „podręcznej”. Z drugiej zaś strony, oceniając wizerunek środowiska pielęgniarskiego, trzeba także wspomnieć o mężczyznach, którzy samą swoją obecnością, pracą i postawami zmieniają nieco odbiór tego zawodu przez pacjentów. Można powiedzieć, że wzrastająca ilość mężczyzn w pielęgniarstwie zmienia ciężar dominującego kobiecego wzorca w tym zawodzie. Tym samym - wraz ze stale zwiększającą się liczbą mężczyzn - pielęgniarzy - zmieniać się także może nieco wizerunek zawodu pielęgniarskiego.

Trzeba zasygnalizować także problem ewentualnego porównywania wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce i w innych krajach. Należy sobie uświadomić, że wszelkiego tego typu porównywania będą obarczone dużym błędem, bowiem w wielu krajach zachodnich pielęgniarek jest więcej, pielęgniarka ma wyższy status społeczny niż w Polsce, a w czynnościach typowo opiekuńczych (które wykonują w naszym kraju najczęściej pielęgniarki) pomagają jej asystentki pielęgniarstwa. Zatem ocena zawodu przez pryzmat chociażby wykonywanej przez pielęgniarki pracy (w Polsce vs inne kraje zachodnie) będzie naszym zdaniem nieprawidłowa i tym samym wizerunek pielęgniarki w Polsce nie może być tożsamy z wizerunkiem pielęgniarki z kraju chociażby z zachodu Europy czy z USA.

Artykuł stanowi fragment pracy dyplomowej pt. „Wizerunek pielęgniarki w pryzmacie oczekiwań pacjenta względem zespołu pielęgniarskiego” napisanej na zakończenie Studiów Podyplomowych Psychologia Zarządzania w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu. Promotorem pracy był mgr Sebastian Drobczyński.

*mgr piel. Agnieszka Kapała
Pielęgniarka Naczelna i Oddziałowa
Oddziału Wielospecjalistycznego
Szpitala Św. Wojciecha w Poznaniu*

*mgr piel. Wojciech Kapała
Z-ca Przewodniczącego
Pielęgniarek i Położnych
Szpitala Wojewódzki w Poznaniu*

Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i Położnej

Piśmiennictwo

1. Bukowska-Piastrzyńska A., Jakość obsługi w kontaktach pacjent - personel szpitala. *Problemy Jakości* 2010; 10:48-53.

2. Cylkowska-Nowak M., Problem podmiotowości w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.). Edytor, Toruń-Poznań 1999.

3. Czerw A., Obłozka K., Rola mediów w kreowaniu wizerunku placówek ochrony zdrowia w Polsce - badanie własne. *Media, Kultura, Społeczeństwo* 2012-2013; 7-8: 75-84.

4. Gruca-Wójtowicz P., Jakość usług medycznych w kontekście zróżnicowania oczekiwań stron zainteresowanych. *Problemy Jakości* 2009; 3: 22-26.

5. Jopkiewicz Sz., Funkcja wizerunku i tożsamości placówki medycznej w komunikacji marketingowej. *Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae* 2011;2:127-139.

6. Kapała W., Chudziński S., Hyrcza S., Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 1:12-18.

7. Kapała W., Drygas P., Personel pielęgniarski w organizacji - ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce. *Zdrowie i Zarządzanie* 2001; 5: 33-41.

8. Kapała W., Skrobisz J., Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. *Nowiny Lekarskie* 2006; 4: 351-358.

9. Kleniewski A., Monitorowanie percepcji klienta. *Problemy Jakości* 2005; 11: 20-22.

10. Kluczyńska U., Mężczyźni w pielęgniarstwie. W stronę męskości opiekuńczej. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2017.

11. Kołpa M., Jurkiewicz B., Sobyra A., Wizerunek pielęgniarki oraz czynniki determinujące zadowolenie z opieki pielęgniarskiej na oddziale chirurgii jednego dnia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016; 3:100-105.

12. Kulczycka K., Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. *Zdrowie Publiczne* 2001; 1:53-56.

13. Mijała J., Kapała W., Edukacja i wsparcie pacjentów hospitalizowanych (na przykładzie oddziałów chirurgicznych). *Pielęgniarstwo Polskie* 2002; 2: 262-269.

14. Nowicka A.D., Budowanie wizerunku pielęgniarki i położnej. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stowarzyszenia Menedżerów Pielęgniarstwa. Gdańsk, 10.10.2015 r.

15. Nyklewicz W., Wizerunek zawodu pielęgniarki. Udawanie czy profesjonalizm. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005; 4:10-11.

16. Prestiż zawodów. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2013.

17. Siwek M., Chmiel I., Dzięga K., Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo z województwa małopolskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012; 4: 73-78.

18. Skotnicka-Zasadzień B., Glenc D., Rola pacjenta w ocenie jakości usług medycznych. *Problemy Jakości* 2006; 6:38-39.

19. Sobczak M., Kamińska B., Poziom prestiż zawodowego pielęgniarek w opinii wybranych grup. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 2:218-222.

20. Sykut A., Dobrowolska B., Media elektroniczne i ich wpływ na kreowanie wizerunku zawodowego pielęgniarek według opinii pracujących przedstawicieli tej profesji. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 3:347-352.

21. Szejner E., *Negocjuj, kobieto!* Burda, Warszawa 2016.

22. Włodarczyk D., Tobolska B., Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Medycyna Pracy* 2011; 3: 269-279.

Powstanie standard żywienia szpitalnego dla kobiet w ciąży

1 października 2019 r. wystartuje pilotaż programu „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”, który przewiduje wypracowanie jednolitych standardów określających zasady żywienia szpitalnego. To rozwiązanie dotyczyć będzie na razie oddziałów ginekologiczno-położniczych, czyli kobiet w ciąży i w okresie poporodowym. W szczególności ma się odbywać poprzez podniesienie jakości żywienia hospitalizowanych kobiet, zwiększenia ich wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania, jak również wyrobienia dobrych nawyków żywieniowych. Projekt zakłada również podniesienie stawki żywieniowej.

Wyżywienie pacjentów hospitalizowanych wynika m. in. z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). Do tej pory kwestie dotyczące stawki żywieniowej, czy norm żywieniowych nie było uszczegółowione a pozostawa-

ło w gestii dyrektorów szpitali. Obecnie szpitale nie zapewniają pacjentkom specjalnie dobranej diety do ich potrzeb a otrzymują standardowe posiłki, takie jak wszyscy hospitalizowani. Średnia dzienna stawka żywieniowa w szpitalach wynosi 14 zł.

Projekt zarządzenia w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” zakłada podwojenie stawki podstawowej przeznaczonej na finansowanie tej grupy pacjentów. Pozostałe koszty, jak wynagrodzenie dietetyka, działania edukacyjne – stanowić będą 30 % stawki żywieniowej, czyli w sumie 18,20 zł.

W szczególności realizacja pilotażu ma zapewnić odpowiednie wyżywienie kobiet w ciąży i w okresie poporodowym, konsultacje dietetyczne oraz edukację w zakresie prawidłowego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym. Co więcej poradnictwo dietetyczne polegające na dostosowaniu diety do indy-

widualnych potrzeb ma być prowadzone również po wyjściu kobiety ze szpitala. W ramach Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej będzie można uzyskać darmową konsultację dietetyczną online. W tym celu stworzony został portal www.ncez.pl

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dobrze, że powstał taki projekt, który zwraca uwagę na bardzo ważny problem, jakim jest edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego odżywiania. Dla kobiety w ciąży i w okresie poporodowym pobyt w szpitalu często jest jedynym momentem, kiedy może poznać zasady racjonalnego żywienia.

Projekt zarządzenia skierowany został do konsultacji publicznych 2 czerwca br. Pilotaż programu ma ruszyć w październiku tego roku i potrwać 2 lata.

źródło:

<https://nipip.pl/powstanie-standard-zywienia-szpitalnego-dla-kobiet-w-ciazy/>

Projekt z dnia 2 lipca 2019 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia _____ 2019 r.

w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy”

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.1) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa warunki realizacji programu pilotażowego pod nazwą „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy”, zwanego dalej „pilotażem”.

§ 2. Celem głównym pilotażu jest wdrożenie modelu żywienia zapewnia-

nego kobietom w ciąży i w okresie poporodowym w oddziałach szpitalnych, o których mowa w § 5 ust. 1, oraz propagowanie zasad zdrowego odżywiania.

§ 3. Celami szczegółowymi pilotażu są:

1) podniesienie jakości żywienia hospitalizowanych kobiet w ciąży i okresie poporodowym;

2) zwiększenie satysfakcji hospitalizowanych kobiet w ciąży i okresie poporodowym;

3) zwiększenie świadomości i uzyskanie wiedzy dotyczącej zasad zdrowego żywienia;

4) wyrobienie dobrych nawyków w zakresie właściwego odżywiania.

§ 4. 1. Okres realizacji pilotażu obejmuje:

1) etap organizacji pilotażu, który trwa 24 miesiące od dnia rozpoczęcia jego realizacji;

2) etap ewaluacji pilotażu, który trwa 12 miesięcy od zakończenia etapu, o którym mowa w pkt 1.

2. Na etap organizacji pilotażu składa się:

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

1) zawarcie umów z realizatorami pilotażu przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) realizacja pilotażu;

3) monitorowanie pilotażu.
§ 5. 1. Realizatorem pilotażu może być świadczeniodawca, który posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z zakresu leczenia szpitalnego i realizuje tę umowę na oddziałach o profilu:

- 1) neonatologicznym;
- 2) położniczo-ginekologicznym;
- 3) ginekologicznym;
- 4) patologii ciąży;
- 5) położniczym;
- 6) położnictwa i neonatologii;
- 7) ginekologii onkologicznej.

2. Warunki realizacji świadczeń, w tym wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, odpowiadają wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odnoszących się do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

3. Świadczeniodawca realizuje pilotaż przez co najmniej 12 miesięcy od dnia następującego po dniu podpisania z Narodowym Funduszem Zdrowia zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w celu realizacji pilotażu.

§ 6. Sposób realizacji pilotażu obejmuje:

- 1) zapewnienie żywienia dedykowanego kobietom w ciąży i w okresie poporodowym;
- 2) konsultacje dietetyczne dla kobiet w ciąży i okresie poporodowym;
- 3) poradnictwo, edukację i rozpowszechnianie treści w zakresie prawidłowego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym;
- 4) przekazywanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia danych rozliczeniowych związanych z realizacją pilotażu;
- 5) inne czynności związane z realizacją pilotażu mające wpływ na osiągnięcie jego celu.

§ 7. Rozliczenie wdrożenia modelu specjalnego żywienia zapewnianego kobietom w ciąży i w okresie poporodowym w ramach pilotażu odbywa się z wykorzystaniem opłaty za usługę według stawki w wysokości 18,20 zł za

osobodzień pobytu na oddziale, o którym mowa w § 5 ust. 1, na kobietę w ciąży i okresie poporodowym objętą pilotażem.

§ 8. Wskaźnikami realizacji pilotażu są:

- 1) wskaźniki produktu:
 - a) liczba kobiet w ciąży i w okresie poporodowym, które skorzystały z pilotażu,
 - b) liczba realizatorów pilotażu,
 - c) liczba osobodni pobytu na oddziale, o którym mowa w § 5 ust. 1, objętym pilotażem,
 - d) wartość środków finansowych poniesionych na realizację pilotażu przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stosunku do środków finansowych planowanych na realizację pilotażu;
- 2) wskaźniki rezultatu:
 - a) zwiększenie satysfakcji hospitalizowanych kobiet w ciąży i w okresie poporodowym,
 - b) uzyskanie wiedzy pacjentek z zakresu zdrowego odżywiania.

§ 9. 1. Sposób pomiarów wskaźników, o których mowa w § 8, przez Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględnia dane ze sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia i dane przekazane przez realizatorów pilotażu oraz wyniki przeprowadzonych kontroli realizacji pilotażu.

2. W ramach ewaluacji pilotażu, w terminie 12 miesięcy po jego zakończeniu, Narodowy Fundusz Zdrowia opracuje raport końcowy uwzględniający ocenę wskaźników, o których mowa w § 8.

§ 10. Szczegółowe warunki realizacji pilotażu są określone w załączniku do rozporządzenia.

§ 11. Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji pilotażu jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA
ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM
PRAWNYM, LEGISLACYJNYM
I REDAKCYJNYM

*Alina Budziszewska-Makulska
Zastępca Dyrektora
Departamentu Prawnego
Ministerstwa Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym
podpisem elektronicznym/*

Uzasadnienie

Wyżywienie pacjentów hospitalizowanych jest elementem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (jako świadczenie towarzyszące). Wynika to m.in. z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). Brak jest jednak aktów prawnych uszczegółwiających i standaryzujących przedmiotową kwestię, np. w odniesieniu do stawki żywieniowej czy norm żywieniowych. Kwestie te pozostają w gestii dyrektorów szpitali, zobowiązanych zapewnić odpowiednie posiłki w jednostkach. Do Ministerstwa Zdrowia docierają postulaty o konieczności prawnego uregulowania spraw związanych z wyżywieniem pacjentów. Przykładem tego jest raport z kontroli pn. Żywność pacjentów w szpitalach prowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli, zwaną dalej „NIK”, który zaleca m.in. wypracowanie ujednoczonego podejścia do oceny jadłospisów i posiłków w szpitalach. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom, minister właściwy do spraw zdrowia podjął decyzję o opracowaniu standardu, który kompleksowo określi zasady żywienia szpitalnego. Z uwagi na pilotażowy charakter zadania, standard obejmie wybraną grupę pacjentów, tj. kobiety w ciąży i w okresie poporodowym.

Kobiety oczekujące potomstwa powinny przykładać szczególną wagę do jakości i ilości spożywanych posiłków. Ich dieta oddziałuje na nie same, a także bezpośrednio na kształtujący się organizm dziecka. Instytut Żywności i Żywności zwraca uwagę na tzw. płodowe programowanie metaboliczne zgodnie z którym, już w ciąży można wpływać na zwiększone lub zmniejszone ryzy-

¹Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²Zmiany niniejszej ustawy zostały ogłoszone w: Dz. U. z 2018 r. poz. 1532, 1515, 1544, 1669, 1925, 1552, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 303, 60, 447, 730, 752 i 1078

ko rozwinięcia się chorób cywilizacyjnych, w tym otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, osteoporozy i niektórych nowotworów u dziecka. Skutki niedoboru składników odżywczych w życiu płodowym są dotkliwe i mogą ujawniać się już bardzo wcześnie, w postaci zwiększonego ryzyka poronień, porodów przedwczesnych, wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu i śmiertelności okołoporodowej noworodka. Niestety w chwili obecnej szpitale nie zapewniają pacjentkom specjalnie dobranej dla ich potrzeb diety. Co do zasady, kobiety otrzymują standardowe posiłki, serwowane wszystkim pacjentom. Ponadto, jak wynika z informacji docierających do Ministerstwa Zdrowia, także za pośrednictwem mediów i portali społecznościowych, są one często niewystarczającej jakości (potwierdza to również przywołany raport pokontrolny NIK). Mając na uwadze powyższe, decyzją resortu, działania skierowane na poprawę żywienia w szpitalach, obejmą w pierwszej kolejności właśnie tę grupę pacjentów.

Szpitale zlecające zapewnienie żywienia pacjentów przedsiębiorcom zewnętrznym, zawierają umowy z wykonawcami w drodze zamówień publicznych. Kontrola NIK wskazała, że co do zasady postępowania są prowadzone poprawnie, a stosowanym trybem jest przetarg nieograniczony.

Pomimo tego jakość świadczonych usług jest często niewystarczająca, a szpital (zamawiający) nie egzekwuje odpowiednio swoich praw. Wybór odpowiedniego wykonawcy usługi jest pierwszym ogniwem w łańcuchu żywienia pacjentów. Dlatego tak ważnym jest, aby w zawartej umowie zawrzeć wszystkie istotne elementy odnośnie jakości produktów, standardów ich przygotowywania, kwalifikacji personelu itd. Konstrukcja zamówień publicznych zakłada, że wszelkie oczekiwania muszą być wskazane na etapie postępowania, przed podpisaniem umowy. Po zawarciu kontraktu nie ma, co do zasady, możliwości jego renegotjacji i podwyższenia standardu świadczonej usługi.

Kobietom w ciąży i po porodzie często towarzyszą inne osoby (najczęś-

kiej ojcowie dzieci). Stanowią oni istotne wsparcie, a ich obecność zwiększa komfort przebywania w szpitalu. Należy więc podejmować działania ułatwiające ojcom przebywanie z partnerkami oraz nowonarodzonymi dziećmi. Jednym z nich powinno być umożliwienie wykupienia przez taką osobę posiłków, które są serwowane pacjentkom. Dzięki temu osoba towarzysząca, będzie mogła poświęcić więcej czasu swojej rodzinie, razem zjeść posiłek itd. Nie będzie też konieczności przynoszenia na oddział własnej żywności, często niezalecanej kobiecie w ciąży lub karmiącej, która mimo to ją również spożywa.

Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego w kraju rodzi się ok. 400 tys. dzieci rocznie (w 2015 r. - 369 300 urodzeń, w 2016 r. - 382 300 urodzeń, w 2017 r. - 402 000 urodzeń oraz w 2018 r. - 388 000 urodzeń).

Porody naturalne stanowią ok. 60% urodzeń a przez cesarskie cięcie przychodzi na świat pozostałe 40% maluchów. Odsetek ten znacznie przekraczający normy Światowej Organizacji Zdrowia, według których powinny oscylować w granicy 15%. Według uśrednionych danych, kobiety w ciąży i po urodzeniu dziecka przebywają na oddziałach blisko 6 dni. Niestety są sytuacje, w których hospitalizacja trwa znacznie dłużej, nawet do kilku miesięcy. Są to przede wszystkim przypadki ciąż zagrożonych. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, łącznie na oddziałach: położniczo-ginekologicznych, ginekologicznych, patologii ciąży, położniczych oraz neonatologicznych było hospitalizowanych 463.722 pacjentek w 2017 r. i 432.618 w 2018 r. Zgodnie z danymi NFZ roczna, średnia liczba osobodni hospitalizacji kobiet w ciąży i po porodzie wynosi ok. 2.700.000,00. Według raportu NIK, średnia dzienna stawka żywieniowa w szpitalach wynosi 14,00 zł. Program pilotażowy pod nazwą „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy”, zwany dalej „pilotażem”, zakłada podwojenie stawki podstawowej przeznaczonej na finansowanie żywienia grupy docelowej, a na pozostałe koszty związane z wdrożeniem pilotażu (np. wynagrodzenie dietetyka, działa-

nia edukacyjne) przyjęto wartość stanowiącą 30 % stawki żywieniowej, w sumie 18,20 zł.

Celem głównym pilotażu jest wdrożenie modelu żywienia zapewnianego kobietom w ciąży i w okresie poporodowym w oddziałach szpitalnych o profilu neonatologicznym, położniczo-ginekologicznym, ginekologicznym, patologii ciąży, położniczym, położnictwa i neonatologii, ginekologii onkologicznej oraz propagowanie zasad zdrowego odżywiania.

Sposób realizacji pilotażu obejmie zasadniczo zapewnienie wyżywienia dedykowanego kobietom w ciąży i w okresie poporodowym, a także konsultacji dietetycznych i poradnictwa, edukacji i rozpowszechniania treści w zakresie prawidłowego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym.

Realizatorem pilotażu będzie mógł być każdy podmiot posiadający umowę z NFZ, który na jej podstawie udziela świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego na oddziałach o profilu neonatologicznym, położniczo-ginekologicznym, ginekologicznym, patologii ciąży, położniczym, położnictwa i neonatologii, ginekologii onkologicznej.

Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej, a następnie w ramach prowadzenia Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej, zwany dalej „NCEŻ”, który jest kontynuacją tego projektu, stworzył portal www.ncez.pl. NCEŻ jest finansowane obecnie w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Są to miejsca w Internecie, gdzie m.in. kobiety w ciąży i po porodzie znajdują szereg ciekawych oraz przydatnych informacji i porad z zakresu zdrowego stylu życia. Szpitale będą wykorzystywać te treści, dzięki czemu nie muszą ponosić kosztów opracowania autorskich materiałów o ww. tematyce oraz kosztów uruchomienia dedykowanej strony internetowej. Ponadto instytucje odpowiedzialne za treści publikowane na ncez.pl gwarantują najwyższą jakość merytoryczną dostępnych treści. Co więcej, w ramach NCEŻ można uzyskać darmową konsul-

tację dietetyczną on-line pod adresem: <https://poradnia.ncez.pl/>.

Wskaźnikami realizacji pilotażu będą liczba kobiet w ciąży i w okresie poporodowym, które skorzystały z pilotażu, liczba realizatorów pilotażu, liczba osobodni pobytu oraz wartość środków finansowych poniesionych na realizację pilotażu przez NFZ w stosunku do środków finansowych planowanych na realizację pilotażu. Przewidziano również wskaźniki rezultatu i oddziaływania. Sposób pomiarów tych wskaźników przez NFZ uwzględni dane ze sprawozdawczości NFZ i dane przekazane przez realizatorów pilotażu. W ramach ewaluacji programu pilotażowego, w terminie 12 miesięcy po jego zakończeniu, NFZ opracuje raport końcowy uwzględniający ocenę tych wskaźników.

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

Projekt regulacji nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projektowane przepisy nie będą miały negatywnego wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców w zakresie nałożenia na nich nowych albo wykonywania dotychczasowych obowiązków.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

1. Zmiany niniejszej ustawy zostały ogłoszone w: Dz. U. z 2018 r. poz. 1532, 1515, 1544, 1669, 1925, 1552, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 303, 60, 447, 730, 752 i 1078.

2. Szacunkowe dane na podstawie Informacji o wynikach kontroli NIK: Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych z 20.06.2016 r.

Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Położnych w zakresie stosowania produktu w okresie karmienia piersią

Szanowni Państwo,

badanie ankietowe „**Opinie młodych matek na temat laktacji i roli położnej w promowaniu karmienia piersią**” zrealizowane pod patronatem Polskiego Towarzystwa Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, przeprowadzone w 2018 roku wśród 3205 kobiet w okresie laktacji, wykazało, że główną przyczyną zbyt wczesnego rezygnowania z karmienia piersią (przed ukończeniem 6. miesiąca życia dziecka) był brak wystarczającej ilości pokarmu (u prawie 40% respondentek). Wśród kolejnych powodów wskazanych przez ankietowane znalazły się: brak odpowiedniej wiedzy o zaletach i korzyściach karmienia naturalnego, przekonanie, że jest ono zbyt czasochłonne, a także występująca choroba i/lub hospitalizacja dziecka. Tendencję tę potwierdzają również

inne niezależne badania realizowane w Polsce i za granicą, w których niewystarczająca ilość pokarmu jako główną przyczynę rezygnacji z karmienia piersią wskazała podobna liczba ankietowanych kobiet.

W związku z powyższym **Polskie Towarzystwo Położnych** - po przeanalizowaniu dostępnej literatury, jak również rekomendacji innych towarzystw naukowych i grup ekspertów poświęconych wspomaganie organizmu kobiety w okresie laktacji oraz w przypadku napięcia związanego z trudnymi chwilami w czasie karmienia piersią - **wydało Rekomendację w zakresie stosowania produktu Prolaktan w okresie karmienia piersią.**

Celem rekomendacji jest przedstawienie wskazań do stosowania suplementu diety o nazwie Prolaktan, wykorzystywanego przy wspomaganie organizmu

kobiety w okresie laktacji oraz w przypadku napięcia związanego z trudnymi chwilami w czasie karmienia piersią. Rekomendacja ma również za zadanie zaopiniować bezpieczeństwo stosowania wspomnianego produktu.

Co trzecia respondentka wskazanego badania (31,42%), stosując Prolaktan, zaobserwowała u siebie wzrost laktacji. Porównywalna grupa kobiet zauważyła dodatkowe benefity w postaci uspokojenia (32,95%) i poprawy snu (30,89%). Prawie wszystkie badane (95,51%) pytane o możliwość/chęć polecenia Prolaktanu innym kobietom karmiącym piersią udzieliły odpowiedzi twierdzącej.

Zapraszamy do zapoznania się z Rekomendacją Polskiego Towarzystwa Położnych w zakresie stosowania produktu Prolaktan w okresie karmienia piersią.

Astma oskrzelowa

– rozpoznanie i leczenie choroby oraz rola pielęgniarki w edukacji pacjenta

Według definicji zaproponowanej przez międzynarodowy zespół ekspertów GINA (Global Initiative for Asthma) astma oskrzelowa jest heterogenną chorobą, zwykle charakteryzującą się przewlekłym zapaleniem dróg oddechowych, zdefiniowaną przez wywiad o objawach ze strony układu oddechowego, takich jak: świszczący oddech, duszność, uczucie ucisku w klatce piersiowej i kaszel, które są zmienne w czasie i w nasileniu, łącznie ze zmienną obturacją dróg oddechowych [1]. Przewlekły proces zapalny dróg oddechowych skutkuje nadreaktywnością oskrzeli, a w miarę upływu czasu prowadzi do patologicznej przebudowy tkanek (remodeling).

Astma jest chorobą towarzyszącą ludzkości od zawsze. Słowo astma wywodzi się z języka greckiego i oznaczało krótkie, szybkie oddychanie. Pierwsze spisane informacje na temat choroby, która mogła być astmą oskrzelową pochodzą z papirusu Elbersa z ok. 1500 r. p.n.e. Rozwój immunologii w ostatnich dziesięcioleciach pozwolił dość dokładnie poznać istotę astmy, choć wciąż jeszcze istnieją niejasności [2].

Astma oskrzelowa jest aktualnie najczęstszą chorobą przewlekłą u dzieci i dorosłych < 40 roku życia. Ocenia się, że na świecie choruje około 300 milionów osób, w Europie około 30 milionów, natomiast liczba chorych w Polsce może sięgać 4 milionów [3]. Choroba pojawia się zwykle w dzieciństwie i trwa zazwyczaj przez całe życie, z okresami zaostrzeń i remisji. Astma może pojawić się w każdym wieku, jednak w ok. 80% przypadków do pierwszego napadu astmy dochodzi przed 5 rokiem życia. Bardzo istotne znaczenie ma systematyczna opieka nad chorymi na astmę, w celu uzyskania optymalnej kontroli choroby.

Etiologia astmy jest wieloczynnikowa. Wpływ na rozwój choroby mają zarówno czynniki środowiskowe, jak i osobnicze

(m. in. genetyczne). Czynniki środowiskowe o potencjalnym wpływie na rozwój astmy to alergen oraz ekspozycja na czynniki infekcyjne. Infekcje spełniają rolę protekcyjną, ale niektóre zakażenia wirusowe są związane z rozwojem astmy (np. zakażenia powodowane przez RSV i rynowirusy). Znaczącą rolę w rozwoju choroby pełni zanieczyszczenie środowiska. Jedną z bardziej znanych teorii jest tzw. „teoria higieniczna”, zakładająca, że znaczny wzrost zachorowań alergicznych wynika z wyeliminowania mikroorganizmów wpływających na układ immunologiczny człowieka [4].

Dziedzicznie uwarunkowana skłonność do nadmiernego wytwarzania immunoglobuliny E w odpowiedzi na kontakt z powszechnie występującymi w środowisku alergenami określana jest jako atopia. Jest to największy czynnik ryzyka rozwoju astmy. Osobniczy wywiad atopowy (atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa) jest silnym czynnikiem ryzyka rozwoju astmy. U dzieci poddanych już w okresie ciąży wpływowi dymu tytoniowego przez palącą matkę ryzyko astmy wzrasta 2-krotnie. Do czynników ryzyka astmy zaliczane są także: rodzaj porodu (cięcie cesarskie), wcześniactwo, wczesne zakończenie karmienia piersią [5, 6].

Ze względu na etiologię astmę dzieli się na alergiczną (atopową) i niealergiczną (nieatopową). Astma oskrzelowa alergiczna najczęściej rozpoczyna się w dzieciństwie, często towarzyszą jej inne choroby atopowe (np. alergiczny nieżyt nosa, atopowe zapalenie skóry), charakteryzuje ją dobra odpowiedź na leczenie glikokortykosteroidami wziewnymi. W płwocinie indukowanej u pacjentów z astmą atopową stwierdza się eozynofilię, a główną przyczyną jest alergia na alergeny wziewne (można je wykryć u około 90% pacjentów chorych na astmę). Astma niealergiczna częściej wystę-

puje u dorosłych, obserwowana jest gorsza odpowiedź na glikokortykosteroidy.

Aktualnie autorzy wyodrębniają wiele fenotypów astmy, zgodnie z zaistniałą w ostatnim czasie koncepcją fenotypowania, w której podtypy choroby są definiowane na podstawie obrazu klinicznego. Patofizjologicznie wyróżnia się trzy podstawowe fenotypy astmy: eozynofilowy, neutrofilowy i ubogokomórkowy. Wśród najważniejszych fenotypów wymieniane są astma o późnym początku, astma z utrwaloną obturacją oskrzeli, czy też astma współistniejąca z otyłością.

Z uwagi na stopień ciężkości choroby wyróżnia się astmę sporadyczną, łagodną, umiarkowaną i ciężką. Ten podział nie jest jednak przydatny w monitorowaniu skuteczności leczenia, dlatego eksperci GINA zastąpili go podziałem na stopnie kontroli astmy, który wyróżnia astmę kontrolowaną, częściowo kontrolowaną i niekontrolowaną. Pełna kontrola astmy jest celem terapii, oznacza optymalny stan kliniczny pacjenta i najlepsze rokowanie [1].

W rozpoznaniu bardzo istotne jest zebranie dokładnego wywiadu z pacjentem lub opiekunami dziecka. Szczegółowy wywiad jest pierwszym i podstawowym etapem rozpoznawania astmy [1]. Należy ustalić czynniki ryzyka, choroby współtowarzyszące (AZS, ANN), zebrać wywiad rodzinny, pytać o dotychczasowy przebieg choroby, jakie czynniki prowokują objawy, jaka jest odpowiedź na zastosowaną terapię. Głównymi objawami astmy oskrzelowej są wymienione w definicji tej choroby napady duszności, kaszel i świsty, których nasilenie może zmieniać się w czasie, od łagodnych do ciężkich i nieustępujących (stan astmatyczny). Typowe jest występowanie objawów w nocy i nad ranem, ich zmienność i nawrotowość, a także nadreaktywność oskrzeli pod postacią gotowości do skur-

czu oskrzeli (obturacyj) w narażeniu na czynniki swoiste (alergeny), jak i nieswoiste (zimne powietrze, wysiłek, intensywny śmiech, dymy, zapachy, stres). Nadreaktywność oskrzeli występuje także w innych chorobach, stąd kluczowe jest jej powiązanie z typowym dla astmy wywiadem. Niekiedy astma manifestuje się jedynie suchym kaszlem (zespół Corrao), powysiłkowym skurczem oskrzeli lub napadami w miejscu pracy.

Wykonanie zdjęcie RTG klatki piersiowej, którego wynik jest zwykle w astmie prawidłowy, jest istotne z uwagi na wykluczenie innych niż astma patologii. W ustaleniu rozpoznania astmy istotne miejsce zajmuje badanie spirometryczne. Prawidłowe wykonanie badania wymaga odpowiednio przygotowanego sprzętu, ale przede wszystkim doświadczonego w wykonywaniu badań personelu (pielęgniarka, lekarz). Należy pamiętać, że nie każdy chory na astmę ma obturację i prawidłowy wynik nie wyklucza tej choroby (można rozważyć badanie prowokacyjne), ale też nie każdy pacjent z obturacją jest chory na astmę. Konieczne jest powiązanie wyniku badania spirometrycznego z innymi danymi [7]. Do badań spirometrycznych należy także test odwracalności obturacji, czyli próba rozkurczowa po podaniu wziewnym leku rozszerzającego oskrzela. Spirometryczne próby prowokacyjne (najczęściej próba wysiłkowa) wykonuje się jedynie wtedy, gdy rozpoznanie astmy oskrzelowej budzi poważne wątpliwości [8].

Prostym do wykonania i nieinwazyjnym badaniem diagnostycznym wykorzystywanym w diagnostyce i monitorowaniu leczenia astmy jest pomiar stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym z oskrzeli (FeNO). Przewlekłe zapalenie w drogach oddechowych prowadzi do wzrostu stężenia NO w powietrzu wydychanym. Stężenie NO jest wskaźnikiem szybko reagującym na właściwe leczenie lub zaostrzenie choroby [9]. Wg ekspertów GINA oznaczenie FeNO może być pomocne w podejmowaniu decyzji dotyczącej leczenia glikokortykosteroidami wziewnymi u pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem astmy. Jednak w dokumencie podkreślono, że stężenie NO w powietrzu wydychanym z oskrzeli jest również podniesio-

ne w innych chorobach, np. eozynoflowym zapaleniu oskrzeli, czy alergicznym nieżycie nosa. Natomiast FeNO nie jest podwyższony w niektórych fenotypach astmy (np. astma neutrofilowa). Na FeNO wpływają także zakażenia wirusowe dróg oddechowych [1].

W diagnostyce astmy istotne są także testy alergologiczne. Należą do nich punktowe testy skórne (SPT) wykonane metodą nakłuc naskórka odpowiednim lancetem z powszechnie występującymi alergenami wziewnymi oraz oznaczenie stężenia alergenowoswoistych immunoglobulin klasy E w surowicy [10].

Prostym, wykorzystującym dane z wywiadu narzędziem do monitorowania oceny stopnia kontroli astmy jest „Test kontroli astmy” (ang. Asthma Control Test – ACT). ACT składa się z 5 pytań. Za odpowiedź na każde z pytań pacjent może otrzymać od 1 do 5 punktów. Uzyskanie 25 punktów oznacza pełną kontrolę astmy, 20-24 częściową kontrolę, a 19 punktów i mniej oznacza astmę niekontrolowaną. Wynik testu powinien być uwzględniony przez lekarza przy planowaniu leczenia. Dostępny jest również wariant testu – CACT (ang. Childhood Asthma Control Test) dla dzieci w wieku od 4 do 11 lat [12].

Pacjent nie zawsze potrafi prawidłowo obiektywnie ocenić stan swojego zdrowia, zwłaszcza gdy przewlekłe występują objawy o nieznacznym nasileniu i wykazują niewielką zmienność. Dlatego konieczne jest zastosowanie innych metod oceny przebiegu choroby. Najprostszym i najłatwiejszym do wykonania dla pacjenta badaniem jest pomiar PEF za pomocą pikfłometru (ang. peakflowmeter), który pozwala na ocenę szczytowego przepływu powietrza w warunkach domowych. Znaczny spadek wartości PEF lub jego zmienność dobową przekraczająca 20% wskazują na pogorszenie kontroli objawów astmy [13]. Wartościowszym w monitorowaniu przebiegu astmy jest badanie spirometryczne i analiza krzywej przepływu-objętość. Prostym w wykonaniu testem pozwalającym na monitorowanie przebiegu leczenia astmy jest ocenę stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym (FeNO).

Wiedzę na temat leków stosowanych w astmie oraz urządzeń stosowa-

nych w aerzoloterapii powinni posiadać wszyscy zaangażowani w proces terapii i instruktaż pacjentów oraz ich opiekunów: lekarze, pielęgniarki i inni członkowie zespołu medycznego. Leki stosowane w terapii astmy dzieli się na dwie główne kategorie. Do pierwszej należą tak zwane leki interwencyjne (przynoszące ulgę, ratujące), są stosowane doraźnie w zaostrzeniach. Pacjent w zaostrzeniu (w domu, w miejscu pracy, nauki) korzysta przede wszystkim z krótko działających beta2-mimetyków wziewnych (SABA). Chory powinien także zostać pouczony o ewentualności wczesnego zażycia glikokortykosteroidów doustnych. Zmniejszenie lub całkowita eliminacja potrzeby doraźnego leczenia interwencyjnego jest celem leczenia astmy oskrzelowej i stanowi o sukcesie prowadzonej terapii.

Drugą, podstawową grupę, stanowią leki kontrolujące przebieg choroby. Leczenie astmy wiąże się z przewlekłym podawaniem leków o działaniu przeciwzapalnym, które zmniejszają ryzyko przyszłych zagrożeń – zaostrzeń choroby i upośledzenia funkcji płuc [11]. Do tej grupy leków należą przede wszystkim wziewne glikokortykosteroidy, długo działające beta-2 mimetyki (long-acting beta agonists, LABA), leki przeciwleukotrienowe oraz doustne preparaty teofiliny. Wcześniej powszechnie stosowane były także kromony, jednak mają one słabe działanie przeciwzapalne. Do grupy leków kontrolujących należą także leki biologiczne: omalizumab, mepolizumab czy benralizumab [14, 15, 16].

Na omówienie zasługuje nowy model leczenia przy użyciu glikokortykosteroidu wziewnego (budezonidu) bronchodilatatora szybko i długo działającego (formoterolu) w jednym inhalatorze stosowanych przewlekłe i w razie potrzeby („na żądanie”), który zyskał akronim SMART (Single Maintenance and Relief Therapy). W kilku badaniach udowodniono, że u chorych leczonych mniejszą dawką budezonidu z formoterolem w jednym inhalatorze podawanymi przewlekłe i na „żądanie” uzyskuje się lepszą kontrolę astmy niż u chorych leczonych większą dawką budezonidu lub stałą kombinacją budezonidu i formoterolu oraz dodatkowym („na żądanie”) wziewnym bronchodilatatorem. Po-

nadto grupa pacjentów według modelu SMART doświadczała znacząco mniej ciężkich zaostrzeń astmy oraz zużywała mniej wziewów „na żądanie” [17]. Długo działający beta2-mimetyk może być podawany głównie jako lek dodatkowy do stosowanego w leczeniu wziewnym GKS, nigdy w monoterapii.

W leczeniu chorób alergicznych takich jak alergiczny nieżyt nosa, pokrzywka, czy atopowe zapalenie skóry zastosowanie znajdują doustne leki przeciwhistaminowe (LPH1 p.o.) Jednak nie są zalecane w podstawowym leczeniu astmy, chyba, że współistnieje z wymienionymi schorzeniami.

Niezależnie od decyzji o właściwym leczeniu farmakologicznym należy dążyć do redukcji innych czynników wpływających na pogorszenie kontroli choroby. Zakres tego postępowania obejmuje eliminację lub ograniczenie wpływu czynników przyczynowych, zaostrzających przebieg choroby oraz edukację. Do czynników drażniących należą zanieczyszczone powietrze, szkodliwe pary, dymy, a także dym tytoniowy. Palenie tytoniu oraz bierne palenie zwiększa ryzyko złej kontroli astmy i hospitalizacji z powodu zaostrzenia. Ochrona przed zakażeniami poprzez szczepienia ochronne i unikanie skupisk ludzi w okresie infekcji pozwala zapobiegać zaostrzeniom. O ile to możliwe należy zmniejszać narażenie na uczulające alergeny. Istotne także jest dążenie do utrzymania prawidłowej masy ciała. Częstość występowania astmy jest większa u osób otyłych z BMI (body mass index) > 30 kg/m². Eksperti GINA zalecają, by zachęcać pacjentów z astmą do regularnej aktywności fizycznej oraz wzbogacania diety w owoce i warzywa, a także unikania szkodliwej żywności, zawierającej liczne związki chemiczne (barwniki, konserwanty) ze względu na ogólne korzyści dla zdrowia, które wynikają z tych zaleceń [1].

W zapewnieniu dobrej kontroli astmy bardzo istotne znaczenie ma rola edukacyjna pielęgniarki oparta na jej indywidualnym kontakcie z pacjentem (lub jego opiekunem). Podkreśla się istotne znaczenie pisemnego planu leczenia oraz instrukcji postępowania na wypadek zaostrzenia choroby. Edukacja obejmuje naukę technik inhalacji oraz spo-

sobu przyjmowania innych leków (np. żucie tabletki montelukastu, nie połykanie). Istotne jest przygotowanie pacjenta pod kątem właściwej oceny stopnia ciężkości choroby, wczesnego rozpoznania pogorszenia oraz sposobów postępowania w zaostrzeniu choroby (pisemny plan postępowania).

W leczeniu astmy największe znaczenie ma terapia inhalacyjna. Aerozoloterapia stanowi najbardziej efektywną metodę leczenia astmy. Podanie leku bezpośrednio do oskrzeli umożliwia jego działanie w miejscu, gdzie toczy się proces zapalny. Ta droga podania substancji pozwala na uzyskanie większego stężenia leku w docelowym miejscu jego działania, pozwala również ograniczyć efekty niepożądane. Jednak terapia inhalacyjna wiąże się z koniecznością opanowania właściwej techniki używania różnego typu inhalatorów. Skuteczność terapii inhalacyjnej determinowana jest głównie przez prawidłową technikę inhalacji oraz właściwe użycie inhalatora. Błędy w inhalacji, w zależności od typu inhalatora, popełnia nawet do 80% pacjentów.

Szczególne sytuacja w prowadzeniu terapii inhalacyjnej dotyczy dzieci, a także osób w podeszłym wieku. Szczególną grupą są także pacjenci niewspółpracujący, nie umiejący korzystać z niektórych inhalatorów z uwagi na upośledzenie umysłowe. W zależności od wieku pacjenta i możliwości współpracy preferowane są różne typy inhalatorów. W przypadku podawania leków wziewnych istotne jest dostosowanie sposobu podawania leków do wieku dziecka, a co za tym idzie do jego umiejętności. W przypadku zastosowania u małych dzieci i u chorych niewspółpracujących komory inhalacyjnej do podawania aerozolu nie jest konieczna koordynacja wdechu w celu wyzwolenia dawki leku, jak to ma miejsce w przypadku inhalatorów proszkowych [18].

Mimo, że u młodszych dzieci nebulizacja jest alternatywą dla leczenia z użyciem komory inhalacyjnej nie są one polecane w leczeniu przewlekłym. Nebulizatory zalecane są głównie w trakcie leczenia zaostrzeń, wtedy stosowane są wyższe dawki leków, a współpraca z chorym dzieckiem często jest utrudniona - dzieci są niespokojne, często reagują płaczem,

co utrudnia terapię i zmniejsza efektywność leczenia. Pomimo, że w trakcie płaczu w opinii rodziców dziecko pozornie „oddycha lepiej” niż gdy jest spokojne, podczas płaczu zwiększa się przepływ wdechowy, wydłużają się przerwy pomiędzy oddechami, czego następstwem jest znaczne zmniejszenie depozycji płucnej leku, natomiast zwiększa się depozycja ustno-gardłowa. Podawanie leku podczas snu za pomocą pMDI z KI z maseczką także nie daje oczekiwanych efektów [19].

Nebulizacja u pacjentów leczonych przewlekłe z powodu astmy oskrzelowej jest metodą alternatywną dla innych technik inhalacji. Jest jednak najtrudniejszą, czasochłonną i kosztowną metodą aerozoloterapii. Nie zawsze i nie w każdych warunkach może być przeprowadzona, wymaga w większości nebulizatorów dostępu do źródła energii elektrycznej (lub naładowanego akumulatora jeśli urządzenie taki posiada). Dla niektórych pacjentów (opiekunów dzieci) istotny może być aspekt finansowy, faworyzujący nebulizację względem innych metod inhalacji (dla osób posiadających już nebulizator). Same urządzenia są jednak stosunkowo drogie, zwłaszcza nebulizatory siateczkowe, choć ich dostępność się zwiększa.

Nebulizator (inhalator) to urządzenie generujące aerozol w wyniku mechanicznego rozproszenia leku znajdującego się w fazie ciekłej. Wyróżnia się nebulizatory pneumatyczne, siateczkowe oraz ultradźwiękowe. Najpopularniejsze są wśród pacjentów nebulizatory pneumatyczne, głównie o pracy ciągłej (ang. jet nebulizer) zbudowane z komory nebulizacyjnej wraz z głowicą nebulizacyjną (rozpylającą) oraz ze źródła sprężonego powietrza. Te urządzenia cechuje znaczna tzw. objętość martwa komory nebulizacyjnej, czyli objętość płynu niedostępna dla procesów aerolizacji. Pierwszym sygnałem, że kończy się efektywna pod kątem tworzenia aerozolu leczniczego atomizacja, jest pojawienie się grubych kropli aerozolu na końcówce dyszy i wystąpienie zjawiska pryskania. Coraz bardziej dostępne stają się nebulizatory siateczkowe (ang. mesh nebulizer). Urządzenie wytwarza aerozol na skutek wymuszonego drganiem o niskiej częstotliwości wyciskania roztworu leku

przez kalibrowane otwory siatki. Nebulizatory siateczkowe cechują się bardzo krótkim (kilka minut) czasem nebulizacji oraz niską objętością martwą komory nebulizacyjnej. Mają one także niewielkie rozmiary, przez co są łatwiejsze w codziennym użytkowaniu. Trzecia grupa stanowią nebulizatory ultradźwiękowe, które wytwarzają aerozol dzięki fali akustycznej generowanej przez głowicę ultradźwiękową (kryształ piezoelektryczny). Typowe urządzenia z tej grupy nie mają obecnie praktycznie zastosowania w terapii schorzeń dolnych dróg oddechowych [20]. Często stosowane przez pacjentów jest mieszanie różnych leków do nebulizacji, zwłaszcza w przypadku najmłodszych dzieci, kiedy duże znaczenie ma skrócenie czasu inhalacji. Rodzice korzystają wówczas z możliwości łączenia dwóch preparatów, przewidując, że przeprowadzenie dwóch zabiegów w krótkim czasie może być trudne lub wręcz niewykonalne. Mimo, że producenci leków dopuszczają mieszanie w komorze nebulizacyjnej różnych substancji, należy tego unikać z uwagi na zmianę właściwości roztworu (zmiana gęstości roztworów, zmiana struktury aerozolu).

Inhalator pMDI (pressurized metered dose inhaler), czyli inhalator ciśnieniowy z dozownikiem, zawiera lek w formie gazowej, który podawany jest w odmierzonej dawce. Podczas stosowania tego typu inhalatora bardzo istotne jest skoordynowanie oddechu z chwilą uwolnienia leku z dozownika. Do zalet pMDI należą skuteczność, małe rozmiary, natychmiastowa gotowość do użycia, co ma znaczenie w nagłych zaostrzeniach astmy. Konieczność synchronizacji wdechu z chwilą uwolnienia leku należy do wad tego inhalatora. Inhalator pMDI może być stosowany z użyciem dodatkowo komory inhalacyjnej (tzw. spejsera), która ułatwia przyjmowanie leku z inhalatorów ciśnieniowych, ponieważ pacjent nie musi koordynować wdechu z chwilą podania leku [19].

Inhalator suchego proszku (DPI, dry powder inhaler) można zdefiniować, jako indywidualne urządzenie inhalacyjne tworzące aerozol z leku będącego w formie proszku. Inhalatory suchego proszku są zaawansowanymi technologiczne, powszechnie dostępnymi urządzeniami przeznaczonymi do podawania

leków drogą wziewną. DPI stanowią jednak grupę niejednorodną, poszczególne inhalatory różnią się znacznie między sobą pod względem budowy i działania. Liczba nowych konstrukcji ciągle rośnie [21].

W trakcie leczenia przewlekłej choroby jaką jest astma oskrzelowa niezbędna jest ścisła współpraca pacjenta lub jego opiekunów/rodziców z pielęgniarką i lekarzem. Bardzo istotna jest właściwa edukacja, dotycząca istoty samej choroby, przedstawienie zasadności stosowania przewlekłe leków, by pacjent nie dokonywał samodzielnie ich odstawienia narażając się na zaostrzenia. Wielu pacjentów nie stosuje leków zgodnie z zaleceniami, nie realizuje recept, stosuje leki nieregularnie, lub zaprzestaje leczenia przed uzyskaniem wymiernych korzyści, po uzyskaniu pozornej poprawy. Niska wytrwałość terapeutyczną czasem wynika ze świadomej decyzji pacjenta lub częściej może wynikać z zaburzeń poznawczych, upośledzenia natury fizycznej (np. słaby wzrok, chwytność dłoni). Nie bez znaczenia pozostają złożone schematy leczenia, niewłaściwe ich zrozumienie, a także błędy w technice inhalacji. Na część tych czynników korzystnie może wpływać właściwa edukacja prowadzona przez wykwalifikowaną pielęgniarkę.

Bardzo istotne jest przeprowadzenie instruktażu dotyczącego przyjmowania leków wziewnych, po uprzednim doborze najlepszego dla pacjenta rodzaju inhalatora. Możliwe są wszystkie formy i techniki edukacyjne – od instruktażu słownego, poprzez pokaz video, demonstrację „na żywo”, szkolenie indywidualne lub/i grupowe. Wybór metody zależy od potrzeb i możliwości edukacyjnych pacjenta. Podkreśla się jednak, że bezpośredni pokaz „na żywo” jest najefektywniejszą formą edukacji w technice inhalacji i każde działanie edukacyjne w aeroloterapii powinno obejmować tę technikę edukacyjną [22].

Edukacja pacjenta obejmuje ponadto sposoby postępowania nefarmakologicznego, szkolenie dotyczące odpowiedniego przyjmowania leków doustnych, umiejętność rozpoznawania zaostrzeń oraz postępowania w ich przypadku (pismenny plan stosowania leków w zaostrzeniu). Od sposobu, w jaki pielęgniarka

i lekarz przeprowadzą edukację pacjenta na temat postępowania w chorobie, w znacznej mierze zależy powodzenie leczenia i jakość życia pacjenta z astmą oskrzelową, a w przypadku dzieci, także dalszy prawidłowy rozwój psychofizyczny.

Bibliografia:

1. Global Initiative for Asthma (GINA). 2018 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.org
2. Sakula A.: A history of asthma. The FitzPatrick lecture 1987. *J R Coll Physicians Lond.* 1988 Jan;22(1):36-44
3. Samoliński B.: ECAP Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce: raport z badań przeprowadzonych w latach 2006-2008 w oparciu o metodologię ECRHS II i ISAAC. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2009
4. Sheikh A, Strachan DP. The hygiene theory: fact or fiction? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Jun;12(3):232-6
5. Lannerö E, Wickman M, Pershagen G, Nordvall L. Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE). *Respir Res.* 2006 Jan 5;7:3
6. Litonjua AA, Carey VJ, Burge HA, Weiss ST, Gold DR. Parental history and the risk for childhood asthma. Does mother confer more risk than father? *Am J Respir Crit Care Med.* 1998 Jul;158(1):176-81
7. Kruszewski J., Kowalski M. (red.): Stanowisko Panelów Ekspertkich Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Standardy w alergologii. cz. I. Wydanie II. Medycyna Praktyczna. Kraków 2010. str.: 111-127
8. Kroczyńska-Bednarek J, Grzelewska-Rzymowska I: Przydatność testów nadreaktywności oskrzeli w diagnostyce i terapii chorób obturacyjnych. *Terapia* 2008; 16 (9 z. 1): 35-40
9. Zietkowski Z., Zietkowska E., Boddenta-Łukaszyk A.: Kliniczne znaczenie pomiarów stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym w chorobach układu oddechowego. *Alergia Astma Immunologia* 2009, 14 (4): 215-222

10. Jutel M: Rozpoznawanie chorób alergicznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Podsumowanie zaleceń grupy ekspertów EAACI 2014. Med Prakt 2014; 7-8: 60-68

11. Fornal R., Kurzawa R., Błażowski Ł., Sak I.: Nieżyt nosa – najważniejsze fenotypy i endotypy oraz zasady leczenia. Alergia Astma Immunologia 2015, 20 (4): 242-252

12. Liu A.H., Zeiger R., Sorkness C. i wsp. Development and cross-sectional validation of the Childhood Asthma Control Test. J Allergy Clin Immunol 2007; 119:817-25

13. Eid N., Yandell B., Howell L. i wsp. Can peak expiratory flow predict airflow obstruction in children with asthma? Pediatrics 2000; 105:354-8

14. Cockle SM, Stynes G, Gunsoy NB, Parks D, Alfonso-Cristancho R, Wex J, Bradford ES, Albers FC, Willson J. Comparative effectiveness of mepolizumab and omalizumab in severe asthma: An indirect treatment comparison. Respir Med. 2017 Feb;123:140-148. doi: 10.1016/j.rmed.2016.12.009. Epub 2016 Dec 21

15. Nachev Z, Krishnan A, Mashtare T, Zhuang T, Mador MJ. Omalizumab versus Mepolizumab as add-on therapy in asthma patients not well controlled on at least an inhaled corticosteroid: A network meta-analysis. J Asthma. 2018 Jan;55(1):89-100. doi: 10.1080/02770903.2017.1306548. Epub 2017 May 1

16. FitzGerald JM, Bleecker ER, Menzies-Gow A, Zangrilli JG, Hirsch I, Metcalfe P, Newbold P, Goldman M. Predictors of enhanced response with bernalizumab for patients with severe asthma: pooled analysis of the SIROCCO and CALIMA studies. Lancet Respir Med. 2018 Jan;6(1):51-64. doi: 10.1016/S2213-2600(17)30344-2. Epub 2017 Sep 11

17. Rabe K.F., Atienza T., Magyar P. i wsp.: Effect of budesonide in combination with formoterol for reliever therapy in asthma exacerbations: a randomised controlled, double-blind study. Lancet 2006; 368: 744-753

18. Emeryk A., Kurzawa R., Bręborowicz A.: Aerosoloterapia chorób układu

oddechowego u dzieci. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2007

19. Emeryk A., Pirożyński M., Bodański J. i wsp.: Nebulizacja: czym, jak, dla kogo, kiedy? Polski Konsensus Nebulizacyjny. Med Prakt Pneumon 2013; 1(supl. 1): 1-12

20. Karolewicz B., Pluta J., Haznar D.: Nebulizacja jako metoda podawania leków. Terapia i leki. Tom 65 · nr 4 · 2009, s. 291-304

21. Emeryk A., Pirożyński M.: Nowe inhalatory suchego proszku. Pneumol. Alergol. Pol. 2015; 83: 83-87

22. Emeryk A.: Inhalatory suchego proszku – jak ważna jest edukacja chorego? Alergia, 2013, 3: 17-21

Autor:

Anna Książkiewicz

Promotor pracy:

*dr n. o zdr. Edyta Kwilosz
PWSZ im. Stanisława Pigoń
w Krośnie*

Opinia w sprawie podawania produktu leczniczego o nazwie Thiogamma Turbo-Set oraz wykonywania wlewów dożylnych w gabinecie zabiegowym w warunkach ambulatoryjnych

Zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016, poz. 1567). Zgodnie z tym rozporządzeniem pielęgniarka obejmując opieką świadczeniobiorców wykonuje świadczenia z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, świadczenia diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne w warunkach ambulatoryjnych (w miejscu udzielania świadczeń - gabinet pielęgniarki poz) oraz w środowisku zamieszkania świadczeniobiorcy. Jednym z zadań w ramach świadczeń leczniczych jest podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza, w tym wykonywa-

nie iniekcji domięśniowych, dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych (załącznik nr 2, część II, pkt 6, ppkt.2).

Zasady udzielania świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej określa Zarządzenie 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. Zgodnie z tym zarządzeniem pielęgniarka poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację, na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na zabiegi i procedury

medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym; pielęgniarka poz włącza skierowanie do prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy (§ 16.2).

W świetle przytoczonych powyżej aktów prawnych pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje kroplowe wlewy dożylne i podaje leki różnymi drogami zgodnie ze zleceniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Decyzję czy dany produkt leczniczy może być podawany w warunkach ambulatoryjnych podejmuje się na podstawie charakterystyki produktu leczniczego. W przypadku gdy nie zawiera ona informacji, że dany produkt przeznaczony jest do leczenia zamkniętego (symbol ZL) można go stosować w leczeniu ambulatoryjnym stosując się do zaleceń zawartych w charakterystyce produktu leczniczego pa-

mięając, że za technikę podania odpowiedzialność ponosi pielęgniarka.

Produkt leczniczy pod nazwą Thio-gamma Turbo-Set, 600 mg/50 ml, roztwór do infuzji jest dostępny do leczenia w warunkach ambulatoryjnych, podaje się go dożylnie powoli w formie krótkiej infuzji trwającej przez co najmniej

30 minut bezpośrednio z fiolki lub po rozcieńczeniu fizjologicznym roztworem soli, chroniąc przed światłem. Podczas podawania ze względu na możliwość wystąpienia reakcji nadwrażliwości, w tym wstrząs anafilaktyczny oraz hipoglikemię należy odpowiednio monitorować pacjenta pod kątem wystąpienia świądu,

nudności, złego samopoczucia i poziomu stężenia glukozy we krwi. Preparat należy podawać pod nadzorem lekarskim.

*Małgorzata Konarska
Konsultant wojewódzki w dziedzinie
pielęgniarstwa rodzinnego
Grójec, 01 sierpnia 2018 roku*

DLA PRZYPOMNIENIA

Czy pielęgniarka może zakładać cewnik u mężczyzny?

Opublikowano: QA 1004545

Status: aktualne

Autor odpowiedzi:

Choromańska Iwona

Odpowiedzi udzielono:

14 lutego 2018 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

Czy pielęgniarka ma uprawnienia zakładania cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzny?

ODPOWIEDŹ

Pielęgniarka posiada uprawnienia zakładania cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzny.

Uzasadnienie

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9.05.2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa - dalej r.s.k.l.f.p.,

w załączniku 4 zawiera standardy kształcenia na kierunku studiów pielęgniarstwo. Część A dotyczy studiów pierwszego stopnia.

W dziale III „Szczegółowe efekty kształcenia” część C „Nauki w zakresie podstaw opieki pielęgniarstwa” r.s.k.l.f.p. zawiera między innymi wykaz umiejętności nabywanych przez absolwenta podczas studiów licencjackich. Punkt CU 16. jednoznacznie określa, że absolwent powinien posiadać umiejętność zakładania cewnika do pęcherza moczowego, monitorowania diurezy, usuwania cewnika, wykonywania płukania pęcherza moczowego. Zatem osoba, która ukończyła szkołę pielęgniarstwa powinna posiadać umiejętność zakładania cewnika do pęcherza moczowego. Powyższe przepisy nie ograniczają tej umiejętności odnośnie płci pacjenta. Powyższe oznacza, że nabyta przez absolwenta umiejętność dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet.

Skoro pielęgniarka podczas kształcenia przeddyplomowego nabywa określoną umiejętność, a w tym przypadku jest to zakładanie cewnika do pęcherza moczowego u pacjenta, tym samym nabywa ona uprawnienie do wykonania tej czynności.

Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W świetle powyższego przepisu ustawy, w przypadku, gdyby pielęgniarka miała obawy przed założeniem cewnika, z tej chociażby przyczyny, że po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa nie wykonywała takiej czynności od dłuższego czasu, winna przejść przeszkolenie przypominające w tym zakresie.

Czas pracy

pracownika niepełnosprawnego wykonującego zawód medyczny zatrudnionego w podmiocie leczniczym

Normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych regulują przepisy szczególne, tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618). Stanowi ona lex specialis w stosunku do przepisów Ko-

deksu pracy, zatem w sprawach w niej uregulowanych Kodeks nie znajduje zastosowania.

Pielęgniarkę, położną zatrudnioną w podmiocie **objętym przywołaną wyżej ustawą** o działalności lecz-

niczej, obowiązują, co do zasady, normy wynoszące 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Jednakże, jeżeli jest osobą

niepełnosprawną, podlega pod regulacje ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721 z późn. zm.). Stosownie do art. 15 ust. 2 ustawy o rehabilitacji czas pracy osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.

Powołany przepis nie wyodrębnia grup zawodowych, a zatem należy uznać, że obejmuje wszystkie osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym lub umiarkowanym zatrudnione w ramach stosunku pracy. Normy te obowiązują począwszy od dnia przedstawienia pracodawcy orzeczenia potwierdzającego ww. niepełnosprawność. Ponadto osoba niepełnosprawna nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych.

Ustawa o rehabilitacji to regulacja szczególna w stosunku do innych dotyczących zatrudnienia, a zawarte w niej uprawnienia mają charakter nadrzędny i to nie tylko w zakresie czasu pracy niepełnosprawnych, ale także innych przywilejów, które im przysługują.

Zgodnie z nią czas pracy pracownika o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności nie może przekraczać siedmiu godzin na dobę. Przepis jest jasny. Mówi o siedmiogodzinnym limicie, nie wspominając jednocześnie o konieczności zastosowania jakiejkolwiek kalkulacji proporcjonalnej.

Siedem godzin to maksymalny limit pracy w ciągu dnia dla każdego pracownika o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Rodzaj wykonywanego zawodu jest bez znaczenia, albowiem wskazane normy są takie same dla wszystkich pracowników o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności, bez względu na rodzaj wykonywanej przez nich pracy

Zatem pielęgniarka, położna o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności może pracować maksymalnie siedem godzin na dobę. Nie ma znaczenia, że ustawowa, dobowo norma czasu pracy dla tej grupy zawodowej wynosi 7 godzin i 35 minut. Ustawa o rehabilitacji nie pozostawia wątpliwości. Nie stanowi, że przy umiarkowanym stopniu niepełnosprawności dobowy czas pracy trzeba skrócić o godzinę. Od razu wskazuje maksymalną granicę czasową, co oznacza, że przeliczanie jest zbędne. Przepis ustawy, który mówi o siedmio-

godzinnym dniu pracy, jest wyjątkiem, którego nie należy interpretować rozszerzająco.

Podsumowując: Pracowników niepełnosprawnych (w stopniu umiarkowanym i znacznym) wykonujących zawód medyczny, w tym pielęgniarki i położne, zatrudnionych w podmiocie leczniczym, obowiązują normy właściwe dla osób niepełnosprawnych, chyba że lekarz medycyny pracy, a w razie jego braku lekarz sprawujący nad nim opiekę wyrazi zgodę na pracę w normach obowiązujących tzw. „biały personel” podmiotu leczniczego. Gdyby więc pielęgniarka wystąpiła z wnioskiem o niestosowanie wobec niej art. 15 ustawy o rehabilitacji, a lekarz przychylił się do niego, to byłaby objęta normami właściwymi dla pracowników podmiotu leczniczego, jako szczególnymi, czyli 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Jeżeli natomiast z takim wnioskiem nie wystąpi, jej czas pracy to 7 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo.

*mgr Ewa Stasiak
Radca Prawny
Wrocław, dnia 08.01.2018 r.*

KONTROLA REALIZACJI PODWYŻEK

Następstwem spotkania Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami NR-PiP, OZZPiP jest wniosek Resortu do NFZ o kontrolę prawidłowości realizacji podwyżek dla pielęgniarek i położnych.

Ministerstwo Zdrowia poinformowało Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, iż zwróciło się do wszystkich 16 Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o skontrolowanie prawidłowości rozliczenia środków przekazanych podmiotom leczniczym na podwyżki dla pielęgniarek i położnych. MZ przekazało również Stanowisko w zakresie interpretacji przepisów dotyczących pod-

wyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

W stanowisku wskazano, iż zapewnienie ciągłości podwyżek zostało zagwarantowane przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stanowisko MZ wyjaśnia więc jak powinny być interpretowane zapisy tego rozporządzenia. Resort podkreśla, że głównym celem jest zastąpienie dodatków trwałym wzrostem wynagrodzenia zasadniczego. Będzie to jednocześnie skutkowało podwyższeniem

innych składników wynagrodzenia obliczanych jako pochodne od płacy zasadniczej.

Powyższe kwestie będą przedmiotem dalszych konsultacji między Ministrem Zdrowia a Prezesem NFZ oraz stroną społeczną.

Źródło: NIPiP

Pielęgniarka roku 2018 wybrana...

Beata Nowak wraz z zespołem ze Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie wybrana została Pielęgniarką Roku 2018 w Ogólnopolskim Konkursie Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku 2018, organizowanym już po raz czternasty przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Patronat nad plebiscytem objęła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Finał ogólnopolskiej rywalizacji o tytuł Pielęgniarki/ Pielęgniarza Roku 2018 odbył się w Lublinie. W ramach niego siedemnastu kandydatów wygłosiło prezentacje dotyczące swojej codziennej pracy.

Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku kontynuuje wieloletnią tradycję olimpiad pielęgniarskich. Ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.

Temat przewodni Konkursu corocznie ustalany jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W tym roku zdecydowano się odejść od oceny kandydatów indywidualnych, na rzecz wprowadzenia oceny osiągnięć zespołów pielęgniarskich mających bezpośredni wpływ na jakość procesu leczenia

i opieki, bądź sytuację zdrowotną podopiecznych.

Jury Konkursu doceniło innowacyjność projektu zespołu Pani Beaty Nowak, polegającą na wdrożeniu modelu opieki okołoporodowej w opiece nad matką i dzieckiem z wadą letalną.

Drugie miejsce w konkursie zajął Konrad Baumgart prowadzący indywidualną praktykę pielęgniarską w Poznaniu, projektem ECMO dla Wielkopolski mającym na celu upowszechnienie stosowania metody pozaustrojowej oksygenacji tkanek w szerokim spektrum sytuacji klinicznych.

Trzecie miejsce, z programem polegającym na wdrożeniu zasad postępowania w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów w trakcie hospitalizacji „Szkoła Radzenia sobie w chorobie i niepełnosprawności”, zajął

zespół pielęgniarski z liderką Małgorzatą Gdesz z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Nagrody ufundowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych laureatom Konkursu wręczyła Zofia Małas. Prezes NRPiP gratulując zwycięstwa laureatom Konkursu wyraziła przekonanie, że wszyscy tegoroczni laureaci plebiscytu są już liderami w swoim środowisku, a swoją pracą i postawą wzmacniają wizerunek nowoczesnej pielęgniarki, pielęgniarza.



Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku organizowany jest od 2005 roku.

Beata Nowak... zawsze z otwartym sercem, szczerym uśmiechem, dobrym słowem oraz rzeczą najważniejszą, umiejętnością słuchania. Lider szanującego się wzajemnie zespołu, który cechuje wzajemne zrozumienie, codzienna współpraca oparta na dobrych relacjach, a także szczerze wobec siebie oraz niekończący się potencjał.

W imieniu Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych serdecznie gratulujemy, dziękujemy za profesjonalne wykonywanie zawodu, kompetencje i umiejętności oraz szczerze dzielenie się wiedzą zdobytą na licznych kursach, studiach i konferencjach.

Źródło:

1. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych,
2. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.

Anna Polonek

Anna Polonek - Wiceprzewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie; pielęgniarka, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu.



Wspomnienie o Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej

- zmarła 11 sierpnia 2018 r.

Była jedną z najwybitniejszych pielęgniarek naszych czasów, a przy tym wizjonerką, która uczyła nas samorządności i jako Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pierwszej kadencji śmiało kreowała obraz nowoczesnego pielęgniarstwa.

W tej kruchej i drobnej kobiecie drzemał olbrzym o wielu talentach. Realizowała się, jako naukowiec, nauczyciel akademicki, pisarka i poetka.

Ceniła wewnętrzną harmonię akceptowała siebie i swój los, mówiła o sobie, że jest kobietą spełnioną.

Była autorką dwóch tomików poezji „Wyrazić siebie” i „pobądź ze mną”. Tak o niej pisze Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas



*Pozostanie w naszej pamięci i sercach zawsze uśmiechnięta,
zaangażowana w sprawy samorządu i problemy ludzkie.*

MARTA SYCHTA (panieńskie PIETRASZEK)

Zawsze znalazła czas dla tych, którzy Ją potrzebowali.
Miała złote serce, które oddała wszystkim,
a dla siebie już zostawiła. Odeszła nagle i zbyt wcześnie.
Dziękujemy Ci za serdeczność, uśmiech i życzliwość.
Jak trudno powiedzieć żegnaj Marto.

Koleżanki Oddziału Neonatologicznego w Jaśle.



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

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

REDAKCJA: Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska, Bożena Pacek,

Justyna Zając i Katarzyna Woźniak

OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 19 VIII 2019 roku.

„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

MARII ADAMIAK

pielęgniarki z Oddziału Dziecięcego SP ZOZ w Lesku z którym była związana przez cały okres pracy zawodowej. Składamy Jej serdeczne podziękowania za pracę wykonywaną z ogromnym zaangażowaniem i empatią, za oddanie, życzliwość oraz za wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.

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

„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

ANNY DYBAŚ

położnej z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z Pododdziałem Noworodkowym SP ZOZ w Lesku. Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat, lata swojej pracy zawodowej poświęciła opiece sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu.

Zaangażowana w prace samorządu zawodowego, członek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.

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

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

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki

EWY JAWORSKIEJ

pielęgniarki w poradniach specjalistycznych SP ZOZ w Lesku. Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat, cieszyła się zaufaniem pacjentów i współpracowników.

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

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

„Upięłaś 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

DANUTY KULI

pielęgniarki w poradniach specjalistycznych SP ZOZ w Lesku. Przez lata pracy w zawodzie cieszyła się zaufaniem pacjentów i współpracowników.

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

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

*Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Przeworsku*



zaprasza
na Konferencję Naukowo – Szkoleniową pt.:
**„ZDROWIE KOBIETY – PROBLEM
INTERDYSCYPLINARNY”**

oraz
WARSZTATY:

- 1. Trening mięśni dna miednicy*
- 2. Samobadanie piersi*
- 3. Wystawa fotograficzna pt. „Tam gdzie Adam spotkał Ewę” -
autor Anna Kozak-Sykała*

pod Honorowym Patronatem

*Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Marszałka Województwa Podkarpackiego,
Podkarpackiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z/s w Przeworsku
oraz
Starosty Przeworskiego i Burmistrza Miasta Przeworska*

Przeworsk 20 wrzesień 2019 r.

godz. 8.00 -15.00

Miejski Ośrodek Kultury w Przeworsku ul. Jagiellońska 10A

**Zapisy przyjmujemy pod adresem: e-mail: konferencja@spzoz-przeworsk.pl
do dnia 10-09-2019r.**

kontakt telefoniczny: 16-641-34-81

Patronaty honorowe:





Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

Zaprasza na WARSZTATY dla pielęgniarek i położnych

RECEPTY BEZ TAJEMNIC

w dniu 20 września 2019 r. w godzinach 9.00 -14.30
Sala Kolumnowa w Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie

PATRONAT HONOROWY
dr n. o zdr. Ewa Zawilińska
KONSULTANT WOJEWÓDZKI W DZIEDZINIE PIELEGNIARSTWA

Warsztaty są planowane dla pielęgniarek i położnych posiadających uprawnienia do wypisywania recept z terenu całego województwa.

Tematyka warsztatów: Zasady i tryb wystawiania recept i e-recept; Recepty pro auctore pro familiae; Aplikacje ułatwiające wystawianie recept; Recepty w praktyce położnej.

KONFERENCJA ODPLATNA 30 zł.
Prosimy o dokonanie płatności do dnia 9 września 2019 r.
Na konto: Bank PKO S.A. nr 82 1240 4751 1111 0000 5509 6478

**Zapisy telefonicznie w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
tel. (17) 77 88 483 do wyczerpania miejsc.**

UWAGA! W przypadku wystawienia faktury VAT do kwoty opłaty doliczamy VAT w wysokości 23%. Faktury wystawiane będą tylko przed 20.09.2019 r.
Przy zapisie proszę podać dane do faktury.

**Uczestnicy otrzymają certyfikat potwierdzający uczestnictwo w warsztatach.
DECYDUJE KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ**