

FORUM

ZAWODOWE

4(91)2014



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

W numerze

- 3 Słowo Przewodniczącej
- 4 **Wokół samorządu**
- 8 Rząd przyjął projekt ustawy o zawodach pielęgniarzek i położnych
- 9 Stanowisko nr 17 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarzek i położnych oraz niektórych innych ustaw przyjętych przez Radę Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
- 11 Samorządy zawodowe pielęgniarzek i położnych oraz lekarki jako uczestnicy Sejmowej Komisji Zdrowia
- 15 Stanowisko Nr 6 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie wyrażenia wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arlukowiczowi
- 19 Procedura postępowania pielęgniarzek/położnych objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny
- 22 Rozporządzenie Ministra Zdrowia
- 34 Konsultanci Krajowi
- 34 W jaki sposób zrefundować pracownicy koszt zakupu okularów korekcyjnych?
- 35 Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
- 36 Gdy konkurencja próbuje przejąć pacjentów
- 38 Poporodowa profilaktyka NTM
- 40 Depresja kosztuje
- 41 Podstawowe zaburzenia elektrolitowe
- 43 Jak powinna być zorganizowana gospodarka odpadami w gabinecie pielęgniarzek medycyny szkolnej?
- 44 Odpowiedzialność za pacjenta w procesie przeprowadzania badań USG i RTG

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210

tel./fax: 13 43 694 60, 13 43 249 44

www.oipip.krosno.pl

e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

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

Podania o zapomogi prosimy składać
do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

NAZAJUTRZ

*Odszedł majowy orszak młody
Z wiosenną wrzawą i uciechą,
Zabrał ze sobą śmiech i pieśni,
A mnie zostawił tylko echo.*

*Jest właśnie ta przedranna chwila,
Kiedy świt czysty, świeży, boski,
Wykwitający z pąku nocy
Jest lżejszy niżli dzienne troski.*

*I jest ta radość niezmierną,
Chociaż tak bardzo krótko trwa,
Gdy jestem cichy i spokojny,
Jak gdybym głaskał głowę psa.*

Leopold Staff



Z żalem zawiadamiamy, że w dniu 23 czerwca 2014 r. odeszła od nas – prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji.

Ilona Tułodziecka (1949 - 2014)

Pielęgniarka, kobieta, żona, matka, babcia, społecznik – wypełniała wszystkie te role i zadania życiowe z pasją, wiarą, nadzieją i energią.

Jej doświadczenie służyło przez wiele lat umacnianiu roli i pozycji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w przestrzeni społecznej, transformacji polskiego pielęgniarstwa, procesowi reform w ochronie zdrowia. Pragnę-

ła przemian i nie żałowała sił, aby tych zmian dokonywać. Funkcję Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych traktowała, jako służbę na rzecz środowiska pielęgniarek i położnych.

Pozostanie w naszej pamięci i sercu zawsze pełna pogody ducha, zaangażowana w sprawy ludzkie Koleżanka. Będzie nam Jej brakowało.

Uroczystość pogrzebowa odbyła się 27 czerwca 2014 r. o godz. 13.30 w Kościele Narodzenia Najświętszej Maryi Panny (zw. Starym Kościołem) przy ul. Kościelnej 1 w Mińsku Mazowieckim. W dniu 21 lipca br. została odprawiona Msza Św. w wyżej wymienionym Kościele za spójność Duszy zmarłej z intencji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W imieniu całej Rodziny na Pani ręce składam serdeczne podziękowanie za wsparcie, które otrzymaliśmy w czasie choroby i po odejściu mojej Żony Ilony. Odejście Ilony do Domu Pana jest boles-

ne i trudne do zaakceptowania dla całej naszej Rodziny.

Pragnę serdecznie podziękować Pani Prezes oraz za Pani pośrednictwem pocztom sztandarowym, delegacjom Okręgowych Izby Pielęgniarek i Położnych, Pielęgniarkom i Położnym oraz Pracow-

nikom za tak liczny udział w uroczystościach pogrzebowych, które towarzyszyły mojej Żonie w Jej ostatniej podróży.

W imieniu własnym i całej Rodziny jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję.

Antoni Tułodziecki z Rodziną

Słowo Przewodniczącej

W dniu 11 czerwca 2014 r. w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza w Krośnie odbyła się jak co roku Konferencja naukowo - szkoleniowa. Była to już dziesiąta Konferencja, stąd świętowaliśmy mały jubileusz. Temat tegorocznej konferencji brzmiał „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej”. Organizatorem nieodpłatnej konferencji była Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przy współpracy z Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

Patronatem honorowym Konferencję objęła Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie dr n. med. Grażyna Rogala Pawelczyk.

W Konferencji jako goście zaproszeni uczestniczyli:

- Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie dr n. med. Grażyna Rogala Pawelczyk – która wygłosiła wykład inauguracyjny „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece

zdrowotnej” i kolejny wykład „Misja pielęgniarstwa a obowiązki pracodawcy”,

- Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie Joanna Walewander – która wygłosiła wykład „Samorząd zawodowy w realizacji misji pielęgniarki / położnej”,

- Specjalista w Kancelarii Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie mgr Małgorzata Kilar ska wygłaszając wykład pt. „Pielęgniarka / położna jako funkcjonariusz publiczny – uprawnienia i odpowiedzialność”,

- Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, Pielęgniarka Naczelna Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Markiewicza w Brzozowie mgr Zenona Radwańska wygłaszając wykład pt. „Problemy organizacji opieki pielęgniarstwa/ położniczej”.

- Pan Dariusz Sobieraj, Radny Sejmiku województwa podkarpackiego, Kierownik Poddziału Urologii i Urologii On-



kologicznej

Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie, Konsultant wojewódzki w dziedzinie urologii dla obszaru województwa podkarpackiego,

- Pan Jan Juszczyk, Starosta Powiatu Krośnieńskiego,

- Pani Agnieszka Zygarowicz, Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie,

- Pan Piotr Lenik, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie,

- Panowie Piotr Babinetz i Stanisław Piotrowicz – Posłowie na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej skierowali do uczestni-

ków konferencji adresy, które zamieściliśmy w dalszej części biuletynu.

- Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Krośnie reprezentowali Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa PWSZ Krosno pani Renata Rabiasz i Maria Zakrzewska - Kierownik Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Krośnie wraz z kadrą dydaktyczną i wybraną grupą studentów.

- Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie reprezentowały Prezes Joanna Przybek - Mita i Wiceprezes Renata Kilar.

Zaproszenie na Konferencję przyjęły Naczelne Pielęgniarki: Winiarczyk Zdzisława SP ZOZ Lesko, Kruczek Katarzyna SP ZOZ Sanok, Kostrzewa Dorota Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pa-

wła II Krosno, Bernacka Dorota Szpital Specjalistyczny Jasło, Rajchel - Sołtysik Helena Uzdrowisko Rymanów.

W konferencji udział wzięły pielęgniarki/pielęgniarze, położne z terenu działania naszej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Po raz pierwszy skierowaliśmy zaproszenia do Liceów Ogólnokształcących z powiatu krośnieńskiego o wydelegowanie na Konferencję grupy uczniów z profilu promedycznego, aby promować zawód pielęgniarki i położnej. Nasze zaproszenie przyjęły dwie szkoły i dlatego gościliśmy uczniów z Michalickiego Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych w Miejscu Piastowym i III Liceum Ogólnokształcącego w Krośnie wraz z opiekunami. Uczestnictwo młodzieży w Konferencji uznaliśmy jako promocję naszych zawodów.

Chęć uczestnictwa w konferencji zgłosiło 460 osób.

W imieniu organizatorów Konferencji składam szczególne podziękowania Pani Prezes za objęcie patronatem honorowym naszej konferencji i wygłoszenie tak ciekawych potrzebnych wykładów. Równie gorące podziękowania kieruję do pozostałych wykładowców, którzy mimo wielu obowiązków znaleźli czas i podjęli trud przygotowania i wygłoszenia nieodpłatnie wykładów o tak ważnej tematyce. Składam także ciepłe podziękowania przybyłym na Konferencję gościom i wszystkim koleżankom i kolegom, którzy przyjęli nasze zaproszenie i wygospodarowali czas, aby w niej uczestniczyć.

Dzięki Państwa obecności organizacja Konferencji ma sens.

Piotr Babinetz

Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej
Klub Parlamentarny Prawo i Sprawiedliwość
www.piotrbabinetz.pl

Krosno, 11 czerwca 2014 r.

Pani Barbara Błażejowska-Kopiczak

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na Konferencję na temat: „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej”. Niestety, z powodu trwających obrad Sejmu RP nie będę mógł w niej uczestniczyć.

Wyrażam radość z faktu, że tematyka ważnych zawodów pielęgniarki i położ-

nej zyskuje coraz większe zainteresowanie społeczne, szczególnie wśród młodych ludzi.

Wszystkim organizatorom oraz uczestnikom składam serdeczne gratulacje w związku ze zorganizowaniem w Krośnie kolejnej sesji o tak istotnych dla nas wszystkich sprawach. Jednocześnie życzę Państwu powodzenia w życiu osobi-

stym oraz dalszych osiągnięć na polu zawodowym, a także udanych obrad.

Z wyrazami szacunku
Piotr Babinetz

Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej
STANISŁAW PIOTROWICZ

Krosno, dnia 10 czerwca 2014 r.

Szanowna Pani Barbara Błażejowska-Kopiczak

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie do wzięcia udziału w konferencji poświęconej problematyce zatrudnienia i roli społecznej pracowników służby zdrowia, pod hasłem „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej”.

Niezmiernie żałuję, ale termin tego spotkania zbiega się czasowo z uprzednio podjętymi zobowiązaniami, co powoduje, że nie mogę osobiście uczest-

niczyć w tym, niezwykle interesującym i ważnym w skali naszego miasta, wydarzeniu.

Pragnę zatem tą drogą przede wszystkim przekazać Pani Przewodniczącej oraz Organizatorom Konferencji serdeczne podziękowania za podjęcie tematu specyfiki zawodu pielęgniarki i położnej oraz stworzenia płaszczyzny do zdobywania i wymiany informacji w tym zakresie. Wszelkie formy upowszechniania wiedzy w tej dziedzinie, takie jak konferencje, seminaria, czy inne formy

przekazu przekładają się na wymierne efekty w postaci zwiększenia świadomości i kompetencji personelu medycznego a także lepszego społecznego zrozumienia tej specyficznej i trudnej służby.

Jeszcze raz pragnę serdecznie podziękować za zaproszenie i życzyć wszystkim Uczestnikom Konferencji owocnej dyskusji.

Z wyrazami uszanowania
Stanisław Piotrowicz

Prezydent Miasta Krosna

Krosno, 2014.06.06.

Pani Barbara Błazejowska-Kopiczak

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie na Konferencję pt. „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej”. Niestety, wcześniej zaplanowany wyjazd służbowy nie pozwolił mi na wzięcie w niej udziału.

Pragnę wyrazić absolutne uznanie dla aktywności i kolejnych znaczących inicjatyw Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Doceniam szczególnie skalę przedsięwzięcia - liczbę uczestników i znamienitych prelegentów zaproszonych do udziału w konferencji. Cieszę się, że to właśnie w Krośnie

odbywa się wydarzenie tak wysokiej rangi.

Proszę o przyjęcie wyrazów szacunku, powodzenia w organizacji przedsięwzięcia oraz owocnych obrad.

*Prezydent Miasta Krosna
Piotr Przytock*

Wojewódzki Szpital Podkarpacki
im. Jana Pawła II w Krośnie

Krosno, 11 czerwca 2014 roku.

Pani Barbara Błazejowska-Kopiczak

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na Konferencję: „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnym świecie”.

Na przestrzeni lat rola pielęgniarki i położnej ulegała nieustannym przeobrażeniom, które są wynikiem nie tylko zmieniających się standardów opieki zdrowotnej, ale również większej świadomości i oczekiwań pacjentów. Wszystko to sprawia, że zawód pielęgniarki

i położnej wymaga nie tylko nieustającego kształcenia, ale także radzenia sobie z coraz bardziej stresującymi sytuacjami.

Wszystkim uczestnikom dzisiejszej Konferencji, życzę owocnych wniosków z dyskusji, a prelegentom pasjonujących wykładów, które pozwolą na poznanie wielu aspektów dotyczących roli, jaką we współczesnym świecie pełnią pielęgniarki i położne.

Jednocześnie na ręce Pani Przewodniczącej składam życzenia osobistej satys-

fakcji z pełnienia tej trudnej, ale jakże potrzebnej pracy oraz wszelkiej pomyślności w życiu prywatnym.

Całej społeczności pielęgniarskiej i położniczej dziękuję za zaangażowanie, z jakim prowadzone są działania na rzecz pacjentów oraz za ofiarność i zaangażowanie w ratowanie życia i zdrowia drugiego człowieka.

*Z poważaniem
Dyrektor
dr inż. Piotr Lenik*

Poseł na Sejm RP
Piotr Babinetz

Bartosz Arłukowicz Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Interpelacja w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorstwami

W dniu 12.03.2014 r. podczas XXVI-II Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie (dalej Zjazd) zostało przyjęte stanowisko w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorstwami.

W ocenie delegatów uczestniczących w Zjeździe rozporządzenie jest sprzeczne z podstawowym celem minimalnych norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego i położniczego, którym jest zabezpieczenie prawidłowej pracy oddziałów i zapewnienie pacjentom niezbędnej opieki oraz stworzenie warunków bezpieczeństwa zdrowotnego, gwarantujących prawidłowy tok leczenia pacjentów.

Jak zostało wskazane w stanowisku, rozporządzenie to zostało przyjęte bez konsultacji z samorządem zawodowym, pod naciskiem środowisk samorządów będących podmiotami tworzącymi szpitale i zrzeszeń dyrektorów szpitali. Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek w polskich szpitalach są zdecydo-

wanie niższe w porównaniu ze wskaźnikami w większości państw europejskich. Realizacja zapisów rozporządzenia doprowadzi do dalszego ograniczenia ilości pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych. W praktyce zapisy rozporządzenia pozwolą na sprawowanie dyżuru w oddziale tylko przez jedną pielęgniarkę, co przełoży się na zmniejszenie poziomu bezpieczeństwa pacjentów. Sytuacje, w których na dyżurze będzie tylko jedna pielęgniarka stwarzać będą zagrożenie życia i zdrowia zarówno dla pacjentów, jak i dla pielęgniarek i położnych obciążonych nadmierną ilością zadań i pracujących w znacznym stresie.

Kolejnym argumentem podnoszonym przez delegatów uczestniczących

w Zjeździe jest to, że do norm zatrudnienia zostały wliczone oddziałowe i ich zastępczyni, których praca w znacznej mierze opiera się na działaniach organizacyjnych i nadzorczych, a nie na samym udzielaniu świadczeń medycznych i zapewnianiu opieki pacjentom. Ponadto, niejasne zapisy dotyczące ustalenia minimalnej normy na bloku operacyjnym na 1 stół operacyjny będą skutkować zatrudnianiem tzw. osób pomagających pielęgniarkom operacyjnej, nieprzygotowanych merytorycznie do wykonywania tak ważnych zadań.

Mniej pielęgniarek w szpitalach bezpośrednio wpłynie na gorszą opiekę nad pacjentami i zagrożenie wszelkiego rodzaju

powikłaniami w leczeniu pacjentów, co generuje dodatkowe, często bardzo znaczne koszty leczenia pacjentów i ich dłuższy pobyt w szpitalu, jak również narzuca szpitalowi konieczność wypłacania pacjentowi (lub jego spadkobiercom), co raz wyższych odszkodowań, w związku z nieprawidłowościami w procesie leczenia.

1. Z jakiego powodu zakres podmiotowy tego rozporządzenia obejmuje tylko podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorstwami?

2. W oparciu o jakie kryterium została ustalona minimalna liczba zatrudnionego personelu pielęgniarskiego położniczego?

3. Dlaczego do norm zatrudnienia zostały wliczone oddziałowe i ich zastępczyni, których praca w znacznej mierze opiera się na działaniach organizacyjnych i nadzorczych?

4. Czy zostaną wydane odrębne przepisy dotyczące kompetencji jakie powinny mieć osoby pomagające pielęgniarkom operacyjnej?

5. Czy Pan Minister rozważy wydanie nowego rozporządzenia w tej sprawie, którego zapisy będą stanowiły powrót do aktualnych rozwiązań?

*Z poważaniem
Piotr Babinetz*

MINISTER ZDROWIA
MZ-PP-070-3975-40/KW/14

20-08-23 Warszawa,

Pani Ewa Kopacz

Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

W odpowiedzi na interpelację Pana Piotra Babinetza, Posła na Sejm RP, przekazaną przy piśmie znak: SPS-023-26340/14 z dnia 22 maja 2014 roku, dotyczącą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku, zapewniały podmiotom leczniczym wystarczającą ilość czasu na ustalenie nowych norm, zgodnie ze wskazanym w rozporządzeniu sposobem (ostateczny termin na ich określenie upłynął 31 marca 2014 r.).

Rozporządzenie jest narzędziem dla kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie służącym do określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą oraz wskazania liczby pielęgniarek i położnych do sprawowania opieki nad pacjentami w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Należy zaznaczyć, iż przedmiotowe rozporządzenie nie stanowi żadnego innowacyjnego rozwiązania, bowiem od 2000 roku świadczeniodawcy byli zobowiązani ustalać minimalne normy zatrudnienia zgodnie z zapisami rozporządzenia z dnia 21 grudnia 1999 r., w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), i stosować je w praktyce.

Powyższy akt prawny obowiązywał 12 lat, dlatego też podmioty lecznicze miały już doświadczenie w sposobie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, w związku tym nie powinny mieć trudności w ich ustalaniu zgodnie z zapisami nowego rozporządzenia.

Stwierdzenie, że przepisy rozporządzenia pozwolą na sprawowanie dyżuru na oddziale tylko przez jedną pielęgniarkę, jest stwierdzeniem, z którym trudno się zgodzić, bowiem co do zasady, zarządzający podmiotem leczniczym zobowiązany jest realizować cele wynikające z przepisów prawa i wewnętrznych uregulowań, tj. statutu czy regulaminu organizacyjnego danego podmiotu leczniczego.

Rozporządzenie wskazuje sposób, na podstawie którego można określić zapotrzebowanie tak, aby na danej zmianie

opiekę mogły sprawować 2 pielęgniarki. Jest to kwestia planowania, organizowania i nadzorowania zadań na podstawowym poziomie zarządczym w danym podmiocie leczniczym, a nie wynika w żaden sposób z przepisów rozporządzenia, ponieważ należy zauważyć, iż rozporządzenie nie zawiera regulacji dotyczących zatrudnienia czy też organizacji pracy, a jedynie wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm. Jednocześnie należy zauważyć, iż w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych czy leczenia uzależnień obsada 2 pielęgniarek na zmianę nie jest konieczna z uwagi na specyfikę tych oddziałów, bowiem wiodącą rolę w tych oddziałach pełnią odpowiednio rehabilitanci, fizjoterapeuci lub terapeuci.

Ponadto należy wskazać, iż w wielu krajach Unii Europejskiej normy zatrudnienia ustala pracodawca według metod/wytycznych dostosowanych do charakteru placówki medycznej oraz potrzeb. Potrzeby te określane są przez kierowniczą kadrę pielęgniarską (m.in. w Danii, Łotwie, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Irlandii, Niemczech, Hiszpanii, Norwegii).

W takich krajach, jak Słowacja, Czechy, Węgry, Rumunia oraz Cypr obowiązują przepisy prawne, w różny sposób regulujące zatrudnienie pielęgniarek w placówkach świadczących 24-godzinną opiekę.

Normy zatrudnienia pielęgniarek regulowane są aktami prawnymi, w kra-

jach byłego bloku wschodniego, natomiast brak odgórnych uregulowań w tym względzie jest charakterystyczny dla krajów Europy Zachodniej.

Odpowiadając na pytanie dotyczące zakresu podmiotowego powyższego rozporządzenia uprzejmie informuję, iż zawarta w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.), delegacja wskazuje, że Minister Zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Niemniej jednak należy zauważyć, iż regulacje w zakresie stosowania minimalnych norm obowiązują każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą realizujący świadczenia gwarantowane finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych. Każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest zobowiązany do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa lub położnych we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520). Przy czym należy podkreślić, iż w przypadku pielęgniarek i położnych, zgodnie z § 5 ust. 4, zapewnienie opieki pielęgniarstwa lub położnych, w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu, następować będzie z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.). Natomiast, zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r., z późn. zm., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, w części określającej warunki wspólne wobec świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji, świadczeniodawca zobowiązany jest do udokumentowanego zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa lub położnych we wszystkie dni tygodnia zgodnie z przepisami § 5 ust. 1, 2 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Odnosząc się do pytania drugiego należy zaznaczyć, iż rozporządzenie nie określa liczby pielęgniarek i położnych, a jedynie wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm.

Rozporządzenie jest narzędziem dla kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie służącym do określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa i położniczą oraz wskazania liczby pielęgniarek i położnych do sprawowania opieki nad pacjentami w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Kryteria dobiera podmiot leczniczy i następnie na podstawie wzoru zawartego w rozporządzeniu oblicza minimalną normę zatrudnienia.

Ponadto należy zauważyć, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), jak i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545), zawierało i zawiera przepisy dotyczące sposobu ustalania minimalnych norm. Zarówno jedno jak i drugie rozporządzenie nie zawiera gotowych norm ani przepisów dotyczących organizacji pracy w danym podmiocie, czyli nie wskazuje liczby pielęgniarek, które powinny zabezpieczać opiekę nad pacjentem, zgodnie z zapotrzebowaniem w tym zakresie. Zadanie to spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego, który przy ustalaniu norm powinien zastosować sposób wskaza-

ny w omawianym rozporządzeniu. Kierownik podmiotu leczniczego oraz kadra pielęgniarska (pielęgniarki naczelne, przełożone pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowe) znają specyfikę danego podmiotu, stany kliniczne pacjentów, czas trwania hospitalizacji, specyfikę udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizację pracy jednostek wspomagających proces ich udzielania, tak więc wykorzystując wiedzę w tym zakresie, wszystkie inne kryteria oraz sposób ustalania norm mogą obliczyć liczbę pielęgniarek/położnych konieczną do opieki nad chorymi. Ostateczna decyzja w sprawie ustalenia minimalnej liczby pielęgniarek i położnych zatrudnianych np. na danym oddziale należy do kompetencji kierownika podmiotu leczniczego i powinna być przedmiotem opiniowania przez przedstawicieli samorządu zawodowego i związków zawodowych, co zostało określone w art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.).

Odpowiadając na pytanie dotyczące wliczenia zatrudnionych w podmiocie leczniczym pielęgniarek i położnych oddziałowych i ich zastępców, uprzejmie wyjaśniam, iż podstawowym zadaniem pielęgniarki oddziałowej jest planowanie, organizacja i nadzorowanie pracy podległego dotyczące opieki pielęgniarstwa. Zadania te związane są z bezpośrednią opieką nad pacjentami.

Kompetencje, jakie powinna posiadać pielęgniarka operacyjna pomagająca, która asystuje pielęgniarsce instrumentującej do zabiegu operacyjnego, wynikają m.in. z kształcenia przed i podyplomowego, tj. ze standardów kształcenia na kierunku pielęgniarstwo określonych w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012, poz. 631) oraz z ramowego programu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek, określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz

ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.). Jednocześnie uprzejmie informują, iż przy nowelizacji rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, będą uwzględnione takie zapisy, w których wskazane zostaną kompetencje, a na obecnym etapie powyższe kompetencje wynikają z zakresu obowiązków pielęgniarki.

W przypadku bloku operacyjnego zabezpieczenie obsady pielęgniarskiej powinno uwzględniać wykonywane w bloku zadania, w związku z procedurami epidemiologicznymi oraz koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi. Dlatego też przy ustalaniu minimalnej liczby pielęgniarek w bloku operacyjnym należy uwzględnić przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947), które określają m.in. uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. Kierowni-

cy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego m.in. powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych, organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych. W związku z powyższym przy ustalaniu minimalnej liczby pielęgniarek w bloku operacyjnym należy uwzględnić również rekomendacje Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Kwestia obsady pielęgniarskiej może być także określona w wewnętrznych przepisach podmiotu leczniczego, np. regulaminie organizacyjnym.

Odpowiadając na pytanie dotyczące rozważenia kwestii wydania nowego rozporządzenia, uprzejmie informuję, iż przedmiotowe rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku, a jego przepisy zapewniały podmiotom leczniczym wystarczającą ilość czasu na ustalenie nowych norm, zgodnie ze wskazanym w rozporządzeniu sposo-

bem (ostateczny termin na ich określenie upłynął 31 marca 2014 r.).

Niemniej jednak w celu oceny wdrożenia przez podmioty lecznicze ww. rozporządzenia, Minister Zdrowia powołał Zespół ds. przeprowadzenia analizy funkcjonowania przepisów określających sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Zadaniem powyższego Zespołu jest analiza danych dotyczących realizacji przez podmioty lecznicze posiadające w swojej strukturze łóżka szpitalne przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Po zakończeniu prac powyższego Zespołu będzie można określić funkcjonowanie nowego sposobu ustalania minimalnych norm w podmiotach leczniczych i wprowadzić ewentualne zmiany w tym zakresie.

*Z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Sławomir Neuman*

Rząd przyjął projekt ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Zgodnie z projektowanymi zmianami, pielęgniarki i położne będą uprawnione do samodzielnego udzielania - w określonym zakresie - świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Takie rozwiązania mają zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz wpłyną na zmniejszenie kolejek do lekarzy.

Rozszerzenie uprawnień obejmie tylko pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem, posiadające niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie ordynacji leków, którą uzyskały: w ramach kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia (kierunki pielęgniarstwo i położnictwo), w ramach kształcenia podyplomowego specjalizacyjnego oraz w ramach kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem na poziomie kursu specjalistycznego.

Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, będą mogły ordynować leki i samodzielnie wypisywać recepty na leki o określonym składzie, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Będą mogły również wypisywać recepty i zlecenia na: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, określone wyroby medyczne pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w danym zakresie. Zlecenie leków i badań powinno być poprzedzone osobistym badaniem pacjenta.

Nowe przepisy przewidują ponadto, że pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom co najmniej pierwszego stopnia, będą mogły - na zlecenie lekarza

- wystawiać recepty na określone leki. Z możliwości tej będą wyłączone leki zawierające w swym składzie substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Będą mogły wypisywać recepty na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego jako kontynuację leczenia, jeżeli ukończą specjalistyczny kurs w tym zakresie. Ta grupa pielęgniarek i położnych będzie miała prawo do wydawania skierowań na określone badania diagnostyczne. Wyjątkiem będą badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych związanych z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta.

Projektowane przepisy przewidują, że minister zdrowia - w rozporządzeniu - określi wykazy: substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywie-

niowego, wyrobów medycznych, badań diagnostycznych oraz sposób i tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne z uwzględnieniem ich kwalifikacji oraz wymaganego zakresu umiejętności i obowiązków.

Jedno z ważnych uregulowań dotyczy możliwości wystawiania recept przez pielęgniarki i położne bez tzw. osobistego kontaktu z pacjentem. Chodzi o wystawianie recepty dla pacjentów, którzy

kontynuują leczenie związane z chorobą przewlekłą. Nowe przepisy przewidują również, że receptę może odebrać osoba upoważniona przez pacjenta lub osoby trzecie. W takich przypadkach pacjent musi złożyć odpowiednie oświadczenie w poradni lub przychodni, które powinno być zamieszczone w dokumentacji medycznej pacjenta.

Przewiduje się, że w toku studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położni-

ctwo studenci będą zdobywać wiedzę i umiejętności dotyczące ordynacji leków zawierających określone substancje oraz środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Osoby wykonujące już zawód pielęgniarki i położnej będą mogły uzyskać te uprawnienia podczas kursów specjalistycznych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Stanowisko nr 17

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw przyjętych przez Radę Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez konstytucyjne organy władzy państwowej samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Projekt z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczący ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw wprowadza nowe regulacje, których celem jest rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych oraz ich odpowiedzialności.

Jest to kolejny akt prawny dotyczący nas, który sporządzony został bez jakiegokolwiek współdziałania z samorządem zawodowym.

Tymczasem Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tj.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) jest obowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Jego dotychczasowa postawa, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu - w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - wskazuje, że tego obowiązku on nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla naszego środowiska pielęgniarek i położnych, a przede wszystkim dla pacjentów powoduje, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych po raz kolejny został pozbawiony jakiegokolwiek wpływu na decyzje jego dotyczące, a tym samym sprowadzony został do roli biernego obserwatora zdarzeń, prowadzących nieuchronnie do obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, która to okoliczność skutkować może narażeniem życia i zdrowia pacjentów. Wartości te powinny być nadrzędne zarówno dla rządzących, jak i realizujących opiekę zdrowotną.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że zasadniczym celem działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest doprowadzenie do sytuacji, w której kluczowe decyzje z punktu widzenia członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, będą zapadały z uwzględnieniem naszego stanowiska. Umocowanie do działania samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszyst-

kim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują naszej pomocy. Z tego powodu współdziałanie z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych jest niezbędne.

Zdecydowanie podkreślamy, że wypracowane przez Ministerstwo Zdrowia przepisy i rozwiązania uważamy za wysoce szkodliwe. Prezentowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych argumenty w tym zakresie pozostały bez odpowiedzi ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, w imieniu wszystkich członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych kategorycznie sprzeciwia się całości zapisów zawartych w projekcie z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczącym ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander
Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

W dniu 1 lipca 2014 roku odbyło się spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

W spotkaniu Ministerstwo Zdrowia reprezentowali:

1. Sławomir Neumann - Sekretarz Stanu,
2. Aleksander Sopliński - Podsekretarz Stanu,
3. Piotr Warczyński - Podsekretarz Stanu,
4. Beata Cholewka - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych,

Ze strony Naczelnej Rady udział wzięli:

1. Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes NRPiP,
2. Teresa Kuziara – Wiceprezes NRPiP,
3. Joanna Walewander - Sekretarz NRPiP,
4. Hanna Gutowska - Skarbnik NRPiP,
5. Ewa Przesławska – Członek Prezydium NRPiP,
6. Maria Matusiak - Członek Prezydium NRPiP,
7. Mariola Łodzińska - Członek Prezydium NRPiP,
8. Bartosz Szczudłowski - Członek Prezydium NRPiP,

Podczas spotkania Aleksander Sopliński poinformował zebranych o pracach resortu związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej, przypomniał iż Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz w miesiącu kwietniu 2012 roku na prośbę samorządu pielęgniarek i położnych powołał dwa zespoły tj: Zespół ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej oraz Zespół ds. analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego. Zespoły zakończyły pracę w 2013 r. z wyników prac zespołu realizowano zmianę zapisu do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczącą finansowania i przygotowania nowych programów kształcenia podyplomowego i zabezpieczenia środków finansowych przez Ministra Zdrowia na

ten cel, uwzględniono zmiany do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sprawie odrębnej deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia w celu poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych przygotowało projekt zmian do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej związany ze zwiększeniem kompetencji pielęgniarki i położnej, tzw. pakiet kolejkowy.

Pani Prezes Grażyna Rogala-Pawelczyk i uczestniczący przedstawiciele NRPiP odnieśli się do wystąpienia Pana Aleksandra Soplińskiego wskazując na konieczność podjęcia pilnych działań przez Ministra Zdrowia w następujących sprawach:

- przekazania wniosków z prac zespołu i przystąpienia do prac związanych z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm, zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 182);

- wdrożenia do prac legislacyjnych Ministra Zdrowia nowelizacji aktów prawnych zgodnie z wynikami prac Zespołu ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej;

- w celu omówienia trybu realizacji rekomendacji wypracowanych przez Zespół, wskazania pilnego terminu posiedzenia Zespołu ds. analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego,

- podjęcia skutecznych działań w celu zmiany sytuacji polegającej na niezgodnym z prawem zatrudnianiem ratowników medycznych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, w oddziałach szpitalnych na stanowiskach pielęgniarskich,

- uwzględnienia opinii NRPiP dotyczącej projektu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej związanej z tzw. pakietem kolejkowym,

- przekazania ostatecznej wersji wykazu priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych na rok 2014, ze wskazaniem kryteriów wyboru specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i geriatrycznego jako priorytetowych,

- przesłanie w trybie pilnym do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz do Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych podpisanych umów na przekazanie dotacji ze środków budżetowych na rok 2014,

- zabezpieczenie środków finansowych w budżecie Ministra Zdrowia w 2015 roku na druk prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, (koszt około 33 tys.),

- podjęcie przez Ministra Zdrowia działań w celu umożliwienia spotkania przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panem Premierem RP.

- określenie zasad współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.

Podczas spotkania Minister Sławomir Neumann przekazał informacje iż w obecnej chwili priorytetem dla resortu zdrowia jest pakiet kolejkowy i onkologiczny i nie ma możliwości rozpoczęcia procesu legislacyjnego w ustawach wg propozycji wypracowanych przez Zespół ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,

- ponownego przeanalizowania przez Ministra Zdrowia przyjętych przez Zespół zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,

- podjęcia rozmów przez Ministra Zdrowia w celu uzgodnienia daty spotkania samorządu z Premierem RP,

- uzgodniono kolejne spotkanie w dniu 4 lipca 2014 roku przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Ministrem Zdrowia i Dyrektorem Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia.

Samorządy zawodowe pielęgniarek i położnych oraz lekarki jako uczestnicy Sejmowej Komisji Zdrowia

Sejm: Komisja Zdrowia przyjęła tzw. pakiet kolejkowy

10.07. Warszawa (PAP) - Sejmowa Komisja Zdrowia przyjęła w środę późnym wieczorem projekty ustaw z tzw. pakietu kolejkowego. Sposobem procedowania oburzone były samorządy lekarski i pielęgniarski, które zarzucały posłom i przedstawicielom rządu, że ich rola jest marginalizowana.

Komisja zdrowia w środę drugi dzień pracowała nad projektami ustaw z tzw. pakietu kolejkowego. Chodzi o projekty nowelizacji ustaw: o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej, a także o konsultantach w ochronie zdrowia. W środę po godz. 23 po szczegółowym omówieniu, posłowie przyjęli projekty.

Kontrowersje wzbudziła już jedna z pierwszych propozycji – zmiana w sposobie powoływania szefa i dyrektorów NFZ. W myśl projektu ma go powoływać i odwoływać minister zdrowia po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu, a nie premier – jak jest obecnie.

Wątpliwości mieli zwłaszcza posłowie PiS. Józefa Hrynkiewicz przekonywała, że to premier powinien powoływać prezesa NFZ, bo to on odpowiada za stan państwa. Jej zdaniem centralizacja wszystkich funkcji w jednym resorcie jest nieuzasadniona i zmiana ta będzie niekorzystna dla systemu.

Czesław Hoc z PiS przypomniał, że w zamysle NFZ miał być niezależnym płatnikiem, specjalnie oddzielano go od resortu zdrowia, a teraz proponuje się całkowitą centralizację i nie będzie mowy o niezależności.

Wiceminister zdrowia Sławomir Neumann tłumaczył, że zmiana ta ma „zlikwidować obecny dualizm w kreowaniu polityki zdrowotnej”. Jak dodał, chodzi o to, żeby kreowało ją MZ.

„Naszym celem jest scentralizowanie polityki zdrowotnej w jednym miejscu,

tam gdzie jest za nią odpowiedzialność. Minister zdrowia chce wziąć pełną odpowiedzialność za NFZ, dlatego decyzje personalne będą w jego gestii” – mówił Neumann. Zwrócił uwagę, że premier dalej będzie miał wpływ na politykę zdrowotną, bo w każdej chwili może odwołać Ministra Zdrowia.

W projekcie znalazły się też propozycje zmierzające do skrócenia kolejek do specjalistów oraz procesu diagnostycznego. Maksymalne terminy oczekiwania na daną usługę mają być określone w rozporządzeniu MZ. Według Hrynkiewicz to zmusiłoby resort do takiej organizacji, żeby nie było konieczne korzystanie z usług podmiotów prywatnych lub zagranicznych za środki publiczne. Neumann uznał, że ta zmiana byłaby zbyt kosztowna. Poprawka została odrzucona przez komisję.

Oburzenie sposobem prac nad projektem wyrażali przedstawiciele samorządów: lekarskiego i pielęgniarskiego. W czasie prac nad zapisem dotyczącym rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określania warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odrzucono poprawki, które przewidywały, że Minister miałby się w tej kwestii konsultować z przedstawicielami samorządów. Był to kolejny raz, kiedy nie uwzględniono poprawek zwiększających rolę samorządów.

„To, co my obserwujemy dzisiaj, jako przedstawiciele samorządów zawodowych, to jest jawne lekceważenie ustaw, które państwo sami przyjęli. W związku z tym oświadczam, że nasz udział w pracach zakończy się na tym posiedzeniu. My od trzech lat bardzo uważnie słuchamy tego, co pan Minister mówi. Mówię to w imieniu 300 tys. pielęgniarek i położnych: proszę nas tak nie traktować” – apelowała przewodnicząca Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk.

Także zdaniem Michała Kozika z Naczelnej Izby Lekarskiej obrady komisji pokazują, że „właściwie w każdym punkcie zmiany przepisów marginalizowana jest rola samorządów zawodów medycznych”.

„Zostały przyjęte zapisy wykluczające przedstawicieli samorządu z udziału w radach oddziałów wojewódzkich NFZ, nie dopuszczanie samorządu lekarskiego ani pielęgniarskiego do udziału w tworzeniu map zapotrzebowania zdrowotnego, choć akurat w kwestiach zapotrzebowania zdrowotnego lekarze i pielęgniarki dość dobrze się orientują i mogliby służyć radą” – mówił.

Wcześniej – na wniosek Jarosława Katuskiego (PO) – przyjęto poprawkę do artykułu, który mówi o stworzeniu Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych. Poprawka rozszerza skład rady o przedstawicieli „reprezentatywnych organizacji pracodawców”.

Nie przyjęto zaś poprawki Czesława Hoca rozszerzającej skład rady o przedstawicieli samorządów lekarskich i pielęgniarskich, o co apelowali przedstawiciele tych samorządów obecni na posiedzeniu komisji. W pierwotnym brzmieniu artykułu przewidziano, że w jej skład wchodzi m.in. konsultanci wojewódzcy oraz przedstawiciele wojewody, marszałka województwa oraz oddziału wojewódzkiego NFZ.

Także w projekcie ustawy o konsultantach medycznych nie przyjęto rekomendowanej przez samorząd pielęgniarski poprawki mówiącej o konsultantach w dziedzinie pielęgniarstwa. Według NIPiP likwiduje to konsultantów w tej dziedzinie.

Również w projekcie ustawy o zawodzie pielęgniarki nie uwzględniono propozycji NIPiP, które miały doprecyzować uprawnienia pielęgniarek w zależności od ich wykształcenia.

„Pakiet kolejkowy” ma znieść limity w onkologii, ale tylko tam, gdzie dotrzymane będą terminy diagnostyki i leczenia oraz zapewniona będzie odpowiednia jakość. Wzmocniona ma być rola lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w kwestii „czujności onkologicznej”.

Położony ma być nacisk na leczenie ambulatoryjne, jednodniowe, które jest najbardziej komfortowe dla pacjenta. Leczenie szpitalne ma być prowadzone tylko w przypadkach, w których jest to konieczne, a nie „korzystne organizacyjnie”.

Pacjent z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu otrzyma Kartę Pacjenta Onkologicznego, która będzie uprawniała do szybkiej diagnostyki i wizyt u specjalistów bez skierowania; będzie też umożliwiała zapisanie się do specjalistów na odrębną listę oczekujących, dedykowaną pacjentom onkologicznym.

Po etapie diagnostyki specjalne konsylium określi pacjentowi ścieżkę terapeutyczną. Pacjent będzie miał też przydzielonego koordynatora leczenia.

Jeśli chodzi o kolejki do specjalistów, według resortu zdrowia wynikają one m.in. z ograniczonej liczby kadry specjalistycznej, ograniczonych środków oraz sposobu organizacji kolejek.

Po zmianach kolejka będzie budowana z osób oczekujących na pierwszą wizytę; premiovani będą ci specjaliści, którzy po szybkiej diagnozie i ustawieniu leczenia przekażą pacjenta pod opiekę lekarza POZ. Wprowadzony będzie mechanizm finansowania „porady receptowej”, ponieważ wiele wizyt odbywa się wyłącznie w celu przedłużenia recepty.

Zgodnie z projektem noweli ustawy o zawodzie pielęgniarki od 2016 r. pielęgniarki z tytułem magistra będą mogły ordynować określone leki, zaś z tytułem licencjata - wypisywać kontynuację recept na zlecenie lekarza. Pielęgniarki mają zyskać także prawo zlecenia pewnych badań diagnostycznych.

Zmienić ma się także rola NFZ, który będzie pełnił „rolę płatnika, a nie kreatora polityki zdrowotnej”. Wiąże się to m.in. ze zmianami w sposobie kontraktowania, długości zawieranych umów. Wprowadzone zostaną też zmiany dotyczące wyceny świadczeń; wycena z NFZ przeniesiona zostanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Opracowane

też mają zostać mapy zapotrzebowania zdrowotnego dla całego kraju.

Wzmocniona ma zostać też rola konsultantów krajowych, m.in. poprzez większą współpracę z konsultantami wojewódzkimi. Będą oni także zobowiązani do upubliczniania źródeł swoich dochodów, co ma zapobiec sytuacjom, w których dochodzi do konfliktu interesów.

Zmiany dotyczące onkologii i NFZ mają wejść w życie z początkiem 2015 r., a pielęgniarek - od 2016 r.

Pielęgniarki: jest nas za mało, by zwiększać nam obowiązki

Pielęgniarek jest za mało, by dodawać im obowiązków - mówiła dziś w Sejmie (8 lipca) szefowa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk, odnosząc się do propozycji w tzw. pakiecie kolejkowym. Przewiduje on m.in., że pielęgniarki będą wypisywać recepty na leki.

We wtorek (8 lipca) sejmowa komisja zdrowia rozpoczęła prace nad projektami nowelizacji ustaw: o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej, a także o konsultantach w ochronie zdrowia. W projekcie nowelizacji ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej zapisano, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem będą mogły ordynować niektóre leki. Zapis ten budzi kontrowersje zarówno wśród posłów, jak i w środowisku medycznym.

Rogala-Pawelczyk mówiła, że środowisko pielęgniarskie godzi się na „prace nad formułą wypisywania recept”, ale nie w takiej formie, jak to miało miejsce podczas przygotowań projektu - bez rzeczywistych konsultacji z zainteresowanymi stronami. Jej zdaniem przy konstruowaniu tych zapisów nie wzięto pod uwagę m.in. sytuacji demograficznej pielęgniarek. Przypomniała, że w Polsce na 1 tys. mieszkańców przypada ok. 5 pielęgniarek, zaś np. w Szwajcarii, gdzie mają one podobne uprawnienia - 16.

- Jeśli pielęgniarka będzie wypisywała recepty, kto za nią wykona czynności pielęgniarskie i pielęgnacyjne? - pytała.

Dodała, że według szacunków samorządu, tylko jedna czwarta pielęgniarek w Polsce ma wyższe wykształcenie i niewielki odsetek z nich pracuje w podstawowej opiece zdrowotnej.

Widzimy możliwość przygotowania się do tego rozwiązania, ale gdybyśmy rozpoczęli w październiku, to może zdążylibyśmy za trzy lata - mówiła.

Jej zdaniem zanim doda się tej grupie zawodowej nowe zadania, trzeba zadbać, by pielęgniarek było więcej.

Także Lucyna Dargiewicz, Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych mówiła, że pielęgniarki nie są przeciwnie wypisywaniu recept, ale nie w obecnej sytuacji, gdy jest ich stanowczo za mało. Zwróciła też uwagę, że dodatkowym zadaniem powinien towarzyszyć wzrost wynagrodzeń.

Romuald Krajewski, wiceprzewodniczący Naczelnej Rady Lekarskiej również mówił, że ze wszystkich zawodów medycznych najbardziej brakuje w Polsce pielęgniarek, więc zwiększanie im obowiązków nie jest dobrym rozwiązaniem.

Wiceprzewodnicząca komisji zdrowia Beata Małecka-Libera (PO) pytała, kto będzie brał odpowiedzialność za leczenie, gdy recepty będą wypisywane przez pielęgniarki. Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz podkreślał, że odpowiedzialność zawsze spoczywa na tym, kto zaordynował lek.

Przedstawiciele środowisk medycznych zwracali również uwagę, że w „pakiecie kolejkowym” brakuje wskazania źródeł finansowania. Krajewski mówił, że dzięki zmianom w organizacji można trochę poprawić sytuację, ale nie da się jej radykalnie zmienić bez zwiększenia środków.

Bożena Janicka, Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia również przekonywała, że nie uda się przeprowadzić zmian bez kadr i bez pieniędzy. Jej zdaniem zwiększenie roli lekarzy POZ jest słusznym kierunkiem, ale możliwym do zrealizowania, gdyby na ich listach było ok. 1-1,5 tys. pacjentów, a nie 3-4 tys., jak jest teraz.

- Musimy mieć czas dla pacjenta i pieniądze na świadczenia - mówiła.

Samorządy medyczne: nasza rola jest marginalizowana .

Rola samorządów jest marginalizowana - przekonywali w środę przedstawiciele organizacji lekarzy i pielęgniarek, odnosząc się do sposobu procedowania projektów ustaw z tzw. pakietu kolejkowego.

Sejmowa komisja zdrowia drugi dzień pracuje nad projektami ustaw z tzw. pakietu kolejkowego. Chodzi o projekty nowelizacji ustaw: o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej, a także o konsultantach w ochronie zdrowia. W środę - od kilku godzin - posłowie szczegółowo omawiają pierwszy z projektów.

Oburzenie sposobem prac nad projektem wyrażali w środę przedstawiciele samorządów: lekarskiego i pielęgniarstwa. W czasie prac nad zapisem dotyczącym rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określania warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odrzucono poprawki, które przewidywały, że Minister miałby się w tej kwestii konsultować z przedstawicielami samorządów. Był to kolejny raz, kiedy nie uwzględniono poprawek zwiększających rolę samorządów.

„To, co my obserwujemy dzisiaj, jako przedstawiciele samorządów zawodowego, to jest jawne lekceważenie ustaw, które państwo sami przyjęli. W związku z tym oświadczam, że nasz udział w pra-

cach zakończy się ma tym posiedzeniu. My od trzech lat bardzo uważnie słuchamy tego, co pan minister mówi. Mówię to w imieniu 300 tys. pielęgniarek i położnych: proszę nas tak nie traktować” - apelowała Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk.

Także zdaniem Michała Kozika z Naczelnej Izby Lekarskiej obrady komisji pokazują, że „właściwie w każdym punkcie zmiany przepisów marginalizowana jest rola samorządów zawodów medycznych”.

„Zostały przyjęte zapisy wykluczające przedstawicieli samorządu z udziału w radach oddziałów wojewódzkich NFZ, nie dopuszczacie samorządu lekarskiego ani pielęgniarstwa do udziału w tworzeniu map zapotrzebowania zdrowotnego, choć akurat w kwestiach zapotrzebowania zdrowotnego lekarze i pielęgniarki dość dobrze się orientują i mogliby służyć radą” - mówił.

Wcześniej - na wniosek posła Jarosława Katulskiego (PO) - przyjęto poprawkę do artykułu, który mówi o stworzeniu Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdro-

wotnych. Poprawka rozszerza skład rady o przedstawicieli „reprezentatywnych organizacji pracodawców”. Nie przyjęto zaś poprawki Czesława Hoca (PiS) rozszerzającej skład rady o przedstawicieli samorządów lekarskich i pielęgniarstwa, o co apelowali przedstawiciele tych samorządów obecni na posiedzeniu komisji.

W pierwotnym brzmieniu artykułu przewidziano, że w jej skład wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz siedmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym: jeden przedstawiciel wojewody, jeden przedstawiciel marszałka województwa, jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, jeden przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny, jeden przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego, jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa oraz jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
Zarząd Krajowy
ZK/1011/VII/2014

Warszawa, 12 czerwca 2014 r.

Pan Bartosz Arłukowicz Minister Zdrowia

W dniu 10-06-2014 r. Rada Ministrów przyjęła projekt zmian do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw w brzmieniu przekazanym przez Ministra Zdrowia. Zgodnie z projektowanymi zmianami, pielęgniarki i położne mają być uprawnione do samodzielnego udzielania - w określonym zakresie - świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Rozszerzenie uprawnień obejmie Jednak tylko i wyłącznie pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem, posiadające niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie ordynacji leków, którą mają uzyskać w przyszłości:

- w ramach kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia (kierunki pielęgniarstwo i położnictwo),
- w ramach kształcenia podyplomowego specjalizacyjnego,

- w ramach kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem na poziomie kursu specjalistycznego.

1/ Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, mają mieć według projektu prawo ordynować leki i samodzielnie wypisywać recepty na lekarstwa o określonym składzie, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe (specyfikacja tych substancji i środków ma się pojawić dopiero w przyszłości w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, którego obecnie brak). Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo mają mieć również prawo wypisywać re-

cepty i zlecenia na: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, określone wyroby medyczne pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w danym zakresie. Projekt zastrzega, że zlecenie leków i badań powinno być poprzedzone osobistym badaniem pacjenta.

2/ Projektowane zmiany przewidują także, że pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom co najmniej pierwszego stopnia, będą mogły - na zlecenie lekarza - wystawiać recepty na określone leki. Z możliwości tej będą analogicznie jak wyżej wyłączone lekarstwa zawierające w swym składzie substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Ta grupa pielęgniarek i położnych ma mieć również uprawnienie do wypisywania recept na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia.

czenia żywieniowego jako kontynuację leczenia, jeżeli ukończą specjalistyczny kurs w tym zakresie. Również ta grupa pielęgniarek i położnych ma mieć prawo do wydawania skierowań na określone badania diagnostyczne. Wyjątkiem mają być badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych związanych z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta.

Zmieniana ustawa przewiduje, że Minister Zdrowia ma w rozporządzeniu określić wykazy: substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, badań diagnostycznych oraz sposób i tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne z uwzględnieniem ich kwalifikacji oraz wymaganego zakresu umiejętności i obowiązków.

W/w uprawnienia mają obowiązywać od 01 stycznia 2016 r.

OZZPIP reprezentujący grupę zawodową pielęgniarek i położnych jest przeciwny zaproponowanym zmianom w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej, dążącym do wypisywania recept przez pielęgniarki i położne w proponowanej formule. Uważamy, że w Rzeczypospolitej Polskiej bez względu na stopień wykształcenia każda pielęgniarka i położna posiada prawo wykonywania zawodu. Zatem już samo rozróżnienie, że pielęgniarka i położna z tytułem magistra może samodzielnie, a z tytułem

licencjata na zlecenie lekarza ma prawo wystawić receptę na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego jest już przejawem dyskryminacji.

W naszym przekonaniu zapisy mają za zadanie jedynie ułatwić pracę lekarzom, natomiast dla grupy pielęgniarek i położnych doprowadzą jedynie do nałożenia kolejnych obowiązków zawodowych, bez mechanizmów poprawy ich sytuacji finansowej.

Projektowane zmiany do ustawy wprowadzają kolejny wymóg ukończenia kursu specjalistycznego, co obciąża pielęgniarki i położne koniecznością wymuszonego podnoszenia kwalifikacji z własnych środków finansowych. Brak jest zagwarantowania podniesienia wynagrodzenia z tytułu wykonywania tych czynności. Pielęgniarki i położne w oparciu o zaproponowane zapisy pomimo posiadanych kwalifikacji, umiejętności, wiedzy, odpowiedzialności będą w rzeczywistości „sekretarkami” lekarzy. Nie akceptujemy i nie zgadzamy się na takie umiejscowienie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

Postępowanie Rządu RP i Ministra Zdrowia jest nieuczciwe. Wieloletnie problemy służby zdrowia próbuje się ponownie łączyć zwiększeniem obowiązków naszej grupy zawodowej. Działanie jest nieuczciwe, bo:

- nie przewiduje mechanizmów pokrycia kosztów przymusowego kształcenia,

- nie przewiduje mechanizmów uzyskania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, pomimo nałożenia nowych obowiązków,

- nadal odmawia wprowadzenia grupy zawodowej pielęgniarek i położnych do systemu zamawiania przez NFZ świadczeń medycznych,

- dyskryminuje i różnicuje wewnętrznie grupę zawodową.

Odrębnym problemem jest również brak aktualnych regulacji prawnych obejmujących kompetencje wynikające z zatwierdzonych programów kształcenia podyplomowego, które ma zawierać uszczegółowienie nowych kompetencji pielęgniarek i położnych. Bez poznania tego projektu trudno ocenić kierunek forsowanych na siłę przez Rząd RP zmian w naszej ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Do wiadomości:

1. Marszałek Sejmu RP,
2. Prezes Rady Ministrów,
3. Kluby Parlamentarne,
4. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych

*Przewodnicząca Zarządu
Krajowego OZZPiP
Lucyna Dargiewicz*

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
NIPiP-NRPiP-DS.015.206.2014.MK

Warszawa, dnia 17 lipca 2014 r.

Pan Donald Tusk Prezes Rady Ministrów

Niniejszym pragniemy uprzejmie poinformować, iż Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez Ministra Zdrowia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Wobec powyższego, w imieniu wszystkich członków naszego samorządu zawodowego wyrażamy wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi.

Pragniemy zwrócić uwagę Pana Premiera, iż z racji ustrojowego usytuowania, samorząd pielęgniarek i położnych

wykonuje zadania władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa i jest za nie odpowiedzialny. Tego rodzaju sytuacja daje mu szczególny tytuł do równoprawnego udziału m.in. w pracach nad przygotowaniem rozwiązań prawno-systemowych dotyczących organizacji ochrony zdrowia.

Z przykrością jednak konstatujemy, iż od dłuższego już czasu, postawa prezentowana przez obecnego Ministra Zdrowia, który nie traktuje samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jako partnera społecznego, budziła z naszej strony narastający niepokój.

Był on tym większy, że podejście i stanowisko Ministra Zdrowia w poszczególnych kwestiach, nie dawały się pogodzić z deklarowanymi przez Pana Premiera rozwiązaniami i sposobem działania.

Potraktowanie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych przez Ministra Zdrowia w toku obecnych prac nad zmianami ustaw tzw. „kolejkowych” odbieramy jako przejaw lekceważenia i braku poszanowania konstytucyjnych prerogatyw samorządu zawodowego. Przejawem tego rodzaju zachowań jest chociażby przebieg posiedzeń Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 8-9 lipca 2014 r., pod-

czas których Minister Zdrowia arbitralnie odrzucił wszystkie uwagi zgłoszone przez samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych, nie przedstawiając jakiegokolwiek merytorycznego uzasadnienia. Analogiczna sytuacja miała miejsce na etapie tworzenia projektów rządowych.

W tej sytuacji, samorząd Pielęgniarek i Położnych nie widzi możliwości dalszej współpracy z Bartoszem Arłukowiczem, jako że sprowadza on rolę naszego samorządu do funkcji fasadowego akceptanta jego działań.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że swe umocowanie do działania samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, który to samorząd - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Nadto, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarzek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.), samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych, re-

prezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarcki i położny oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego dla jego ochrony.

Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują pomocy.

Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tj.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) jest obowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego. Jednak dotychczasowa postawa Ministra Zdrowia, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu, w ocenie Pielęgniarek i Położnych, wskazuje, że Minister tego obowiązku nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla środowiska zawodowego pielęgniarzek i położnych, jak i pacjentów, zmusza nas do skierowania do Pana Premiera wniosku o dokonanie pogłębionej analizy zaistniałego stanu rzeczy oraz wyciągnięcie konsekwencji wobec osób, których działania mogą mieć z jednej strony poważne konsekwencje w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a z drugiej konsekwencje polityczne dla osób sprawujących obecnie władzę w Rzeczypospolitej Polskiej.

Pragniemy podkreślić, że nie jest naszą intencją wywieranie presji, dla zagwarantowania jakichkolwiek przywilejów czy poprawy sytuacji określonej grupy zawodowej. Intencją naszą jest zwrócenie uwagi Pana Premiera na problem, który skutkować może w niedalekiej przyszłości narażeniem zdrowia lub życia tych, którzy z powodu swego stanu zdrowia wymagają opieki i zagwarantowania należytego poziomu świadczeń zdrowotnych.

Mając na uwadze powyższe argumenty, zmuszeni jesteśmy zgłosić do Premiera RP, swoiste votum nieufności dla Ministra Zdrowia oraz rozważenie zmiany na tym stanowisku.

Stanowisko Nr 6

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie wyrażenia votum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszewi Arłukowiczowi

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jako ustawowy reprezentant ponad trzystu tysięcznej grupy pielęgniarzek i położnych zgłasza całkowitą utratę zaufania wobec Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza.

Pozwalamy sobie przypomnieć, iż z racji ustrojowego usytuowania, pielęgniarcki i położny wykonują zadania władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa i są za nie odpowiedzialne.

Daje to szczególny tytuł do równoprawnego udziału m.in. w pracach nad przygotowaniem rozwiązań prawno-systemowych dotyczących organizacji ochrony zdrowia.

Od dłuższego już czasu, postawa przyjmowana i prezentowana w imie-

niu Rządu RP przez obecnego Ministra Zdrowia - w traktowaniu samorządu pielęgniarzek i położnych jako partnera społecznego, budziła z naszej strony narastający niepokój. Był on tym większy, że podejście i stanowisko Ministra Zdrowia w poszczególnych kwestiach, nie dawały się pogodzić z deklarowanymi przez Premiera RP rozwiązaniami i sposobem działania.

Potraktowanie grupy zawodowej pielęgniarzek i położnych przez Ministra Zdrowia w toku obecnych prac nad zmianami ustaw tzw. „kolejkowych” odbieramy jako przejaw całkowitego lekceważenia. Dobitym dowodem jest przebieg posiedzeń Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 8-9 lipca 2014 r., podczas których Minister Zdrowia odrzucił wszyst-

kie uwagi zgłoszone przez samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych, do projektów ustaw, bez jakiegokolwiek odniesienia się do ich meritum. Identyczna sytuacja miała miejsce na etapie tworzenia projektów rządowych.

W tej sytuacji, nie widząc możliwości dalszej współpracy z Ministrem Zdrowia Bartoszem Arłukowiczem, sprowadzającej rolę samorządu pielęgniarzek i położnych do funkcji fasadowego akceptanta Jego działań, zmuszeni jesteśmy zgłosić do Premiera RP, swoiste votum nieufności, co do osoby Ministra Zdrowia oraz rozważenie zmiany na przedmiotowym stanowisku.

*Sekretarz NRPiP Joanna Walewander
Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Stanowisko byłego Ministra Zdrowia z 2006 r. o uprawnieniach zawodowych pielęgniarek i położnych

Warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w Polsce jest ukończenie odpowiednio szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych.

W poprzednich systemach kształcenia prawo to absolwentki szkół pielęgniarstwa i szkół położnych uzyskiwały na podstawie dyplomu szkoły medycznej: 5-letniego liceum medycznego lub 2-letniej szkoły policealnej, lub 2,5-let-

niej szkoły policealnej lub pomaturalnej, lub 3-letniej szkoły pomaturalnej.

W wyniku transformacji systemu kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce, szkołą pielęgniarstwa lub szkoły położnych jest wyłącznie uczelnia prowadząca kształcenie w formie studiów wyższych. W związku z tym obecnie podstawą uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej jest tytuł zawodowy licencjata uzyskany

na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Uprawnienia zawodowe pielęgniarek i położnych w obrębie danej grupy zawodowej są równoważne bez względu na system kształcenia, w którym pielęgniarka, położna uzyskała kwalifikacje zawodowe.

*Minister Zdrowia
Zbigniew Religa*

Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej
Julia Pitera
BJJP-032/235/14

Warszawa, dnia 20 maja 2014 roku

Pani Maria Danielewicz

Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W związku z korespondencją z dnia 15 kwietnia 2014 roku, która wpłynęła do mojego biura poselskiego, zawierającą apele podjęte w dniu 29 marca 2014 roku na XXX Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur w sprawie dotyczącej wniesienia poprawek do poselskiego projektu ustawy o zawodzie ratownika poprzez wykreślenie z projektu zapisu punktu 2

w art. 11 oraz w sprawie Apelu nr 4 dotyczącego zwolnienia pielęgniarek i położnych z ponoszenia kosztów finansowych i zapewnienia urlopu szkoleniowego na kształcenie podyplomowe nałożone prawnym obowiązkiem realizacji polityki zdrowotnej państwa i kosztów ochrony zdrowia społeczeństwa wyjaśniam, że działając na podstawie art. 19 i art. 20 ustawy o wykonywaniu mandatu posła i senatora zwróciłam się do Ministra Zdrowia z prośbą o wyjaśnienia.

W załączeniu przesyłam do wiadomości kopię pisma z Ministerstwa Zdrowia (znak: MZ-PP-070-10291-2/JJ/14), będącego odpowiedzią na moje wystąpienie w sprawie.

Mam nadzieję, że zawarte w nim informacje będą dla Pani Przewodniczącej pomocne.

*Z poważaniem,
Julia Pitera*

MINISTER ZDROWIA
MZ-PP-070-10291.-2/JJ/I4

Pani Julia Pitera

Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Poseł,

W odpowiedzi na pismo Pani Poseł znak: BP JP-O32/235/L4. z dnia 18 kwietnia 2014 r. zawierające apele: nr 2 i nr 4 podjęte w dniu 29 marca 2014 r. na XXX Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur „w sprawie wniesienia poprawek do poselskiego projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego poprzez wykreślenie z projektu punktu 2 w art. 11” oraz „w sprawie zwolnienia pielęgniarek i położnych z ponoszenia kosztów finansowych i zapewnienia urlopu szkole-

niowego na kształcenie podyplomowe nałożone prawnym obowiązkiem realizacji polityki zdrowotnej państwa i kosztów ochrony zdrowia społeczeństwa”, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do apelu nr 2 „w sprawie wniesienia poprawek do poselskiego projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego poprzez wykreślenie z projektu punktu 2 w art. 11” uprzejmie informuję, iż zgodnie z ustawą, z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z, 2013

r. po/.. 757. z późn. z.m.), ratownik medyczny wykonuje zawód w warunkach pozaszpitalnych w ramach zespołów ratownictwa medycznego.

Ponadto, na podstawie rozporządzenia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2011 r. Nr 237. poz. 1420) ratownik medyczny wchodzi w skład zasobów kadrowych szpitalnych oddziałów ratunkowych. Obowiązujące regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycz-

nych w ramach oddziałów szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy.

Dodać jednak trzeba, że zgodnie z brzmieniem art. 12 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. Nr 208. poz. 1241) ratownik górski i ratownik narciarski, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, o którym mowa w art. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy. Dodatkowo zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208. poz. 1240) ratownik wodny, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z powyższego wynika, że ratownik medyczny może wykonywać swój zawód nie tylko w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, ale także w ramach ratownictwa górskiego, narciarskiego i wodnego. Jednocześnie ratownik medyczny może brać udział w zabezpieczeniu imprez masowych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U. poz. 181). Na podstawie w) w rozporządzenia ratownik medyczny może być członkiem zespołu wyjazdowego, patrolu ratowniczego oraz punktu pomocy medycznej i w tych jednostkach może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych, z wykorzystaniem określonych w rozporządzeniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Biorąc pod uwagę zakres umiejętności ratownika medycznego wynikający z toku kształcenia, które prowadzone jest obecnie jedynie na poziomie szkół wyższych, w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania tego zawodu poza systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne i wskazanymi wyżej jednostkami. Prace nad sfor-

mułowaniem stosownych przepisów w nowelizowanej obecnie ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym są w toku, a ich ostateczny kształt będzie znany po zakończeniu procedury legislacyjnej i wejściu nowelizacji w życie. Zatem będzie możliwość zgłaszania uwag przez poszczególne podmioty i ich konsultowanie odbywać się będzie w ramach przewidzianej prawem procedury legislacyjnej.

Ponadto należy wyjaśnić, iż zgodnie z art. 46. ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, do którego należy kształtowanie polityki kadrowej wewnątrz placówki i on odpowiada za zatrudnienie osób wykonujących zawód medyczny zgodnie z wymogami prawnymi. Należy też podkreślić, iż ratownik medyczny i pielęgniarka są to dwa różne zawody medyczne i osoby wykonujące te zawody nie mogą być zamiennie zatrudniane. Wyjątek stanowi realizacja świadczeń w ramach ratownictwa medycznego, gdzie uprawnienia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych tych dwóch grup zawodowych są równorzędne.

Odnosząc się do apelu nr 4 w sprawie zwolnienia pielęgniarek i położnych z ponoszenia kosztów finansowych i zapewnienia urlopu szkoleniowego na kształcenie podyplomowe nałożone prawnym obowiązkiem realizacji polityki zdrowotnej państwa i kosztów ochrony zdrowia społeczeństwa, należy wskazać, iż ustawa z dnia 15 lipca 2011 r., o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174. poz. 1039. z późn. zm.) w art. 61 obowiązuje pielęgniarki i położne do stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz uprawnia do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Z uwagi na nieustanny rozwój pielęgniarstwa, ciągle doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych jest nie tylko zasadne, ale również konieczne dla prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych na jak najwyższym poziomie.

Ponadto należy podkreślić, że do wykonywania wybranych świadczeń zdrowotnych, pielęgniarka, położna musi po-

siadać wiedzę i umiejętności wynikające z kształcenia podyplomowego.

Obowiązkiem pracodawcy jest dbałość o to, by na danym stanowisku pracy pielęgniarki/położne posiadały kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. W związku z czym, pracodawca kierując pracowników na szkolenie, może w ramach środków, którymi dysponuje finansować, czy też współfinansować udział w niezbędnych formach kształcenia personelu medycznego, który zatrudnia, w tym również pielęgniarek i położnych.

Ponadto art. 70 ww. ustawy jednoznacznie wskazuje, że specjalizacja jest dofinansowana ze środków publicznych, przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek lub położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowanych środków. Należy dodać, że szkolenia specjalizacyjne są najdłuższą i zarazem najdroższą formą kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych i trwają od 18-24 miesięcy. W oparciu o zapisy obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2014 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. 2013 poz. 51) w roku bieżącym przewidziane jest dofinansowanie 1.850 miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych. Natomiast koszt dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego, za cały okres trwania specjalizacji dla pielęgniarki, położnej rozpoczynającej specjalizację w 2014 roku - wynosi 4.337 zł.

Ponadto możliwy jest również nieodpłatny udział pielęgniarek/pielęgniarczy w szkoleniach organizowanych w ramach trzech projektów systemowych współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki:

1. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki genatrycznej” realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. W ramach projektu przewiduje się przeszkolenie m. in. 4000 pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej na kursie specjalistycznym w zakresie opieki ge-

riatrycznej. Szkolenia są bezpłatne, dodatkowo, uczestnicy otrzymują zwrot kosztów zakwaterowania i dojazdu na szkolenie.

2. „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”, realizowany przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Projekt zakłada, przeszkolenie 5493 pielęgniarek i pielęgniarzy w dziedzinie Pielęgniarstwa ratunkowego, 3288 pielęgniarek/pielęgniarzy w zakresie Resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz 1590 pielęgniarek i pielęgniarzy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w zakresie Wykonania konikopunkcji obarczenie odmy prężnej oraz wykonaniu dojścia doszpikowego.

3. „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa”, realizowany przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Projekt zakłada przeszkolenie 4800 pielęgniarek/pielęgniarzy na kursie specjalistycznym „Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”.

Kwestia związana z urlopem szkoleniowym, dla pielęgniarki lub położnej

podejmującej kształcenie podyplomowe jest uregulowana w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Zgodnie art. 65 ust. 1. ww. ustawy wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, na udział w obowiązkowych zajęciach w ciągu całego okresu trwania kształcenia podyplomowego wynosi do 28 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.

Natomiast zgodnie z art. 65 ust. 2 ww. ustawy w przypadku, gdy pielęgniarka lub położna podejmuje kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę i przystępuje do egzaminu państwowego (po odbyciu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia), wymiar urlopu szkoleniowego wynosi do 6 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego i egzaminów.

Na podstawie wykładni celowościowej przepisu art. 65 ust. 1 i 2 ww. ustawy, należy stwierdzić, że wymiar urlopu do 6 dni roboczych powinien być trakto-

wany, jako termin dodatkowy do wymiaru urlopu 28 dni roboczych. Z uwagi na charakter i długość trwania kształcenia podyplomowego w formie specjalizacji, kończącej się egzaminem państwowym. Jeżeli pielęgniarka, położna podejmuje kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, warunki urlopu szkoleniowego zostają określone w umowie zawartej z pracodawcą (art. 64 ust. 1 ww. ustawy).

Pracodawca, kieruje pielęgniarkę/położną na szkolenie, dostrzegając konieczność wyposażenia personelu w niezbędną wiedzę i umiejętności, wynikające z określonego szkolenia, zobowiązując się tym samym do udzielenia przedmiotowego urlopu. Ponadto należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 63 ww. ustawy, pielęgniarka lub położna podejmującym kształcenie podyplomowe bez skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 ust. 3 i 5. może być udzielony bezpłatny urlop i zwolnienie z części dnia pracy, bez zachowania prawa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia między pracodawcą a pracownikiem.

*Z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Sławomir Neuman*

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Uchwała 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r.

w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.) w zw. z art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postę-

powania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Ustala się również wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego,

który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander
Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 ww. ustawy.

CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

OKREŚLENIE POJĘĆ

Agresja [łac. aggressio „napaść”, „natarcie”], psychol. działanie (fizyczne, słowne), zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. **Agresja fizyczna** - atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.

2. **Agresja słowna (werbalna)** - posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

Pobudzenie - to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

Osoba agresywna - pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

Naruszenie nietykalności cielesnej - to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

Czynna napaść - każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonanym w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

Znieważenie - to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.

OPIS ZASAD

ZASTOSOWANIA PROCEDURY

Warunki:

Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca

2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić podczas i w związku z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.

- Zaistnienie zdarzenia „podczas i w związku” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.
- Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo-przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.
- W świetle art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

Przesłanki:

1. Ochrona prawna przysługująca pielęgniarkie objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego pod-

czas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

2. Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ

1. W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:

- a. wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- b. zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
- c. informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,

2. W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należy:

- a. w przypadku zaistnienia przesłanek przestępstwa zawiadomić organa ścigania składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając:
 - okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - wskazać w trakcie, jakich czynności (udzielanego świadczenia) doszło do zdarzenia,
- b. odnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
- c. wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
- d. poinformować niezwłocznie kierownika oddziału/placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
- e. w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowego.

OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU

Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu

Karnego w przypadku naruszenia nieetykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego, Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nieetykalność cielesną pielęgniarek i położnych. O naruszenie nieetykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawnokarnej.

1. Przesłanki popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora,

2. Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej i zagrożony jest karami; grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności.

3. Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej)

4. Odpowiedzialność za napaść na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

PODSTAWA PRAWNA

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

2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

.....
(miejscowość, data)

.....
(dane pokrzywdzonej pielęgniarce, położnej)

DO

.....
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

**ZAWIADOMIENIE O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA
WOBEC FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO**

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarce i położnej
zawiadamiam, że w dniu
(data, godzina)

W
(miejsce popełnienia przestępstwa)

.....
(imię, nazwisko sprawcy, ewent adres lub w przypadku braku danych osobowych opis wyglądu sprawcy)

podczas i w związku z
(rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych)

dokonał:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(opis zachowania przestępnego – opisać zwięźle stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody i świadków na poparcie swoich twierdzeń).

W związku z powyższym wnoszę o wszczęcie w powyższej sprawie postępowania przygotowawczego.

Świadek: imię i nazwisko, adres / stanowisko.

.....
.....

.....
(podpis pokrzywdzonej pielęgniarce, położnej)

.....
(czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 7 listopada 2007 r.

w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.2)) zarządza się, co następuje:

§1.

1. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

a) prowadzenie poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do człowieka chorego i jego rodziny,

b) psychoedukację chorych z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dorosłych oraz dzieci zdrowych,

d) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dzieci chorych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego,

e) prowadzenie poradnictwa w zakresie sprawowania opieki nad dziećmi z grup dyspenseryjnych, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania lub uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego,

f) pielęgnację skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,

g) wykonywanie szczepień ochronnych w ramach kalendarza szczepień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

h) organizację izolacji chorych zakaźnie w miejscach publicznych i w warunkach domowych;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

b) wykonywanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań diagnostycznych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

d) kierowanie na badania lub pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

e) wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,

f) oznaczanie glikemii za pomocą glukometru,

g) wykonywanie badań przesiewowych oraz kierowanie do lekarzy, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania lub w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego),

h) wykonywanie EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

i) wykonywanie pulsoksymetrii,

j) wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnometrii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

k) ocenę wydolności oddechowej metodą spirometrii.

l) wstępną ocenę ciężkości urazów i organizację bezpiecznego transportu chorego,

m) ocenę stopnia i powierzchni oparzeń oraz podjęcie działań leczniczych w ramach pomocy przed lekarskiej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

n) ocenę stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

o) ocenę poziomu znieczulenia pacjenta oraz relaksometrię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

p) prowadzenie bilansu wodnego,

q) ocenę stopnia przewodnictwa pacjenta dializowanego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

r) ocenę i monitorowanie bólu oraz innych objawów u przewlekle chorych objętych opieką paliatywną oraz ocenę wydolności fizycznej chorego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

s) ocenę jakości życia chorego objętego opieką paliatywną, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

3) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) ustalanie diety w żywieniu ludzi chorych w oparciu o obowiązujące w tym zakresie wytyczne,

b) dobór i wykorzystanie różnych technik karmienia u chorych,

c) zakładanie zgłębnika do żołądka i odbarczenie treści,

d) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,

e) zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika,

f) płukanie pęcherza moczowego,

g) wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka),

h) dobór sposobów i opatrywanie oparzeń, ran, odleżyn (do 111° włącznie) oraz przetok, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

i) zdejmowanie szwów, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

j) doraźne podawanie tlenu,

k) tlenoterapię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

l) wykonywanie inhalacji.

m) stosowanie baniek lekarskich,

n) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,

o) podawanie dożylnie leków oraz kroplowe przetaczanie dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo-oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

p) doraźną modyfikację stałej dawki leczniczej insuliny krótkodziałającej,

q) kroplowe przetaczanie dożylnie płynów, podawanie dożylnie leków (Heparinum, Natrium Chloratum 0,9 %, Glucosum 5 %, Natrium Chloratum 10 %, Calcium 10 %) oraz modyfikację ich dawki, w trakcie trwania dializy, zgodnie z planem leczenia ustalonym dla danego pacjenta oraz obowiązującymi w danym zakładzie opieki zdrowotnej standardami, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

r) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (duszność, nudności, wymioty, lęk, delirium) u chorych objętych opieką paliatywną, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

s) podawanie na zlecenie lekarskie dożylnie, zewnątrzoponowe i podskórne leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych objętych opieką paliatywną, z uwzględnieniem nowoczesnych technik (stosowanie analgezji sterowanej przez chorego — PCA, ciągłego podawania leków i płynów podskórnie

przy użyciu zestawu „Butterfly” oraz infuzorów), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

t) przygotowanie chorych (i ich rodzin) leczonych metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja — do współdziałania w prowadzonym leczeniu, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

u) wykonywanie intubacji dotchawiczej w sytuacjach nagłych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

w) wykonywanie defibrylacji, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

x) zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowanie chorego do transportu,

y) zlecenie transportu chorego,

z) prowadzenie psychoterapii podstawowej oraz wykorzystanie elementów psychoterapii kwalifikowanej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących:

a) prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,

b) prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi),

c) prowadzenie aktywizacji podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

d) prowadzenie terapii kreatywnej i rehabilitacji chorych wymagających opieki paliatywnej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

e) prowadzenie instruktażu w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

f) prowadzenie instruktażu w zakresie hartowania i kształtowania kikutu amputowanej kończyny, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

g) rehabilitację podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

h) wnioskowanie o objęcie opieką społeczną, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego).

2. Rodzaje badań diagnostycznych i materiałów do tych badań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. c, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 oraz z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

1) ocenę stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i podjęcia decyzji o prowadzeniu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych;

2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla jego stanu zdrowia lub odniesionych obrażeń;

3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci według standardów ogłoszonych w obwieszczeniu wydanym na podstawie art. 43 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

4) bezprzypadkowe przywracanie drożności dróg oddechowych;

5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczenie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:

a) rurki ustno-gardłowej,

b) rurki nosowo-gardłowej,

c) maski krtaniowej,

d) rurki krtaniowej,

e) konikopunkcji, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

6) odsysanie dróg oddechowych;

7) podjęcie tlenoterapii biernej lub wspomaganie oddechu lub wentylacji zastępczej powietrzem lub tlenem:

a) ręcznie — z użyciem:

— maski twarzowej,

— zastawki jednokierunkowej i worka oddechowego,

b) mechanicznie — z użyciem respiratora;

8) intubację dotchawiczą w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzy-

maniu krążenia przez usta lub przez nos, bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej;

9) wykonanie EKG;

10) wykonanie defibrylacji ręcznej na podstawie EKG;

11) wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej;

12) monitorowanie czynności układu oddechowego;

13) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;

14) wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;

15) wykonanie dojsścia doszypikowego przy użyciu gotowego zestawu, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

16) podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, dotchawiczą, doustną, doodbytniczą i wziewną oraz doszypikową, przy użyciu gotowego zestawu (podawanie leków drogą doszypikową pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego);

17) odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego;

18) oznaczanie poziomu parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, w tym w szczególności:

a) poziomu glukozy w surowicy,

b) poziomu elektrolitów w surowicy,

c) badania gazometrycznego krwi włósniczkowej;

19) opatrywanie ran;

20) tamowanie krwotoków;

21) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;

22) odebranie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych;

23) segregację medyczną w rozumieniu art. 43 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

24) podejmowanie działań zabezpieczających w celu ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia;

25) przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu przez zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

§ 3. Pielęgniarka, o której mowa w § 2, wykonująca określone w rozporządzeniu medyczne czynności ratunkowe jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. W związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych pielęgniarka jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 5.

1. Pielęgniarka zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza o samodzielnym wykonaniu świadczeń wymienionych w § 1 oraz o podanych lekach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do pielęgniarki wykonującej opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

§ 6.

1. Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie:

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

a) sprawowanie opieki przedkoncepcyjnej nad kobietą w celu przygotowania jej do świadomego planowania rodziny, sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem,

b) prowadzenie poradnictwa w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

c) prowadzenie czynnego poradnictwa w odniesieniu do kobiet ciężarnych oraz kierowanie do lekarzy specjalistów,

d) przygotowanie kobiet do prowadzenia samoobserwacji we wszystkich okresach życia w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka schorzeń nowotworowych,

e) prowadzenie czynnego poradnictwa w odniesieniu do kobiet ze schorzeniami ginekologicznymi,

f) ustalanie diety w poszczególnych okresach życia kobiety, w ciąży fizjologicznej i ciąży wysokiego ryzyka,

g) przeprowadzanie wizyt patronażowych u położnicy i noworodka (niemowlęcia),

h) prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia noworodków i niemowląt zdrowych,

i) pielęgnację skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,

j) wykonywanie szczepień ochronnych u noworodków w ramach kalendarza szczepień, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) pobieranie materiałów do badań i wykonywanie testów diagnostycznych:

— ciążowego,

— na obecność białka w moczu,

— oznaczenie poziomu glukozy we krwi,

b) kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,

c) pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wydzielina z dróg rodnych, inne wydzieliny),

d) wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

e) wykonywanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka,

f) wykonywanie i interpretację badań służących do oceny stanu zdrowia płodu i ciężarnej, polegających na:

— badaniu położniczym zewnętrznym,

— badaniu położniczym wewnętrznym,

— kardiologii,

g) wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania: gazometrii, kapnometrii, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

h) wykonywanie pulsoksymetrii,

i) ocenę stanu świadomości chorej z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,

j) wykonywanie EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,

k) prowadzenie bilansu wodnego;
 3) świadczeń leczniczych obejmujących:
 a) prowadzenie i przyjęcie porodu fizjologicznego,
 b) prowadzenie porodu w wodzie, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
 c) nacięcie, znieczulenie miejscowe i szycie krocza naciętego oraz pękniętego 1° według obowiązujących standardów postępowania,
 d) wykonywanie zabiegu Credego u noworodka,
 e) zdjęcie szwów z krocza,
 f) płukanie pochwy,
 g) wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka),
 h) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,
 i) stosowanie baniek lekarskich,
 j) wykonywanie inhalacji,
 k) doraźne podawanie tlenu,
 l) tlenoterapię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
 m) zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika,
 n) płukanie pęcherza moczowego,
 o) dobór sposobów i opatrywanie ran, odleżyn (do 1° włącznie), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
 p) zdejmowanie szwów z ran pooperacyjnych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
 q) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,
 r) podawanie dożylnie leków oraz kroplowe przetaczanie dożylnie płynów w ramach postępowania w resuscytacji krążeniowo-oddechowej według obowiązujących standardów postępowania w stanach nagłych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
 s) doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego w leczeniu choroby nowotworowej u chorych przewlekle, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
 t) wykonywanie intubacji dotchawiczej w sytuacjach nagłych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,

u) wykonywanie defibrylacji, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
 w) udzielanie pomocy położniczej w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza:
 — udzielanie pomocy ręcznej w porodach miednicowych,
 — ręczne wydobycie łożyska w przypadku krwotoku (masaż macicy, zabieg Credego),
 — tamponowanie pochwy w przypadku pęknięcia szyjki macicy,
 — obrót wewnętrzny w przypadku porodu bliźniaczego, gdy po urodzeniu się pierwszego płodu drugi znajduje się w położeniu poprzecznym, a zawiodła próba wykonania obrotu zewnętrznego,
 x) zlecenie transportu chorego;
 4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących:
 a) ćwiczenia usprawniające w ciąży, położu i schorzeniach ginekologicznych.
 b) prowadzenie rehabilitacji przyłożkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia,
 c) prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi),
 d) aktywizację podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.
 2. Rodzaje badań diagnostycznych i materiałów do tych badań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. b, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.
§ 7. W związku z samodzielnym wykonywaniem świadczeń leczniczych położna jest uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w nagłych przypadkach bez zlecenia lekarza leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej, gdy zwłoka w ich podaniu stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia matki lub dziecka — również leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia.
§ 8.
 1. Położna zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza zatrudnionego

w tym zakładzie o samodzielnym wykonywaniu świadczeń wymienionych w § 6 oraz o podanych lekach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do położnej sprawującej opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

§ 9. Pielęgniarka, położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

§ 10. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz. 750).

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

Minister Zdrowia: Z. Religa

1. Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

2. Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029, z 2004 r. Nr 19,

Warszawa, dnia 13 czerwca 2014 r.

Poz. 779

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 11 czerwca 2014 r.

**w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej
podstawowej opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 56 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór deklaracji wyboru:

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 28 ust. 1 ustawy, oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 28 ust. 1 ustawy, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. Deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej złożone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 15 czerwca 2014 r.

Minister Zdrowia: *B.A. Arlukowicz*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619 i 773.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 r. (poz. 779)

Załącznik nr 1

WZÓR

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, o ile został nadany							
Dzień – miesiąc – rok -- -- --			M/K									
7. Adres zamieszkania												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu												
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
..... (data)					 (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)						

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:

.....
(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:³⁾

.....
(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)
.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- ³⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, o ile został nadany							
Dzień – miesiąc – rok -- -- --			M/K									
7. Adres zamieszkania												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu												
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) </div>												

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:

.....
(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)
.....
.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:³⁾

.....
(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- ³⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe				
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok -- -- --			5. Płeć M/K		6. Numer PESEL, o ile został nadany							
7. Adres zamieszkania												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu												
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
..... (data)							 (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)				

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:

.....
(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)
.....
.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:³⁾

.....
(imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej)
.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- ³⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Nowe zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Z dniem 18 maja 2014 r. zmieniły się zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom posiadającym szczególne uprawnienia w tym zakresie. Zmiana przepisów związana jest z wejściem w życie znowelizowanego art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Zgodnie ze znowelizowanymi przepisami osoby posiadające szczególne uprawnienia (czyli np. inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci) mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadcze-

nia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia. Jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących. W przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Prawo do świadczeń poza kolejnością w dniu zgłoszenia mają:

- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi;
- Zasłużeni Dawcy Przeszczepu;
- Inwalidzi wojenni i wojskowi;
- Kombatanci oraz niektóre osoby represjonowane będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,

o których mowa w art. 1-4 ustawy o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371, z późn. zm.);

- Uprawnieni żołnierze lub pracownicy oraz weterani poszkodowani „w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Informacja o powyższych uprawnieniach powinna zostać umieszczona przez świadczeniodawców w miejscach rejestracji pacjentów, miejscach udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz w aptekach.

Zmiany w wymianie informacji między unijnymi instytucjami zabezpieczenia społecznego

Przyspieszenie wymiany informacji między unijnymi instytucjami zabezpieczenia społecznego to główny cel nowelizacji niektórych ustaw w związku z wdrożeniem Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1623). Dzięki nowym rozwiązaniom szybciej ma przebiegać weryfikacja prawa do świadczeń społecznych, a w efekcie będą one wypłacane jedynie osobom uprawnionym.

Nowelizacja wdraża do polskiego prawa przepisy unijne, które m.in. nakładają na instytucje państw członkowskich, uczestniczące w koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, obowiązek

wymiany informacji drogą elektroniczną przez System Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego (EESSI).

Do 1 maja 2014 r. wszystkie państwa członkowskie UE miały obowiązek włączyć się do tego systemu. Jednocześnie każde z państw zachowuje prawo do kształtowania krajowych systemów ubezpieczeń społecznych oraz świadczeń.

Wdrażane rozwiązania dotyczą osób, które migrują zarobkowo w obrębie UE. Przekazywanie danych niezbędnych do ustalenia praw i obowiązków ubezpieczonych oraz świadczeniobiorców będzie odbywać się drogą elektroniczną w ramach wspólnej bezpiecznej sieci zapewniającej poufność i ochronę danych.

Elektronicznej wymianie podlegać będą dane, które m.in. umożliwiają identyfikację osoby i ustalenie jej miejsca zamieszkania oraz przyznanie świadczeń z tytułów np.: choroby, macierzyństwa, inwalidztwa, starości czy wypadków przy pracy i choroby zawodowej. Kluczowym elementem systemu EESSI na poziomie krajowym mają być tzw. punkty kontaktowe. W Polsce będą trzy takie punkty: w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, ZUS oraz NFZ.

Sejm uchwalił nowelizację 8 listopada 2013 r. Prezydent podpisał ustawę 18 grudnia 2013 r. Omawiana ustawa weszła w życie z dniem 01.05.br., z wyjątkiem kilku regulacji, które obowiązują od 01.01.2014 r.

Wypadek komunikacyjny

Wypadek komunikacyjny w drodze z miejsca zamieszkania (domu) do miejsca wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy, nie jest wypadkiem przy pracy w rozumieniu art. 3 ust.

1 pkt 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1675; ze zm.), nawet wówczas, gdy pracownik

świadczy pracę w ramach zadaniowego czasu pracy (art. 140 k.p.).

Wyrok SN z 29.11.2006 r. {II UK 101/06, OSNAPiUS 2008/1-2/20}

34

Kto może podawać czynnik krzepnięcia u chorych na hemofilię? Czy pielęgniarka POZ w gabinecie lekarza rodzinnego może podać czynnik krzepnięcia? Czy potrzebne zlecenie od lekarza specjalisty, czy od lekarza rodzinnego?

Obecnie obowiązującym dokumentem zawierającym wytyczne dotyczące właściwej organizacji leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne jest Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012 - 2018, będący kontynuacją Narodowego Programu Leczenia Hemofilii na lata 2005 - 2011. Powyższy dokument zawiera opis problemu, wytyczne dotyczące organizacji opieki, w tym koordynatorów i realizatorów Programu oraz szkoleń lekarzy, pielęgniarek i innych osób zaangażowanych w leczenie hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych. W opisie Programu zawarte są również informacje dotyczące realizacji świadczenia w warunkach domowych oraz potrzeby przeprowadzenia szkoleń dla pacjentów i ich rodzin. W powyższym dokumencie brak infor-

macji dotyczących kompetencji osób, które mogą podawać koncentraty czynników krzepnięcia. Również realizowany od 2008 roku Terapeutyczny Program Zdrowotny pn. „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B” takich informacji nie zawiera.

Zgodnie z Narodowym Programem Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne realizatorami Programu są referencyjne i wojewódzkie ośrodki leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych oraz wyłonieni koordynatorzy. Do ich zadań należy m.in. dawkowanie leków pacjentom objętych Programem pierwotnej lub wtórnej profilaktyki krwawień. Przedmiotowy program terapeutyczny zapewnia pacjentom włączonym do programu, w ramach realizacji świadczenia w warunkach domowych, m.in. dostarczanie niezbęd-

nych koncentratów czynników krzepnięcia do domów. W związku z powyższym lek jest podawany w warunkach domowych przez członków rodzin pacjentów lub samych pacjentów. W wyjątkowych sytuacjach lek może być podawany w gabinecie zabiegowym, w Poradni Medycyny Rodzinnej, przez pielęgniarkę POZ. Zlecenie na wykonanie zabiegu może wystawić lekarz rodzinny w oparciu o kartę informacyjną zawierającą dane dotyczące rodzaju i dawki koncentratu czynnika krzepnięcia, wystawioną przez lekarza specjalistę ds. leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne.

*mgr Agata Panas
Klinika Onkologii i Hematologii
Dziecięcej UDSK Białystok*

W jaki sposób zrefundować pracownicy koszt zakupu okularów korekcyjnych?

Mamy pracownicę, która pracuje w sekretariacie Poradni na cały etat przy komputerze. Wysłaliśmy ją na badania profilaktyczne i okazało się, że potrzebuje okularów do pracy przy komputerze. Rachunek za zakup okularów przekazaliśmy księgowości, która nie chce dokonać zwrotu, twierdząc, że powinno być w tej sprawie jakieś zarządzenie. Co powinniśmy zrobić w tej sytuacji? Okulary kosztowały 350 zł, a Poradnia chciałaby zwrócić sekretarce pieniądze za ich zakup.

Zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. Nr 148, poz. 973) pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom okulary korygujące wzrok, zgodne z zaleceniem

lekarza, jeżeli wyniki badań okulistycznych przeprowadzonych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej wykażą potrzebę ich stosowania podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego. Tak więc pracodawca ma obowiązek zapewnić okulary, jeżeli ich potrzebę wykazały badania, o których mowa w art. 229 § 1 i 2 Kodeksu pracy, czyli badania wstępne lub okresowe. Pracodawca ma zatem obowiązek zwrotu kosztów za okulary, ale przepisane wyłącznie podczas badań, na które sam pracownik skierował - nie jest tu wymagane żadne dodatkowe zarządzenie, podstawą do zwrotu za okulary jest wskazany wyżej przepis, i wyłącznie w oparciu o niego zwrot jak najbardziej się należy.

Przyjęcie zarządzenia w sprawie wysokości i zasad refundacji kosztów poniesionych na okulary jest jednak ko-

rzystne z punktu widzenia pracodawcy, żaden bowiem przepis nie wskazuje, że pracodawca ma obowiązek ponoszenia pełnych kosztów w przypadku gdy pracownik wybierze najdroższe dostępne na rynku okulary - równie dobrze pracodawca może określić w zarządzeniu standard szkieł, jakie refunduje, lub wskazać kwotę, do jakiej okulary są refundowane w całości.

*Michał Łyszczarz
specjalista z zakresu prawa oświatowego*

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

12.06.2014

FENTANYL PRZEZSKÓRNY: Przypomnienie o ryzyku zagrożenia życia w razie przypadkowej ekspozycji na fentanyl przezskórny („plastry”)

Szanowni Państwo,

W porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz podmioty posiadające pozwolenia na dopuszczenie do obrotu dla produktów leczniczych zawierających fentanyl w postaci systemu transdermalnego, chcieliby przekazać Państwu następujące informacje:

Streszczenie

- Ciągłe odnotowuje się zgłoszenia przypadkowego narażenia osób postronnych, w szczególności dzieci, na fentanyl przezskórny.
- Aby zapobiec potencjalnemu zagrożeniu życia w razie przypadkowej ekspozycji na fentanyl, przypomina się pracownikom ochrony zdrowia o znaczeniu, jakie ma udzielenie pacjentom i opiekunom wyraźnego pouczenia o ryzyku przypadkowego przeniesienia noszonego plastra na osobę postronną, przypadkowego przyjęcia plastra drogą doustną oraz o konieczności prawidłowego usuwania zużytych plastrów:

Przypadkowa ekspozycja na skutek niezamierzonego przeniesienia plastra: należy pouczyć pacjenta i opiekuna, że w razie przypadkowego przeniesienia plastra na osobę postronną należy go natychmiast usunąć.

Przypadkowe przyjęcie drogą doustną: należy pouczyć pacjenta i opiekuna o konieczności starannego wyboru miejsca aplikacji oraz o konieczności kontroli przylegania plastra.

Zużyte plastry: należy pouczyć pacjenta i opiekuna, że zużyty plaster należy

złożyć na pół, stroną przylepną do wewnątrz tak, aby się skleił, i dopiero wówczas można go bezpiecznie wyrzucić.

Dalsze informacje o przypadkowej ekspozycji na fentanyl przezskórny

Kwestia przypadkowej ekspozycji nie jest zagadnieniem nowym w dziedzinie bezpieczeństwa farmakoterapii. Niemniej jednak nadal zdarzają się przypadkowe ekspozycje, niekiedy ze skutkiem śmiertelnym (wszystkie takie dotychczasowe przypadki dotyczyły dzieci). W ostatnim czasie Komitet ds. Oceny Ryzyka w Ramach Nadzoru nad

Bezpieczeństwem Farmakoterapii (PRAC) przeprowadził ogólnounijny przegląd i stwierdził, że do takich przypadków może dochodzić między innymi ze względu na fakt, że plaster nie jest wystarczająco widoczny. Dlatego też PRAC zalecił poprawę widoczności przezskórnych systemów terapeutycznych zawierających fentanyl.

Należy zachować ostrożność, aby uniknąć przypadkowego przeniesienia noszonego plastra zawierającego fentanyl na osobę postronną, niebędącą jego użytkownikiem, np. osobę dzielącą łóżko lub znajdującą się w bliskim kontakcie z pacjentem. Aby nie dopuścić do przypadkowego przyjęcia plastra drogą doustną przez dziecko, należy w sposób przemyślany wybierać miejsce aplikacji oraz ściśle kontrolować przyleganie plastra.

Ponadto istotne jest udzielenie pacjentowi przez pracowników ochrony zdrowia zrozumiałych informacji na temat bezpiecznego obchodzenia się z plastrami. Należy pouczyć pacjenta, że istotne jest, aby zużyty plaster złożyć na pół, stroną przylepną do wewnątrz tak, aby się skleił i dopiero wówczas można go bezpiecznie wyrzucić.

Trwają prace nad poprawą widoczności plastra. Komunikat ten służy przypomnieniu pracownikom ochrony zdrowia o znaczeniu, jakie ma przekazywanie po-

wyższych informacji współpracownikom, pacjentom i opiekunom.

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Wszelkie przypadki podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych należy zgłaszać zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych do:

Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,

Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych

Al. Jerozolimskie 181C

02-222 Warszawa

Tel. (22) 492 13 01

Faks: (22) 492 13 09

ndl@urpl.gov.pl

lub do właściwego podmiotu odpowiedzialnego:

- Dla produktów leczniczych :

Durogesic 12.5 mcg/h, system transdermalny

Durogesic 25 mcg/h, system transdermalny

Durogesic 50 mcg/h, system transdermalny

Durogesic 75 mcg/h, system transdermalny

Durogesic 100 mcg/h, system transdermalny

Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.

ul. Iłżecka 24

02-135 Warszawa

Polska

Tel. +48 222 37 60 00, Fax. +48 22 237

60 39

D L - J N J P L - J A C -
-PharmacovRilancebis(aiTS.JNJ.com

- Dla produktów leczniczych:
Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny
Takeda Pharma Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 146a
02-305 Warszawa
Tel. +48 22 608 13 00; fax +48 22 608 13 03
dso-pl(5)takeda.com
- Dla produktów leczniczych:
Fentanyl Actavis 25 pg/h system transdermalny
Fentanyl Actavis 50 pg/h system transdermalny
Fentanyl Actavis 75 pg/h system transdermalny

Fentanyl Actavis 100 pg/h system transdermalny
Actavis Pharma Sp. z o.o.
ul. Marynarska 15
02-674 Warszawa
Tel: (22) 512 29 00, (22) 512 29 54
Fax: (22) 512 29 96
safety.poland@actavis.com

- Dla produktów leczniczych:
Fenta MX 25, 25 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster
Fenta MX 50, 50 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster
Fenta MX 75, 75 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster
Fenta MX 100, 100 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster
Sandoz Polska Sp. z o.o.
ul. Domaniewska 50 C, 02-672 Warszawa
tel. 22 209 70 00, faks 22 209 70 05
druR-safety.poland@sandoz.com

- Dla produktów leczniczych:
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 12 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 25 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 50 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 75 mikrogramów/godzinę
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 100 mikrogramów/godzinę
Pfizer Polska Sp. z o.o.
Dział Monitorowania Bezpieczeństwa Leków
ul. Postępu 17 B
02-676 Warszawa
Tel.: +48 22 335-6326
Fax Toll-Free: 00800112-4454
POLAEReporting@pfizer.com
Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dostępny na stronie:
<http://dn.urpl.gov.pl/dn-zgloszenia-dzialan-niepozadanych>

Gdy konkurencja próbuje przejąć pacjentów

Konkurowanie o pacjentów przybiera niekiedy skrajne formy, nie tylko w stosunkach pomiędzy podmiotami niepublicznymi. Coraz częściej pada więc pytanie, jak reagować w sytuacjach pojawienia się niedozwolonej reklamy, szkodliwego dla konkurencji konstruowania oferty czy innych działań podmiotu leczniczego mających na celu przejęcie pacjentów.

Reklama. Zgodnie z art. 14 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Na uwagę zasługuje fakt, iż w powyższym przepisie mowa zarówno o treści, jak i o formie reklamy, co oznacza, iż nie tylko użyte w ogłoszeniu zwroty, lecz także wielkość oraz kształt ogłoszenia należy rozpatrywać w kontekście rekla-

my podmiotu. W ustawodawstwie polskim brak jest definicji legalnej reklamy, można przywołać jednak bogate orzecznictwo sądów oraz piśmiennictwo określające cechy danego działania, przesądzające o tym, iż jest ono reklamą. Za cechy takie uważa się: nakłanianie, zachęcanie, zachwalanie.

Przykłady. Przykłady działań noszących te cechy można znaleźć bez trudu. Deklaracja „bezpłatnego wykonania badań podstawowych każdemu, kto zapisze się do naszej przychodni”; zwroty, takie jak: „jesteśmy - bądź - nie jesteśmy przychodnią prywatną”; zapewnienia „u nas nie ma kolejek” - to sformułowania o tyle trudne, że najczęściej odpowiadają prawdzie. Poprzez swój wydźwięk mogą jednak naruszać interes konkurentów, sugerując np. odbiory, że w innych przychodniach tego typu badań nie przeprowadza się, trzeba czekać w kolejkach lub też że status innych przychodni (publiczna, prywatna) czyni je gorszymi od re-

klamodawcy. Biorąc pod uwagę wszystkie wskazane wyżej elementy, podmiot leczniczy ma do dyspozycji kilka kierunków działań.

Reklama podmiotu jako wykroczenie. Zgodnie z art. 147a Kodeksu wykroczeń, kto podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych mające formę i treść reklamy, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. Zgłoszenie popełnienia wykroczenia może być dokonane przez każdego (pacjenta, podmiot leczniczy, organizację społeczną).

Kontrola organu rejestrowego.

Zgodnie z art. 111 ustawy o działalności leczniczej organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej. Na podstawie ustaleń zawartych

w protokole pokontrolnym organ prowadzący rejestr wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania. Na podstawie art. 108 tej ustawy organ prowadzący rejestr wykreśla podmiot z rejestru m.in. w przypadku rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem oraz niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych. Istnieje tu więc możliwość wydania zaleceń pokontrolnych, a w skrajnym przypadku wykreślenia konkurenta z rejestru.

Kontrola organu założycielskiego. Na podstawie art. 121 ustawy o działalności leczniczej nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje także podmiot tworzący. W razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niedokonania zmiany lub cofnięcia tych działań w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną. Najważniejszym narzędziem wynikającym z tego przepisu jest więc możliwość nałożenia sankcji na kierownika podmiotu konkurencyjnego.

Wystąpienie na drogę sądową przez poszkodowany ZOZ. Zgodnie z art. 3 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji czynem nieuczciwej konkurencji jest działanie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, jeżeli zagraża interesowi innego przedsiębiorcy lub klienta lub go narusza. Są nim w szczególności: nakłanianie do rozwiązania lub niewykonania umowy, pomawianie lub nieuczciwe zachwalanie, utrudnianie dostępu do rynku, a także nieuczciwa lub zakazana reklama. W razie dokonania czynu nieuczciwej konkurencji przedsiębiorca, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać:

- 1) zaniechania niedozwolonych działań;
- 2) usunięcia skutków niedozwolonych działań;
- 3) złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie;
- 4) naprawienia wyrządzonej szkody, na zasadach ogólnych;

5) wydania bezpodstawnie uzyskanych korzyści, na zasadach ogólnych;

6) zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej lub ochroną dziedzictwa narodowego - jeżeli czyn nieuczciwej konkurencji był zawiniony.

Sąd, na wniosek uprawnionego, może orzec również o materiałach reklamowych i innych przedmiotach bezpośrednio związanych z popełnieniem czynu nieuczciwej konkurencji. W szczególności sąd może orzec ich zniszczenie lub zaliczenie na poczet odszkodowania (art. 18 ww. ustawy).

Wystąpienie na drogę sądową przez pacjenta. Wg art. 5 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął.

Wprowadzającym w błąd działaniem może być w szczególności:

- 1) rozpowszechnianie nieprawdziwych informacji,
- 2) rozpowszechnianie prawdziwych informacji w sposób mogący wprowadzić w błąd.

Zgodnie z art. 12 tej ustawy w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać:

- 1) zaniechania tej praktyki;
- 2) usunięcia skutków tej praktyki;
- 3) złożenia jednokrotnego lub wielokrotnego oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie;
- 4) naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności żądania unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu;
- 5) zasądzenia odpowiedniej sumy pieniężnej na określony cel społeczny związany ze wspieraniem kultury polskiej, ochroną dziedzictwa narodowego lub ochroną konsumentów.

Plusy i minusy. Dobłą stroną tej ostatniej konstrukcji jest to, że zgodnie z art. 13 ustawy ciężar dowodu, że dana praktyka rynkowa nie stanowi nieuczciwej

praktyki wprowadzającej w błąd, spoczywa na przychodni, której zarzuca się stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej. Istnieje zatem domniemanie, że ten, kto podjął działanie, które wprowadziło pacjenta w błąd, narusza prawo. Dużym minusem jest zaś to, że opisane wyżej w art. 12 uprawnienia przysługują konsumentowi, a nie przedsiębiorcy, którego prawa naruszono. To pacjent musiałby więc wystąpić na drogę sądową, argumentując, że został wprowadzony w błąd.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U.2013.217); ustawa z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń (j.t. Dz.U.2013.482 z późn. zm.); Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.2007.50.331 z późn. zm.); Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (j.t. Dz.U.2003.153.1503 z późn. zm.); Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U.2007.171.1206)

Iwona Kaczorowska-Kossowska
Radca prawny

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Komunikat I
NIPiP-NRPiP-DM.0021.52.14

Warszawa, 11 czerwca 2014 r.

Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

Wzorem lat ubiegłych, jak również potrzeb i problematyki wynikającej z zawieranych na 2014 i lata następne, umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przy współpracy z Komisją ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPiP organizuje w dniach 4-6 listopada 2014 roku, w Warszawskim Domu Technika NOT. ul. Czackiego 3/5 w Warszawie, III Modułową Konferencję szkoleniową. Do udziału w konferencji zapraszamy:

Moduł I - „Gdzie polskie pielęgniarstwo rodzinne”, w dniu 4 listopada

2014 r. - pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej,

Moduł II - „Quo vadis opieka długoterminowa, jak było, jak jest jak będzie”, w dniu 5 listopada 2014 r. - pielęgniarki, realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,

Moduł III - „Zdrowie i Szkoła”, w dniu 6 listopada 2014 r. - pielęgniarki realizujące świadczenia opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Z uwagi na ograniczony limit miejsc o udziale uczestnika w Konferencji decyduje kolejność wpływu zgłoszeń.

W ramach opłaty konferencyjnej przewidziany jest: udział w Konferencji, Certyfikat, serwis kawowy, lunch, oraz ma-

teriały pokonferencyjne (przesłane po konferencji na indywidualny adres e-mail uczestnika konferencji, wpisany w karcie zgłoszenia).

Planowany czas Konferencji, w dniach 4-6 listopada od godziny 9.30 do 18.00.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie dokonuje rezerwacji miejsc hotelowych/noclegów, nie zwraca kosztów podróży.

Szczegółowe informacje: opłata konferencyjna, program, karta zgłoszenia zostaną przekazane w Komunikacie II (lipiec 2014 r.)

*Z poważaniem
Teresa Kuziara*

Poporodowa profilaktyka NTM

Fizjoterapeuta, NZOZ Szpital Ginekologiczno-Położniczy na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

Okres ciąży, poród i połów to dobrze znane i istotne czynniki ryzyka NTM. Dlaczego właśnie tak ważny i tak wyjątkowy moment w życiu kobiety może stać się przyczyną późniejszych poważnych powikłań oraz jakie działania powinny zostać podjęte aby je zminimalizować?

Skąd bierze się poporodowe NTM?

W okresie ciąży oraz podczas samego porodu dochodzi do szeregu procesów, które mogą pośrednio lub bezpośrednio wpływać na występowanie zaburzeń kontynencji. Zaburzenia te mogą mieć różny stopień nasilenia oraz nierzadko charakter przejściowy, co często usypia czujność kobiet i powoduje, że pozostają one bierne wobec tego problemu. Profilaktyka poporodowa dotyczy zarówno pierwo- jak i wieloródek i powinna obejmować wszystkie kobiety bez względu na sposób rozwiązania ciąży, a więc nie tylko po porodach siłami natury, ale

również po cięciach cesarskich. Do czynników, które zdecydowanie zwiększają ryzyko poporodowego NTM należą między innymi:

- otyłość ciężarnych (jest to obecnie poważny problem w położnictwie),
- przewlekłe zaparcia, które są częstą dolegliwością ciężarną,
- ciężka praca fizyczna w okresie ciąży, dźwiganie ciężarów,
- epizody popuszczania moczu w czasie ciąży lub w okresie ją poprzedzającym,
- wielorództwo i małe odstępy czasowe pomiędzy kolejnymi ciążami i porodami,
- porody, podczas których doszło do uszkodzenia struktur dna miednicy i krocza, porody zabiegowe (z wykorzystaniem kleszczy i próżniociągu położniczego),
- urodzenie dużego dziecka.

Jakie działania powinny mieć miejsce we wczesnej profilaktyce poporodowego NTM?

Szczególne miejsce w zapobieganiu poporodowemu NTM powinna zajmować edukacja kobiet na kilku etapach okresu macierzyństwa.

1. Edukacja w szkołach rodzenia

Obecnie wiele kobiet uczestniczy w kursach przygotowujących do porodu w ramach szkół rodzenia. Zajęcia te bezwzględnie powinny poruszać tematykę nietrzymania moczu, w sposób otwarty i bezpośredni obejmując:

- omówienie czynników ryzyka NTM w okresie okołoporodowym w formie wykładu,
- omówienie kwestii związanych z prawidłową dietą (profilaktyka ciążowych zaparć oraz otyłości ciężarnych),
- elementy psychoprofilaktyki porodowej i fizjoprofilaktyki dotyczącej mięśni dna miednicy i krocza,
- gimnastykę ogólnorozwojową dla kobiet w ciąży, która będzie zapobiegać nadmiernemu przyrostowi masy ciała.

2. Edukacja w gabinecie lekarza ginekologa-położnika:

- lekarz prowadzący ciążę powinien być zobowiązany pouczyć kobietę na temat ryzyka NTM oraz sposobów na ich zminimalizowanie,
- lekarz prowadzący ciążę powinien zachęcić kobietę do uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia,
- lekarz prowadzący kontrolę poporodową powinien przeprowadzić z kobietą wywiad w kierunku NTM oraz przedstawić jej możliwości profilaktyki i ewentualnej terapii NTM,
- lekarz ginekolog-położnik powinien przekazywać swoim pacjentkom bezpłatne materiały edukacyjne na temat profilaktyki NTM, np. płyty i broszury Co-rewellness z ćwiczeniami mięśni dna miednicy.

3. Edukacja na oddziale położniczym

Podczas pobytu na oddziale położniczym, po porodzie kobieta powinna zostać objęta przynajmniej podstawową edukacją na temat zmniejszenia czynników ryzyka poporodowego NTM:

- poprzez możliwość konsultacji ze specjalistą fizjoterapii ginekologiczno-położniczej, który powinien być obecny na każdym takim oddziale,
- poprzez otrzymanie karty zaleceń poporodowych, która w wyraźny sposób zasygnalizuje potrzebę wprowadzenia ćwiczeń poprawiających kondycję mięśni dna miednicy w połogu,
- poprzez umieszczenie ulotek i broszur informacyjnych na temat ryzyka i profilaktyki poporodowego NTM w każdej sali położniczej.

4. Edukacja podczas poporodowych wizyt patronażowych

Istotnym elementem opieki nad kobietą w połogu są wizyty patronażowe położnej środowiskowej. Położne te powinny być przeszkolone w zakresie podstaw profilaktyki NTM i informacje na jej temat powinny przekazywać swoim pacjentkom.

Podsumowanie

Ideąlem byłoby, aby w Polsce każda kobieta w połogu została poddana obowiązkowemu, bezpłatnemu programowi wczesnej profilaktyki i terapii zaburzeń kontynencji, które pojawiły się po porodzie. Jest to cel, do którego wspólnymi siłami dążyć powinno całe środowisko medyczne.

Jeżeli podczas porodu doszło do fazałów (np. pęknięcia krocza), to zwiększa się prawdopodobieństwo powikłań w postaci nietrzymania moczu, zaburzeń statyki narządu rodowego (obniżenie ścian pochwy, obniżenie macicy), a także problemów sfery seksualnej. Wczesna profilaktyka powinna obejmować więc wszystkie kobiety będące w połogu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet po porodach siłami natury i powikłanych, ale również po cięciach cesarskich.

1. Unikanie pozycji siedzącej przynajmniej przez pierwsze dni po porodzie siłami natury (J. Kozłowska, „Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie”). Podczas siedzenia wywierany jest ucisk na tkanki krocza i odbytu, co z jednej strony jest bolesne i niekomfortowe, z drugiej może utrudniać ich gojenie (hemoroidy, rany poporodowe). Ponadto, we wczesnym okresie połogu, mięśnie dna miednicy wykazują obniżone napięcie i w pozycji pionowej nie mogą prawidłowo spełniać swojej roli podtrzymującej narządy miednicy mniejszej. W praktyce unikanie siedzenia po porodzie jest bardzo trudne, między innymi dlatego, że pewne techniki karmienia piersią wykazywane są właśnie w pozycji siedzącej. Pozycja ta powinna być więc ograniczona do niezbędnego minimum. W sklepach dostępne są tzw. poduszki poporodowe, które umożliwiają uniesienie okolicy krocza w trakcie siedzenia, co w pewnym stopniu je odciąża. Na chwilę można też usiąść przenosząc ciężar ciała na jeden pośladek, a nie bezpośrednio na krocze, z pełnym obciążeniem.

2. Unikanie pozycji rozciągających mięśnie dna miednicy i krocza w okresie połogu. Mięśnie te są rozluźnione i rozciągnięte po okresie ciąży i porodu, często również uszkodzone. Dlatego należy unikać pozycji i ćwiczeń pogłębiających ten stan, czyli z szeroko rozstawionymi nogami (np. odwodzenie w stawach biodrowych, siad „po turecku” oraz pozycja kuczna), aby mogły się sprawnie i szybko regenerować.

3. Prawidłowe wstawanie z łóżka. Jest kilka sposobów, które pozwolą na pominięcie pozycji siedzącej w czasie pionizacji. Pierwszy sposób polega na przewróceniu się na dowolny bok i spuszczeniu nóg poza łóżko. Następnie należy zsunąć się z łóżka po zewnętrznej powierzchni

uda tak, aby stopy oparły się o podłogę i wstać z ominięciem siadu. Druga metoda polega na przejściu w łóżku do pozycji kłęk podpartego („na czworaka”) i zestawieniu stóp kolejno na podłogę. Jedynym problemem może być fakt, iż kobiety po porodzie mogą być znacznie osłabione (szczególnie po długich i ciężkich porodach oraz przy większej utracie krwi) i nagle przejście z pozycji leżącej do stojącej może spowodować zawroty w głowie, a nawet zasłabnięcie. Dlatego ważne jest, aby przed pierwszym wstawaniem kilka razy zmienić pozycję w łóżku (obrać się na boki, podnosić górną część łóżka tak, aby klatka piersiowa i głowa były nieco uniesione) oraz wykonać serię ćwiczeń ruchowych i oddechowych zalecanych po porodach (najlepiej pod kontrolą specjalisty). Po cięciu cesarskim wstawanie przebiegać powinno przez pozycję leżenia na boku, a następnie siad. W obu wypadkach niewskazane jest unoszenie się z pleców zamachem do góry poprzez angażowanie mięśni brzucha, gdyż taka metoda wstawania zwiększa ciśnienie śródbrzuszne i jest niekorzystna dla regenerujących się mięśni dna miednicy.

4. Dbłość o higienę osobistą. Należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń dotyczących pielęgnacji gojącego się krocza i nawyków higienicznych w okresie połogu. Dotyczy to przemywania okolic intymnych zalecanymi, delikatnymi środkami myjącymi, regularnych zmian wkładek oraz wietrzenia krocza, a także samoobserwacji i zgłaszania wszelkich dyskomfortów lub nieprawidłowości.

5. Unikanie dźwigania ciężarów. Kobieta w połogu powinna prosić o pomoc w pielęgnacji dziecka i czynnościach dnia codziennego. Bardzo często nowa sytuacja życiowa i liczne obowiązki zmuszają młode matki do dźwigania ciężkich przedmiotów, wielokrotnie w ciągu dnia. Najczęściej jest to np. przenoszenie wanny wypełnionej wodą, a także noszenie dziecka w ciężkich fotelikach.

6. Profilaktyka zaparcí. Bardzo ważną kwestią jest zadbanie o odpowiednie odżywianie w połogu. Nie powinno zabraknąć błonnika pokarmowego (pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa i owoce), a także dobrego nawodnienia organizmu. Po porodach poleca się również pozycję leżenia na brzuchu oraz

umiarkowaną gimnastykę, dzięki czemu jelita są lepiej pobudzone do pracy.

7. Prawidłowe oddawanie czynności fizjologicznych. W okresie połogu, szczególnie w pierwszych godzinach i dobach po porodzie mogą występować przejściowe problemy z oddawaniem czynności fizjologicznych. Najczęściej jest to związane z dużym strachem przed pierwszą wizytą w toalecie. Należy unikać pośpiechu, przyjmować odpowiednie pozycje w trakcie oddawania moczu i stolca i zadbować o to, aby były to procesy bierne, bez użycia tłoczni brzusznej (bez parcia).

8. Stopniowe zmniejszanie masy ciała. Największy jej ubytek obserwowany jest tuż po porodzie (kilka kilogramów związanych z ciężarem urodzonego dziecka, łożyska, obkurczeniem macicy, utratą krwi itd.). W kolejnych dobach połogu spadek masy ciała jest wolniejszy, ale powinien być systematyczny. Aby usprawnić powrót do masy ciała sprzed ciąży należy wykonywać delikatne, zalecane ćwiczenia ruchowe oraz racjonalnie się odżywiać (zapotrzebowanie kalorycz-

ne w okresie laktacji jest większe tylko o ok. 500 kcal/dobę w stosunku do okresu przed ciążą). Jest to bardzo ważne, ponieważ otyłość jest jednym z czynników ryzyka NTM i obniżania narządu rodnego.

9. Unikanie intensywnych wysiłków, a w szczególności nieprawidłowych ćwiczeń, które mogą nasilać problemy z NTM. Do takich ćwiczeń należą między innymi ćwiczenia typu „brzuszek” lub tzw. 6-Weidera. Zwiększają one ciśnienie śródbrzuszne i wywierają ucisk narządów jamy brzusznej w dół, na mięśnie dna miednicy.

10. Unikanie noszenia tzw. wyszczuplających pasów poporodowych. Pas taki, opięty wokół talii, zwiększa ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej i wywołuje nacisk narządów wewnętrznych w dół, w kierunku mięśni dna miednicy.

11. Wykonywanie ćwiczeń profilaktycznych wzmacniających mięśnie dna miednicy i krocza. Ćwiczenia te można wprowadzić już w 1 dobie po porodzie. Bardzo ważne jest, aby były wykonywa-

ne prawidłowo, dlatego każda kobieta powinna uzyskać instruktaż (od fizjoterapeuty lub przeszkolonej położnej czy lekarza).

12. Przestrzeganie zalecanych kontroli poporodowych. Jeżeli w połogu pojawią się jakiegokolwiek symptomy NTM - nie wolno ich bagatelizować. Należy zgłosić je na wizycie kontrolnej u lekarza ginekologia-położnika, który powinien skierować pacjentkę na konsultację fizjoterapeutyczną. Fizjoterapeuta przeprowadzi odpowiednie badania, które pozwolą ocenić kondycję mięśni dna miednicy i zaplanuje odpowiednie postępowanie rehabilitacyjne, w zależności od charakteru i stopnia zaburzenia. Zbyt późne podjęcie leczenia zachowawczego zmniejsza ryzyko efektów terapii z jednej strony, a zwiększa prawdopodobieństwo leczenia operacyjnego w przyszłości z drugiej.

*mgr Magdalena Potoczek
Przedruk z kwartalnika NTM*

Depresja kosztuje

w Polsce więcej osób ginie śmiercią samobójczą niż w wypadkach drogowych. nieleczona depresja rujnuje kilkuset tysiącom chorych życie rodzinne i zawodowe - ostrzegali eksperci w czasie szczytu zdrowie 2014

Uczestnicy panelu „Depresja - wyzwania cywilizacyjne” zwracali uwagę m.in. na niską świadomość społeczną oraz niedostateczny dostęp do pomocy osobom z depresją. W efekcie z około 1,5 mln Polaków, którzy mogą mieć problem z depresją, tylko połowa zażywa leki. Prof. Janusz Heitzman z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie mówił o tym, że depresja dotyka najczęściej osób młodych, między 20. a 40. rokiem życia, aktywnych zawodowo. — Często nie są oni w stanie sprostać oczekiwaniom, które stawia przed nimi pracodawca lub oni sami sobie. Tempo życia rośnie, mamy do czynienia z wyścigiem szczurów, syndromem piątku - zabieraniem pracy do domu. To odbija się na naszym stanie psychicznym. Jak wskazują badania osoby z depresją często nie są w stanie pracować. Średnio aż 56 dni

w roku spędzają na zwolnieniu. W pracy nie są wydajne. - Potrzebne są takie działania, które będą wchodziły we wczesną profilaktykę, by współdziałać ze środowiskiem i rodziną - mówiła Zuzanna Grabusińska, radca min. pracy. Dodała, że powinniśmy zwracać uwagę na dysonanse w naszym środowisku, by wcześniej pomagać chorym, przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu. W kontekście profilaktyki przywołany został także Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego realizowany m.in. przez Ministerstwo Zdrowia. Dr Maciej Niewada z WUM informował, że szeroko definiowane zaburzenia nastroju generują najwyższe koszty ze wszystkich chorób mózgu. - Jedna trzecia kosztów depresji to koszty medyczne, z tego połowa to koszty hospitalizacji. Ponad 70 proc. wynoszą koszty pośrednie, pono-

szone poza systemem opieki zdrowotnej - informował Niewada. Dr Jerzy Gryglewicz, jeden z autorów raportu na temat depresji, który powstaje w Uczelni Łazarskiego, stwierdził, że koszty, jakie w związku z depresją ponosi ZUS, są mniej więcej trzykrotnie wyższe niż dla NFZ. - Wyróżnia nas też jako państwo struktura wydatków na leczenie. 118 mln zł wydajemy na leczenie w szpitalach, a tylko 45 mln zł na opiekę ambulatoryjną. Prof. Heitzman wyjaśniał, że opieka ambulatoryjna powinna dawać dostęp do skutecznego, nowoczesnego leczenia. Ale musimy też pamiętać, że nie każda depresja daje się leczyć. W 20-30 proc. pacjent nie uzyskuje odczuwalnej poprawy. - Dlatego leczenie depresji to proces żmudny, wymaga przynajmniej 2-3 miesięcy stosowania leku, a jeśli ten nie działa, trzeba zastą-

pić go innym - wyjaśniał profesor. Jednak nie wszystkie skuteczne leki są refundowane. - Pacjenci oczekują leczenia przynoszącego szybkie efekty, z jak najmniejszą liczbą działań niepożądanych, ponieważ łatwo zrażają się do terapii - mówił. Poinformował też, że w Europie 5-8 proc. środków trafia na leczenie chorób psychicznych. W Polsce ok. 3,5 proc. Senator Helena Hatka koncentrowała się na zjawiskach, które mogą sprzyjać cho-

robie. Mówiła m.in. o tym, że z powodu pracy zaniedbujemy swoje rodziny. Coraz częściej jako formę kontaktu wybieramy media społecznościowe, które ułatwiają komunikację, ale niestety relacje przez Internet są płytkie. Kolejną przyczyną są wymagania stawiane dzieciom przez tzw. dobre rodziny. - Dzieci nie mają czasu, by być dziećmi, podświadomie przez rodziców przekazywany jest im strach o to, co czeka je w przyszłości

- podkreślała senator. Dyskusja pokazała więc, że niezbędny jest nie tylko lepszy dostęp do skutecznego i nowoczesnego leczenia, ale też edukacja w zakresie utrzymywania zdrowia psychicznego oraz równowagi między pracą a życiem prywatnym.

Aleksandra Kurowska
Przedruk za sluzbazdrowia.com.pl

Podstawowe zaburzenia elektrolitowe

HIPONATREMIA

Hiponatremia to obniżenie stężenia sodu w surowicy poniżej 135 mEq/l. W jej wyniku dochodzi do przemieszczenia wody pozakomórkowej do przestrzeni wewnątrzkomórkowej, co skutkuje zwiększeniem jej objętości i obrzękiem komórek. Nagłe obniżenie stężenia sodu zaburza homeostazę w ośrodkowym układzie nerwowym, prowadząc do obrzęku mózgu z następowym jego wgłobieniem. Hiponatremia może występować z przewodnieniem, prawidłowym uwodnieniem i z odwodnieniem organizmu. Przyczyną hiponatremii z przewodnieniem może być m.in. marskość wątroby z wodobrzuszem, ostra niewydolność nerek, przewlekła niewydolność serca. Zespół mózgowej utraty soli spowodowany nadmierną sekrecją peptydu natriuretycznego lub nieadekwatnym wydzielaniem hormonu antydiuretycznego, niedoczynność tarczycy, niedoczynność kory nadnerczy prowadzą do hiponatremii przebiegającej z prawidłowym uwodnieniem.

Hiponatremia występuje też w przebiegu nowotworu mózgu, urazu głowy, jako powikłanie pękniętego tętniaka naczyń mózgowych z następowym krwawieniem podpajęczynówkowym. Hiponatremia przebiegająca z odwodnieniem spowodowana jest utratą sodu i wody przez nerki (niedobór mineralo- i glikokortykosteroidów, tubulopatie nabyte i wrodzone, działanie leków moczopędnych, diureza osmotyczna związana z hiperglikemią), przez przewod pokarmowy (wymioty, biegunki) i przez skórę (nadmierne pocenie się). Rzekoma hiponatremia występuje w hiperlipidemii,

hiperglikemii i hiperproteinemii. Przy niewielkim spadku stężenia sodu w surowicy można zaobserwować: zmęczenie, zaburzenia czucia, smaku, brak apetytu, nudności, bóle głowy, skurcze mięśni. W przypadku dalszego zmniejszenia natremii (np. 120-130 mEq/l) nasilają się wymienione objawy i pojawiają się dodatkowo: wymioty, drżenie mięśni, fascykulacje, zaburzenia uwagi i orientacji. Zagrożająca życiu hiponatremia (czyli poniżej 115 mEq/l) prowokuje uogólnione lub ogniskowe napady padaczkowe i prowadzi w efekcie do śpiączki.

HIPERNATREMIA

Hipernatremia jest definiowana jako zwiększenie stężenia sodu w surowicy powyżej 145 mEq/l. Istotna klinicznie hipernatremia występuje przy zwiększeniu stężenia sodu powyżej 155 mEq/l. W następstwie nadmiaru sodu dochodzi do równomiernego zwiększenia stężenia osmotytów w płynie poza- i wewnątrzkomórkowym.

Do przyczyn hipernatremii zalicza się: nadmierną podaż sodu (karmienie niemowląt pokarmami nadmiernie solonymi, picie wody morskiej przez rozbitków, przedawkowanie wodorowęglanu sodu podczas akcji resuscytacyjnej) oraz utratę czystej wody (stany wzmożonego katabolizmu - np. w sepsie, nadczynności tarczycy). Innym patomechanizmem hipernatremii jest utrata hipotonicznych płynów przez nerki (moczówka prosta centralna, przewlekłe odmiedniczkowe lub śródmiąższowe zapalenie nerek, hiperkalcemia, hipokaliemia), przez przewod pokarmowy (wymioty, biegunki) oraz przez skórę (wzmoczona potliwość). Może również wystąpić w przebiegu na-

padów padaczkowych, podczas których dochodzi do wzrostu stężenia mleczanów w surowicy i przesunięcia gradientu osmolarności płynu wewnątrzkomórkowego.

Do początkowych objawów hipernatremii należą nadmierne pragnienie i drażliwość. Przy dalszym narastaniu hipernatremii występują ilościowe zaburzenia świadomości, pojawia się sennaść. W badaniu fizykalnym stwierdza się suche błony śluzowe, słabe napięcie tkankowe skóry, zapadnięte żyły szyjne, tachykardię, zaburzenia oddechu oraz podwyższone napięcie mięśni i wygórowane odruchy głębokie. Przy dalszym zwiększaniu stężenia sodu dochodzi do zmniejszenia objętości tkanki nerwowej i rozerwania naczyń żylnych, co prowadzi do krwotoku mózgowego.

HIPOKALIEMIA

Ta najczęstsza dyselektrolitemia polega na zmniejszeniu stężenia potasu w surowicy poniżej 3,5 mEq/l. Efektem niedoboru potasu jest zmniejszenie ekspresji akwaporyn (prowadzące do defektu zagęszczania moczu, wielomoczu), nasilenie wytwarzania amoniaku (prowadzące do zasadowicy) oraz zwiększenie potencjału spoczynkowego neurocytów i miocytów (skutkujące zahamowaniem lub zablokowaniem potencjału czynnościowego komórek). Hipokaliemia może być związana z utratą potasu przez nerki (przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek, diureza osmotyczna w cukrzycy, hiperaldosteronizm pierwotny lub wtórny, w przebiegu marskości wątroby, niewydolności krążenia) oraz przez przewod pokarmowy (niedrożność przewodu pokarmowego, zapalenie trzustki, biegunki,

ka, wymioty). Spowodowana może być przyjmowaniem leków (np. aminoglikozydy, amfoterycyna B, glikokortykosteroidy, leki moczopędne - diuretyki tiazydowe, furosemid). Należy również do obrazu porażenia okresowego hipokaliemicznego (nawracające napady porażenia mięśni związane z obniżeniem stężenia potasu). Hipokaliemia Ręko ma może być spowodowana pobraniem krwi 20-30 minut po podaniu insuliny lub dłuższym przechowywaniem w temperaturze 25-28°C krwi nieodwirowanej z prawidłową leukocytozą.

Objawy hipokaliemii to: poliuria, polidypsja, apatia, objawy neuropsychiatryczne, ilościowe zaburzenia świadomości, nużliwość mięśni, parestezje, w badaniu neurologicznym stwierdza się osłabienie odruchów głębokich, zaburzenia rytmu serca (migotanie komór, częstoskurcz komorowy typu torsade de pointes), hipotonia ortostatyczna, zatrzymanie moczu, nadwrażliwość na preparaty naporstnicy, zaparcia, niedrożność jelit. Zmiany w EKG mogą obejmować poszerzone zespoły QRS, obniżenie odcinka ST, spłaszczenie lub odwrócenie załamków T przedwczesne pobudzenia komorowe.

HIPERKALIIEMIA

Hiperkaliemia jest definiowana jako zwiększenie stężenia potasu w surowicy powyżej 5,5 mEq/l. Hiperkaliemia występuje w przebiegu niewydolności nadnerczy (choroba Addisona) niedoboru insuliny, oparzenia, masywnej transfuzji krwi. Do przyczyn nerkowych hiperkaliemii należy przewlekła lub ostra niewydolność nerek z oligo- lub anurią. Może być spowodowana jatrogennie w wyniku przyjmowania m.in. diuretyków oszczędzających potas, beta-blokerów niesterydowych leków przeciwzapalnych, heparyny. Do uwolnienia jonów potasu z przestrzeni wewnątrzkomórkowej dochodzi w przebiegu oparzenia, operacji, urazu, terapii cytostatykami. Rzeczko ma hiperkaliemia występuje w białaczce, nadpłytkowości oraz przy zbyt późnym wirowaniu krwi lub przy zbyt długim trzymaniu staży podczas pobierania krwi.

Na obraz kliniczny hiperkaliemii składają się: uogólnione osłabienie, parestezje, niedowład, w badaniu neurologicznym stwierdza się osłabienie lub

zniesienie odruchów głębokich, zaparcia, niedrożność jelit, zmniejszenie objętości wyrzutowej serca, niewydolność oddechowa. Przy zwiększeniu stężenia potasu powyżej 7 mEq/l dochodzi do zaburzeń rytmu serca (asystolia, migotanie komór), a nawet do zatrzymania krążenia. Objawy hiperkaliemii są nasilone przy jednoczesnej hiponatremii lub hipokalcemii. W EKG, przede wszystkim w odprowadzeniach z klatki piersiowej, widoczne są płaskie załamki P, poszerzone i zniekształcone zespoły QRS (tzw. „nogi słońca”), bardzo wysokie załamki T (tzw. „kształtu wieży kościelnej”).

HIPOKALCEMIA

Hipokalcemia występuje przy obniżeniu stężenia wapnia całkowitego w surowicy poniżej 8,5 mg na 100 ml lub wapnia zjonizowanego poniżej 2,0 mEq/l. Jony wapnia pełnią funkcje, stabilizatora tkanki pobudliwej elektrycznie, są szczególnie błony komórkowe miocytów i komórek nerwowych są wrażliwe na zaburzenia homeostazy wapniowej. Hipokalcemia może być spowodowana niedoczynnością przytarczyc, niewydolnością nerek, zapaleniem trzustki, posocznicą, wstrząsem, przrzutami osteoplastycznymi do kości, zasadowicą, hipomagnezją, obniżeniem stężenia albumin w surowicy (zespół nerczycowy, marskość wątroby, zespół złego wchłaniania). Występuje w przebiegu zwiększonego stężenia kalcytoniny (rak rdzeniasty tarczycy) i przy zwiększonym zapotrzebowaniu na wapń (ciąża, karmienie, pokwitanie). Do hipokalcemii może prowadzić terapia glikokortykosteroidami, diuretykami pętlowymi, heparyną, gentamycyną, teofiliną, fosforanowymi lekami przeczyszczającymi, fenytoiną, cymetydyną, fenobarbitalem.

Objawy hipokalcemii to: parestezje wokół ust i dystalnych odcinków kończyn, pobudliwość, hiperrefleksja stwierdzana w badaniu przedmiotowym, omdlenie, męczliwość, osłabienie, kurcze mięśni rąk i stóp, typowy dla tężyczki dodatni objaw Chvostka (skurcz mięśni twarzy przy opukiwaniu pnia nerwu twarzowego stwierdzany w badaniu przedmiotowym), dodatni objaw Trousseau (zgięciowe ustawienie ręki, tzw. „ręka położnika”, po uciśnięciu tętnicy ramiennej przez mankiet ciśnieniomierza), drgawki, mimowolne hiperkinezie (choreaotetoza,

pląsawica). Przy długotrwałej hipokalcemii pojawiają się: zaćma, zmiany troficzne skóry (łysienie, poprzeczne rowkowanie paznokci), biegunki, niewydolność krążenia. W EKG można stwierdzić przedłużenie QT, arytmie komorowe, migotanie komór.

HIPERKALCEMIA

Hiperkalcemia to zwiększenie stężenia wapnia całkowitego w surowicy powyżej 10,5 mg na 100 ml lub wapnia zjonizowanego powyżej 2,7 mEq/l.

Hiperkalcemia może wystąpić w przebiegu chorób nowotworowych (pierwotne guzy kości, rak piersi, rak nerki, białaczka, szpiczak, płaskokomórkowy rak płuca) lub chorób ziarniniakowych (gruźlica, histoplazmoza, sarkoidoza). Przyczyną mogą być też zaburzenia hormonalne - pierwotna nadczynność przytarczyc, nadczynność tarczycy, niedoczynność nadnerczy, guz chromochłonny. Długotrwałe unieruchomienie i choroba Pageta mogą prowadzić do osteolizy. Leki zwiększające poziom wapnia to tiazidy, witamina D i A.

Do typowej triady objawów należą osłabienie, cechy odwodnienia, wymioty. Mogą również wystąpić objawy związane z zaburzeniem następujących narządów: serce (brady-arytmie), nerki (kamica nerkowa, moczówka prosta), przewód pokarmowy (utrata apetytu, jadłowstręt, nudności, bóle brzucha, zaparcia, spadek masy ciała, zapalenie trzustki), układ nerwowy (ilościowe zaburzenia świadomości, depresja, zmiany osobowości, bradykineza, osłabienie siły mięśniowej), tkanki miękkie i okołostawowe (zwapnienie).

Do zmian w zapisie EKG zalicza się skrócenie odstępu QT, poszerzenie załamka T, bloki odnog pęczka Hisa. Przełom hiperkalcemiczny charakteryzuje się szybkim wystąpieniem poliurii, polidypsji, wymiotami oraz odwodnieniem z gorączką. W około 20% przypadków stwierdza się ostre krwotoczne zapalenie trzustki. Pojawia się psychoza, ilościowe zaburzenia świadomości (początkowo senność, następnie śpiączka) i może dojść do zatrzymania akcji serca.

HIPERMAGNEZEMIA

Za hipermagnezję przyjmuje się zwiększenie stężenia magnezu powyżej 2,5 mEq/l. Niektóre źródła definiują ją jako zwiększenie stę-

żenia magnezu całkowitego P^o wyżej 1,2 mEq/l. Nadmiar magnezu jest przyczyną upośledzenia przewodnictwa nerwowo-ciśnieniowego. Hipermagnezemia powstaje w wyniku nadmiernej podaży związków magnezu, nadmiernego wchłaniania z przewodu pokarmowego (stany zapalne jelit), upośledzonego wydalania przez nerki (ostra lub przewlekła niewydolność nerek). Hipermagnezemia może też ustąpić w przebiegu niedoczynności nadnerczy, niedoczynności tarczycy, oparzenia, nadużywania środków przeczyszczających.

Objawy hipermagnezemu to: nudności, wymioty, porażenie mięśni gładkich (zaparcia, zatrzymanie moczu), zaburzenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego serca, hipotonia, osłabienie siły mięśniowej, ilościowe zaburzenia świadomości (splątanie, śpiączka). Objawy znacznego nadmiaru magnezu mogą przypominać objawy zatrucia kurarą. W nasilonej hipermagnezemu występuje porażenna niedrożność jelit, zaburzenia oddechowe, hipotonia z następową niewydolnością krążenia i krytycznym zmniejszeniem ukrwienia narządów, zatrzymanie krążenia. Zmiany w EKG w hipermagnezemu są nieswoiste i różnorodne. W przypadku stężenia magnezu powyżej 8 mEq/l można w EKG zapisać dysrytmie.

HIPOMAGNEZEMIA

Hipomagnezemia oznacza zmniejszenie stężenia magnezu w surowicy poni-

żej 1,0 mEq/l, Niedobór magnezu nasila napływ jonów wapnia do komórek, powodując skurcz naczyń krwionośnych i wzrost wartości ciśnienia tętniczego. Hipomagnezemia zwiększa przemieszczanie jonów potasu z komórek do przestrzeni pozakomórkowej i do moczu. Sprzyja również agregacji płytek krwi, skutkując rozwojem miażdżycy. Upośledza syntezę i wydzielanie parathormonu, prowadząc do niedoboru 1,25(OH)2D3 i hipokalcemii.

Hipomagnezemia występuje w wyniku zmniejszonego wchłaniania z przewodu pokarmowego (nawracające wymioty, biegunka, zespół złego wchłaniania, ostre zapalenie trzustki) lub zwiększonego wydalania przez nerki (faza wielomoczu w ostrej niewydolności nerkowej, diureza osmotyczna w cukrzycy, hiperaldosteronizm pierwotny, nadczynność tarczycy, pierwotna nadczynność przytarczyc, choroby nowotworowe z osteolizą kości). Może występować u alkoholików (zwiększone przemieszczanie jonów magnezu z przestrzeni wodnej pozakomórkowej do wewnątrzkomórkowej oraz zwiększona utrata jonów magnezu przez nerki).

Symptomatologia jest nieswoista i zależy od etiologii hipomagnezemu. Do objawów należą: złe samopoczucie, osłabienie, apatia lub depresja, w badaniu można stwierdzić oczopląs, tężyczkę, nudności, wymioty, jądłowstręt, kurcze jelitowe (jako wyraz wzmożonej po-

budliwości nerwowo mięśniowej), bóle dławicowe, zaburzenia rytmu serca (dodatkové pobudzenia nadkomorowe i komorowe, migotanie przedsionków, migotanie komór), częstsze powstawanie kamieni nerkowych, zaburzenia metaboliczne (hipofosfatemia, hipokaliemia oporna na suplementację potasu, hipokalcemia oporna na suplementację wapnia), zaburzenia słuchu. W przypadku dużego niedoboru magnezu mogą pojawić się ilościowe zaburzenia świadomości i napady drgawkowe. Do nieprawidłowości EKG należy wydłużenie odstępu QT, spłaszczenie załamków T, przedsionkowe i komorowe tachyarytmie, częstoskurcz typu „torsades de pointes”.

dr n. med. Edyta Kowalczyk, specjalista neurolog

*Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
Przedruk z „Vademecum Pielęgniarki i Położnej” - edycja 2014*

Piśmiennictwo

Plantz S., Wipfler E., *Medycyna ratunkowa*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2009.

Szczeklik A., *Choroby wewnętrzne*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.

Yee A., Rabinstein A., *Neurologiczne objawy zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej, dyselektrolitemii i zaburzeń en-*

Jak powinna być zorganizowana gospodarka odpadami w gabinecie pielęgniarki medycyny szkolnej?

Czy odpowiedzialność za stworzenie odpowiednich warunków przechowywania (odrębne, odpowiednio przygotowane i utrzymywane w należywym stanie sanitarnym pomieszczenie wyposażone w chłodzarkę) odpadów takich jak worki stomijne, cewniki, pieluchomajtki, które generowane są w trakcie zabiegów medycznych (lub przygotowania do nich) u dzieci niepełnosprawnych uczących się w ramach klas integracyjnych pozostaje po stronie placówki oświatowej?

Kto - placówka oświatową czy podmiot leczniczy - winien zawrzeć umowę na transport i utylizację tych odpadów?

Czy niezapewnienie warunków bezpiecznego przechowywania odpadów (pomimo istnienia odpowiednio wyposażonego gabinetu profilaktyki i opieki przedlekarskiej na terenie szkoły) może stanowić podstawę do odmowy wykonania wymienionych powyżej zabiegów?

Placówka oświatowa, prowadząca klasy integracyjne, nie ma obowiązku urzą-

dzania dodatkowego pomieszczenia na przechowywanie odpadów medycznych.

Worki stomijne czy pieluchomajtki nie są odpadami medycznymi tylko odpadami komunalnymi. Odbiera je przedsiębiorca odbierający odpady komunalne, z którym szkoła ma zawartą umowę cywilnoprawną, a w przypadku, gdyby już w gminie (mieście) funkcjonował system gospodarowania odpadami komunalnymi zorganizowany zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 września 1996 r.

o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (tekst jednolity Dz. U. z 2012 r. poz. 391 z późn. zm.) - z przedsiębiorcą, który ma zawartą umowę z wójtem (burmistrzem, prezydentem miasta).

Cewniki mogą być odpadem medycznym, jednakże za ich przechowywanie, transport i utylizację odpowiada pielęgniarka szkolna. Ona podpisuje umowę na odbiór odpadów medycznych (ale nie odpadów komunalnych) z przedsiębiorcą posiadającym zezwolenie na zbieranie odpadów wydane na podstawie art. 28 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 z późn. zm.), które będzie ważne jeszcze przez okres dwóch lat od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21) - zwanej dalej u.o., lub zezwolenie wydane na podstawie art. 43 ust. 1 u.o., a także zezwolenie na transport odpadów (medycznych), wydane na podstawie przepisów dotychczasowych. Nie-

zapewnienie dodatkowego pomieszczenia czy wyposażenia służącego do przechowywania wskazanych odpadów przez szkołę nie jest podstawą do odmowy pomocy uczniom niepełnosprawnym w wymianie pieluchy jednorazowej czy worka stomijnego. Szkoła ma obowiązek urządzenia jedynie gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).

Uzasadnienie

Postępowanie z odpadami medycznymi wytwarzanymi w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej musi być zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940), w którym określono szczególne sposoby postępowania z tymi odpadami. Jednakże to pielęgniarka szkolna jest odpowiedzialna za ich prawidłowe

zagospodarowanie, a nie placówka oświatowa. Wyposażenie gabinetu w worki lub pojemniki przeznaczone na odpady medyczne oraz ich prawidłowe zagospodarowanie to obowiązek pielęgniarki szkolnej. Kwota przeznaczona na powyższe mieści się w stawce kapitałowej na ucznia, jaką otrzymuje w wyniku zawarcia kontraktu z NFZ. Zakwalifikowanie odpadów medycznych do grupy 18 01 nie zależy od miejsca (szpital czy gabinet lekarski w szkole), ale czynności, przy której powstają. Jednakże odpady w postaci pieluchomajtek czy worków stomijnych nie są klasyfikowane w grupie 18 - odpady medyczne i weterynaryjne, a w grupie 20 - odpady komunalne.

Rodzaje odpadów i źródła ich pochodzenia skatalogowane są w rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. Nr 112, poz. 1206).

Alicja Brzezińska
Przedruk z Wolters Kluwer

Odpowiedzialność za pacjenta w procesie przeprowadzania badań USG i RTG

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (tekst jednolity Dz. U. 2013 r. poz. 1015 ze zm.), za właściwe wykonanie badań diagnostycznych i zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej oraz za ograniczenie do minimum ekspozycji pacjenta na promieniowanie jonizujące odpowiada osoba wykonująca takie badanie lub zabieg, odpowiednio do wykonanych czynności.

Badanie radiologiczne wykonuje technik elektroradiolog. Do zakresu jego zadań należy przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych i zabiegów terapeutycznych, wykonywanie prac związanych z przygotowaniem badań diagnostycznych oraz obsługiwanie aparatury medycznej.

Technik elektroradiologii ponosi pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta w trakcie wykonywanego badania lub zabiegu oraz ponosi pełną odpowie-

dzialność za wykonane badanie lub zabieg, ich wartość diagnostyczną lub terapeutyczną.

Lekarz uczestniczący w badaniu jest odpowiedzialny za stan pacjenta podczas badania.

Pielęgniarka, doprowadzając chorego do pracowni, nie ma obowiązku uczestniczenia w badaniu. Przekazuje chorego pod opiekę technikowi lub lekarzowi. Jeśli pacjent jest na tyle zdrowy, że sam może ułożyć się do badania, zgodnie ze wskazówkami technika, to pielęgniarka jest zwolniona z odpowiedzialności w momencie przekazania pacjenta technikowi bądź lekarzowi. W przypadku jednak, kiedy pacjent, u którego ma być przeprowadzone badanie, nie jest w stanie samodzielnie poddać się badaniu, lub ma z tym trudności, pielęgniarka powinna zająć się takim pacjentem - zgodnie z kodeksem etyki i dla dobra pacjenta. Konieczna jest współpraca z technikiem i lekarzem, wykonującymi badanie, ponieważ to technik elektroradiologii wie jak

ułożyć pacjenta do badania, a pielęgniarka jest w stanie ocenić, czy w takiej pozycji i stanie zdrowia pacjent jest bezpieczny i możliwe jest wykonanie badania. Jedynie pełna współpraca tych dwóch osób zapewnia pełne bezpieczeństwo pacjenta a jednocześnie daje rękojmię, iż badanie zostanie prawidłowo wykonane.

Jeżeli jednak przy badaniu obecny jest lekarz, wówczas to on może ocenić czy dane ułożenie pacjenta przez technika nie jest zagrożeniem dla jego zdrowia. Wówczas nawet nie jest wskazane, by pielęgniarka uczestniczyła w badaniu.

Podsumowując, zawsze należy brać pod uwagę dobro pacjenta oraz jego stan zdrowia. Pielęgniarka, co do zasady, nie ma obowiązku uczestniczenia w badaniu ani przygotowywania pacjenta do niego. Jeżeli wymaga tego dobro pacjenta powinna współdziałać z osobą wykonującą badanie.

Agnieszka Ambroziak
radca prawny
Warszawa, dnia 8 stycznia 2014 r.

SKŁADKA dla osób prowadzących indywidualną/grupową praktykę pielęgniarki/położnej na rok 2014 wynosi 40,04zł miesięcznie

Składki należy wpłacać na konto: PKO BP oddział w Krośnie: 70 1020 2964 0000 6302 0003 5998

Podstawa prawna obowiązku opłacania składek: ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038.); Uchwała nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grud-

nia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są: osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędach pracy; osoby przebywające na urloпах wycho-

wawczych lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny; osoby które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o dofinansowanie wykształcenia; osoby które zaprzestały wykonywania zawodu.

Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj.: zmiany nazwiska; zmiany adresu zamieszkania; zmiany miejsca pracy; ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu; informacje o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu; informacji o przejściu na rentę, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lip-

ca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Krośnie

AKTUALIZACJI DANYCH MOŻEMY DOKONAĆ: OSOBIŚCIE - w dziale prawa wykonywania zawodu lub **PISEMNIEM** na adres biura: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O DOFINANSOWANIE

Wnioski o dofinansowanie będą rozpatrzone tylko wtedy kiedy dane zawarte we wniosku o dofinansowanie będą zgodne z danymi w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. W innym przypadku wnioski nie będą rozpatrywane.

AKTUALIZACJA DANYCH W CENTRALNYM REJESTRZE JEST WARUNKIEM ROZPATRZENIA WNIOSKU

Gratulacje

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie składam serdeczne gratulacje nowo wybranym pielęgniarkom / położnym, które w wyniku postępowań konkursowych przeprowadzonych w bieżącym roku zostały wybrane na:

Położną Oddziałową Oddziału Ginekologiczno - Położniczego Szpitala Specjalistycznego w Jaśle - **Bożenie Ka-**

mińskiej. Konkurs odbył się w dniu 9 czerwca 2014 r.

Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Specjalistycznego w Jaśle - **Marii Staszyńskiej.** Konkurs odbył się w dniu 9 czerwca 2014 r.

Pielęgniarkę Oddziałową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z Izłą Przyjęć Szpitala Specjalistycznego w Ja-

śle - **Edycie Kędzior-Gajda.** Konkurs odbył się w dniu 9 czerwca 2014 r.

Nowo wybranym składamy gratulacje i życzymy satysfakcji w pracy, sukcesów zawodowych i wytrwałości w pełnieniu obowiązków.

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

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

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

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

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: Drukarnia Z. Jaskulski, Krosno. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 6 VIII 2014 roku.

Serdecznie zapraszamy wszystkie pielęgniarki/pielęgniarzy oraz położne/położnych do udziału w konkursie.

REGULAMIN KONKURSU

1. Czas trwania konkursu.

1.1. Konkurs rozpocznie się 1 sierpnia 2014 r.

1.2. Zamknięcie konkursu nastąpi 30 września 2014 r.

1.3. Rozstrzygnięcie konkursu w październiku 2014 r.

2. Warunki uczestnictwa.

2.1. Uczestnikiem konkursu może być osoba aktualnie wpisana do rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez OIPIP w Krośnie, regularnie opłacająca składkę członkowską.

2.2. Zgłoszenia do konkursu dokonuje osoba zainteresowana.

2.3. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest przesłanie w terminie od 1 sierpnia do 30 września 2014 r. formularza zgłoszeniowego wraz ze zdjęciem i oświadczeniem, że osoba jest członkiem OIPIP w Krośnie i opłaca regularnie składkę członkowską.

2.4. Uczestnik konkursu jest zobowiązany do zapoznania się z regulaminem konkursu.

3. Zasady konkursu.

3.1. Temat zdjęcia dowolny.

3.2. Wymiary zdjęcia: pocztówkowe.

3.3. Zdjęcie: kolorowe lub szare.

3.4. Ilość miejsc nagrodzonych określi Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

4. Rozstrzygnięcie konkursu i nagrody.

4.1. Zgłoszenia będą oceniane przez Zespół Redakcyjny Biuletynu.

4.2. Najciekawsze zdjęcia zostaną nagrodzone.

4.3. Wylonione kandydatury zespół jury przedstawi Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Prezydium podejmie uchwałę w sprawie przyznania nagród.

4.4. Prezydium Okręgowej Rady przyzna nagrody za minimum pięć miejsc w konkursie.

4.5. Wylonienie zwycięzców i ogłoszenie wyników konkursu nastąpi do dnia 31 października 2014 r. na łamach biuletynu i stronie internetowej OIPIP w Krośnie.

4.6. Zdjęcia nagrodzone również zostaną zaprezentowane na łamach naszego biuletynu i na stronie internetowej, wraz z nazwiskami i imionami ich autorów.

4.7. Niezależnie od powyższego w dniu rozstrzygnięcia konkursu zwycięzcy konkursu zostaną powiadomieni pocztą lub e-mailem przez organizatora o przyznaniu im nagród.

4.8. Zgłoszenia proszę przysyłać w kopertach z dopiskiem „Konkurs” na adres: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno.

5. Postanowienia końcowe.

5.1 Udział w konkursie jest jednoznaczny z wyrażeniem przez osoby uczestniczące zgody na przetwarzanie przez organizatora konkursu ich danych osobowych na potrzeby konkursu (ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29. 08. 1997 r. Dz. U. 2011230.1370)

5.3. W konkursie nie mogą uczestniczyć członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz członkowie Zespołu jury.

Formularz zgłoszeniowy

Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania	
Pocztowy lub e-mailowy	
Telefon	
Nazwa zakładu pracy	
Nr zaświadczenia prawa wykonywania zawodu	

Oświadczenie uczestnika konkursu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych moich danych osobowych na potrzeby konkursu (ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997r. (Dz. U. 2011.230.1370).

.....
Data

.....
Podpis uczestnika konkursu

Wypełnia jury

Miejsce zajęte w Konkursie

.....

Podpisy jury

1. Przewodnicząca zespołu jury

.....

2. Członek

.....

3. Członek

.....

4. Członek

.....

5. Członek

.....

.....
Data

„Człowiek nie ginie – przeobraża się w echo, sen, cień, człowiek nie umiera lecz przechodzi przez bramę zmierzchu na inną ulicę”.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu **31 maja 2014 r.** odeszły od nas nieoczekiwanie koleżanki pielęgniarki zamieszkałe na terenie działania Naszej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych:

DOROTA POTOCZNA i ANETA STODOLAK

ginąc w wypadku drogowym śpiesząc na dyżur nocny do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie.

**Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy dla:
WSPÓŁMAŁŻONKÓW, DZIECI, RODZICÓW, KREWNYCH I OSÓB IM BLISKICH**

składają koleżanki i koledzy z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Na zawsze pozostaną w naszej pamięci jako życzliwe i uśmiechnięte.

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Barbara Błażejowska – Kopiczak



„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś, kto jeszcze mógł być z nami”
Z wielkim żalem i smutkiem zawiadamiamy,
że w dniu 31 maja 2014 r. zginęła tragicznie nasza Koleżanka

DOROTA POTOCZNA

**Pielęgniarka Klinicznego Oddziału Gastroenterologii
i Hepatologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych**

Dorota urodziła się 14 stycznia 1976 r. W latach 1995-1998 przygotowywała się do wykonywania zawodu pielęgniarki w Medycznym Studium Zawodowym w Korczynie. Pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie rozpoczęła w 2006 roku. Systematycznie podnosiła kwalifikacje zawodowe zdobywając tytuł licencjata pielęgniarstwa w 2008 roku, tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego w 2013 roku oraz kończąc inne kursy. Planowała rozpoczęcie studiów magisterskich w 2015 roku.

Dorota była wyjątkowym człowiekiem i wspaniałą pielęgniarką o wielkim sercu, skromną, pełną ciepła, zawsze pogodną i uśmiechniętą, wyjątkowo wrażliwą na ludzkie cierpienie, zarażającą optymizmem.

W osobie Doroty tracimy wykwalfikowaną pielęgniarkę i kochającą matkę trójki dzieci. Przeżyła zaledwie 38 lat.

**Dorotko, tak trudno uwierzyć, że już nie będziesz z nami. Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci.
Naczelną Pielęgniarką, Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie**

„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś, kto jeszcze mógł być z nami”
Z wielkim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 31 maja 2014 r.
zginęła tragicznie nasza Koleżanka

ANETA STODOLAK

**Pielęgniarka Klinicznego Oddziału Gastroenterologii i Hepatologii
z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych.**

Aneta urodziła się 1 grudnia 1984 roku. W latach 2003-2006 studiowała w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. J. Gródka w Sanoku i zdobyła tytuł licencjata pielęgniarstwa. W 2006 roku rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie. Podniosła swoje kwalifikacje zawodowe studiując na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, uzyskując tytuł magistra pielęgniarstwa w 2008 r. Swoją bogatą wiedzę przekazywała studentom Uniwersytetu Medycznego w Rzeszowie pełniąc funkcję opiekuna zajęć praktycznych.

Aneta była osobą niezwykle kochającą życie i ludzi, oddaną swojej pracy, odpowiedzialną i zdyscyplinowaną, angażującą się w pomoc bliźniemu. Zapamiętamy ją jako osobę życzliwą i serdeczną, śpieszącą z pomocą każdemu potrzebującemu. Przeżyła zaledwie 30 lat. Osierociła dwójkę małych dzieci.

**Anetko, dziękujemy Ci za każdy dzień obecności z nami. Pamięć o Tobie na zawsze pozostanie w naszych sercach.
Naczelną Pielęgniarką, Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie**



Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej

11 czerwca 2014 r.

