

# FORUM ZAWODOWE

2(101)2016

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

## W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** XXXI - Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych
- 15** Czy pielęgniarka POZ powinna otrzymać wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o 400 zł czy całą kwotę wynikającą z iloczynu podopiecznych i stawki NFZ?
- 15** Dokumentacja medyczna – nowe rozporządzenie  
Książeczka zdrowia dziecka jako dokument medyczny
- 17** Koszykowe porządki
- 18** Efektywne działanie przez mapowanie  
WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE
- 24** Informacja nr 14/2016 z działalności Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi
- 27** Szkolenia specjalizacyjne
- 29** Odpowiedzialność karna
- 35** Wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej  
w świetle opinii prawnych
- 40** Metody pielęgnacji i leczenia atopowego zapalenia skóry
- 43** Alergiczny nieżyt nosa jedna z najczęstszych chorób alergicznych
- 46** Tradycja i symbole zawodowe  
Strój, lampka, hymn, przysięga

### NASZ ADRES

#### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

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

#### Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.30

#### Radca Prawny

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

#### Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

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

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**  
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca  
w godzinach 10-14

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

## 8 MAJA DZIEŃ POŁOŻNEJ 12 MAJA MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI

*Wiosenny kwiat w Twej dłoni  
niech zakwitnie,  
błysk w sercu promiennie zaświeci,  
radość da moc i potęgę  
w codziennej pracy i znoju,  
by poprzez życie iść coraz piękniej,  
by w rękę nieść dar miłości i pokoju.*

*Tak bliska, że zwana Siostrą,  
Pielęgniarko,  
niech błogostawione będą Twe dłonie  
dające opiekę i pomoc,  
niech nie braknie w nich daru dobroci,  
który rozdzielasz hojnie wśród ludzi.*

*I Tobie Położnej życzę....  
Tobie, która stoisz u początków  
ludzkiego życia,  
uśmiechem kojąc matczyny ból,  
pomagasz małym ludziom  
ujrzeć światło słońca,  
niech radosne Twe dłonie,  
będą błogostawione.*



*Dobroci serca, radości w działaniu  
i wiele satysfakcji wszystkim Pielęgniarkom,  
Pielęgniarzom, Położnym i Położnikom  
z okazji ich święta*

życzy  
ZESPÓŁ REDAKCYJNY

## Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie



### SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY,

W dniu 16 marca 2016 r. odbył się XXXI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Zjazd przebiegał zgodnie z przyjętym porządkiem obrad. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przedstawili sprawozdania z działalności poszczególnych Organów za rok 2015. Skarbnik przedstawił również sprawozdanie z wykonania budżetu za rok 2015 i plan budżetowy na rok 2016.

W czasie obrad Zjazdu podjęto także apele dotyczące zapewnienia wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Stacjach Sanitarно – Epidemiologicznych i w podstawowej opiece zdrowotnej. Wysłano je do Ministra Zdrowia, Wojewody Podkarpackiego, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jeszcze czekamy na odpowiedź. Temat ten cały czas jest bardzo ważny i budzący wiele wątpliwości. Dwa rozporządzenia w sprawie podwyżek i Porozumienie zawarte pomiędzy pielęgniarkami/położnymi a Ministrem Zdrowia miały sprostać oczekiwaniom naszego środowiska, natomiast stały się powodem wielu nieporozumień, konfliktów, mylnych interpretacji i w konsekwencji spowodowały ogromne wzburzenie, mnóstwo telefonów i wizyt w OIPiP w Krośnie. Naszą intencją podczas prowadzonych rozmów było objęcie podwyżką wszystkich pielęgniarek i położnych, aby zapewnić im średnio wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400,00 zł. Każdy świadczeniodawca, który wykazał uprawnione pielęgniarki i położne miał otrzymać po 400,00 zł na etat pielęgniarki/ położnej albo równoważnik etatu. Interpretacja zapisów rozporządzenia MZ z dnia

14 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej spowodowała jedynie podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania i higienistki szkolnej.

Kolejnym ważnym tematem poruszanym na Zjeździe była propozycja kontraktowania całości świadczeń przez jednego świadczeniodawcę jako założenie do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. I znowu wyrażaliśmy stanowczy sprzeciw wobec takich zapisów, gdyż uważamy, iż naruszają one zasadę wolności gospodarczej. W szczególności dotyczy to propozycji tworzenia „zespołów lekarsko-pielęgniarskich” z rolą lekarza jako koordynatora podstawowej opieki zdrowotnej oraz tworzenia wspólnych list pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę i położną. Tak daleko idące rozwiązania w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej stanowią bardzo poważne zagrożenie dla samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych, gdyż mogą doprowadzić do likwidacji samodzielnie funkcjonujących podmiotów pielęgniarskich i położniczych oraz przynieść negatywne skutki dla pacjentów. Według Ministra Zdrowia nasze obawy są nieuzasadnione, ale jak tu się nie bać skoro mają tworzyć się konsorcja, bo nasza podstawowa opieka zdrowotna jest niewydolna.

Wiele emocji wzbudza także problem zastąpienia brakujących pielęgniarek ratownikami medycznymi. Jesteśmy temu stanowczo przeciwni. Ratownicy mają zupełnie inny program kształcenia. Nie mają staży na oddziałach szpitalnych, nie można więc mówić o pielęgowaniu, wykonywaniu zleceń lekarskich czy dokumentowaniu. Pielęgniarka nie może zatem określać zadań ratownikom medycznym ani też sprawować nadzoru nad wykonywaniem przez nich czynności.

Również na uwagę od wielu miesięcy zasługuje nowe uprawnienie dla pielęgniarek i położnych jakim jest wystawianie recept i ordynowanie leków oraz skierowań na badania diagnostyczne. Otóż od 1 stycznia 2016 r. nowe uprawnienia zawodowe nabyły pielęgniarki i położne, które posługują się tytułem zawodowym magistra/licencjata (pielęgniarstwa/położnictwa) lub specjalisty pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego pt. „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych. Już wiadomo, że nie będzie za to świadczenie dodatkowych pieniędzy, a przecież nowe uprawnienie to ogromna odpowiedzialność i wysoki stopień ryzyka.

Już wkrótce, bo w dniu 8 maja przypada Międzynarodowy Dzień Położnej. Związany on jest z położną Stanisławą Leszczyńską, która w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu z narażeniem własnego życia uratowała przez zagładę setki noworodków. Z kolei 12 maja to – Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki, ustanowiony przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) w 1965 roku. Data święta pielęgniarek nie została wybrana przypadkowo. 12 maja przypada rocznica urodzin Florence Nightingale.

Korzystając z okazji, w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pragnę złożyć gorące życzenia wszystkim koleżankom pielęgniarkom, pielęgniarzom, położnym wyrażając gorące podziękowania za zaangażowanie i ciężką pracę w niesieniu potrzebującym ulgi w cierpieniu i udzielanie wsparcia w ciężkich chwilach choroby. Wasz trud zasługuje na wielki szacunek, uznanie i wdzięczność. Życzę, aby codzienny wysiłek został należycie doceniony, a praca na rzecz człowieka chorego i potrzebującego budziła w Was dumę i satysfakcję.

Przewodnicząca ORPiP w Krośnie  
Renata Michalska

# XXXI - Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

W dniu 16 marca 2016 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, odbył się XXXI - Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Poniżej przedstawiamy Państwu sprawozdania Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz podjęte przez Delegatów Zjazdu Apele i Stanowiska.

Sekretarz Zjazdu  
Ewa Czupska

## Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres od 27 listopada do 31 grudnia 2015 r.

W dniu 27 listopada 2015 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie odbył się XXX Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Zjazd dokonał wyboru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w 25 osobowym składzie na okres VII kadencji.

Pracami Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych kieruje Przewodnicząca. Pierwsze posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych po XXX Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych odbyło się w dniu 18 grudnia 2015 r. Na tym posiedzeniu dokonano wyboru osób funkcyjnych w osobach:

1. Wiceprzewodnicząca:

■ Barbara Błażejowska-Kopiczak – pielęgniarka

■ Krystyna Krygowska-położna

2. Sekretarz:

■ Ewa Czupska-pielęgniarka

3. Skarbnik:

■ Bożena Jastrzębska-pielęgniarka.

Na posiedzeniu ORPiP (oprócz Przewodniczącej ORPiP, Wiceprzewodniczących ORPiP, Sekretarza ORPiP i Skarbnika ORPiP) wybrano także Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w następującym składzie:

1. Beata Barańska – pielęgniarka – Szpital Specjalistyczny Brzozów

2. Anna Dybaś – położna – SP ZOZ Lesko

3. Urszula Górnik – pielęgniarka – SPMZPOZ Sanok

4. Dorota Krochmal – pielęgniarka – OKPPiP Sp. z o.o. Rzeszów, Placówka Krosno

5. Bożena Moskal – pielęgniarka – WSzP Krosno

6. Halina Paślawska – pielęgniarka – SP ZOZ Ustrzyki Dolne

7. Agnieszka Szydło – pielęgniarka – DPS Krosno

8. Agnieszka Wilusz – indywidualna praktyka pielęgniarki - Krosno

9. Teresa Witusik – pielęgniarka – NZOZ „Libra” Jasło

10. Urszula Zabierowska – pielęgniarka – Szpital Specjalistyczny Jasło

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych powołała także następujące komisje i zespoły problemowe:

1. Komisja Finansowo-Socjalna

2. Komisja ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

3. Komisja ds. Kadry Zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie

4. Komisja ds. Kontraktowania świadczeń pielęgniarek i położnych

5. Komisja ds. Kontroli indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych

6. Komisja ds. Położnych

7. Komisja ds. Etyki

8. Komisja ds. uczestnictwa w konkursach

9. Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych

10. Zespół ds. oceny minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła również uchwały w sprawie upoważnienia Prezydium ORPiP do działania w imieniu Rady, w sprawie upoważnienia członków samorządu do dysponowania środkami na rachunku bankowym

i jego prowadzenia, w sprawie upoważnienia członków ORPiP w Krośnie do składania oświadczeń woli w zakresie praw majątkowych i zaciągania zobowiązań finansowych VII kadencji.

Realizując zadania przejęte od administracji państwowej ORPiP skreśliła z rejestru pielęgniarek - 4 osoby. Wykreślono także z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą 1 indywidualną praktykę pielęgniarki wykonywaną wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Na podstawie art. 26 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (Dz. U. z 2014r. poz.1435) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych zobowiązana jest także do kierowania pielęgniarek i położnych, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat, w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie na przeszkolenie do odpowiedniego podmiotu leczniczego. Na takie przeszkolenie skierowano 2 pielęgniarki. Wydano również 1 pielęgniarcie zaświadczenie o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu.

Na pierwszym posiedzeniu ORPiP wybrano także pełnomocników w osobach:

1. Beata Barańska – pielęgniarka – Szpital Specjalistyczny Brzozów

2. Anna Dybaś – położna – SP ZOZ Lesko

3. Urszula Górnik – pielęgniarka – SPMZPOZ Sanok

4. Elżbieta Kandefer – pielęgniarka - Uzdrowisko Iwonicz S.A.

5. Dorota Krochmal – pielęgniarka – OKPPiP Sp. z o.o. Rzeszów Placówka Krosno

6. Bożena Moskal – pielęgniarka – WSzP Krosno

7. Halina Paślawska – pielęgniarka – SP ZOZ Ustrzyki Dolne

8. Agnieszka Rychlicka – pielęgniarka – Uzdrowisko Rymanów S.A.

9. Agnieszka Szydło – pielęgniarka – DPS Krosno

10. Agnieszka Wilusz – indywidualna praktyka pielęgniarki - Krosno

11. Teresa Witusik – pielęgniarka – NZOZ „Libra” Jasło

12. Urszula Zabierowska – pielęgniarka – Szpital Specjalistyczny Jasło

W okresie sprawozdawczym przyznano 12 bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych na łączną kwotę 7800,00 zł (słownie: siedem tysięcy osiemset złotych), z czego 800,00 zł (słownie: osiemset złotych) przekazano na pomoc dla pielęgniarek z 3 innych izb.

Dofinansowano także różne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego w tym: szkolenia specjalizacyjne dla 38 osób na kwotę 57000,00 zł (słownie: pięćdziesiąt siedem tysięcy), kursy kwalifikacyjne dla 71 osób na kwotę 60350,00 zł (słownie: sześćdziesiąt tysięcy trzysta pięćdziesiąt złotych), kursy specjalistyczne dla 41 osób na kwotę 12716,00 zł (słownie: dwanaście tysięcy siedemset szesnaście złotych). Ponadto 3 osoby otrzymały refundację za ukończenie kursu doskonalącego, za udział w konferencji i ukończenie studiów podyplomowych na kwotę 960,00 zł (słownie: dziewięćset sześćdziesiąt złotych). Łącznie kwota refundacji wyniosła 131026,00 zł (słownie: sto trzydzieści jeden tysięcy dwadzieścia sześć złotych), a przyznano ją dla 153 osób.

W miesiącu grudniu 2015 r. ORPiP zaprenumerowała na rok 2016 takie czasopisma jak:

1. Miesięcznik „Wspólne Tematy”
2. Dwumiesięcznik „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”
3. Miesięcznik „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”
4. „Pielęgniarstwo XXI wieku”
5. Kwartalnik „Położna – Nauka i Praktyka”
6. Miesięcznik „Służba Zdrowia”
7. Dwumiesięcznik „Zakażenia”
8. Czasopismo specjalistyczne Medi Forum Opieki Długoterminowej

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła łącznie 30 uchwał, które do chwili obecnej zostały zrealizowane.

Ponadto w w/w okresie sprawozdawczym w imieniu ORPiP wydano 49 pozytywnych opinii dotyczących sposobu miesięcznego podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów. Każda z wydanych opinii zawierała wpis, że wskazana kwota ma zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu. Przeprowadzono wiele rozmów zarówno telefonicznych jak i osobistych z pielęgniarkami i położnymi, pracodawcami, osobami wytypowanymi przez pracodawcę na temat sposobu rozliczania środków przekazywanych na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych przez NFZ. Pomocą prawną służył Pan Piotr Świątek odpowiadając na szereg pytań i wątpliwości i opracowując opinie prawne w sprawach problematycznych pielęgniarek i położnych.

Także w okresie sprawozdawczym opiniowano projekty:

A. Rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie:

1. kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń,
2. wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych,
3. warunków wynagrodzenia za pracę pracowników podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej,
4. minimalnych wymagań organizacyjno – technicznych dla Zintegrowane-

go Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi.

B. Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2016 roku.

C. Rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

D. Poselskiego Projektu Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

E. Zarządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie zniesienia Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

F. Rządowego projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2016.

G. Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie:

1. określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,

2. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy zdrowotne.

Pani Barbara Błażejowska-Kopiczak uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej CRR KRUS w Iwoniczu Zdroju, posiedzeniu Rady POW NFZ w Rzeszowie, posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie i Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych i postępowaniu konkursowym na stanowisko Zastępcy Dyrektora w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zespole Opieki Zdrowotnej w Jedliczu.

Tak krótki okres działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych pokazuje, że przed samorządem jest wiele pracy. Za okazaną życzliwość, pomoc, dotychczasową pracę i zaangażowanie jeszcze raz pragnę wszystkim Państwu serdecznie podziękować.

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Krośnie  
mgr Renata Michalska

## Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres od 27 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r.

Na podstawie art. 33 ust. 2 z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) zadaniem Okręgowej Komisji Rewizyjnej jest przedstawienie Okręgowemu Zjazdowi sprawozdania ze swojej działalności.

Okręgowa Komisja Rewizyjna w składzie:

Przewodnicząca Dorota Guśpiel  
Wiceprzewodnicząca Małgorzata Kędra

Sekretarz Agnieszka Mogilany  
Członek Wioletta Karkoszka  
Edyta Kędzior-Gajda  
Jolanta Rzeszutek  
Stanisława Stoparczyk  
przedstawia XXXI Okręgowemu Zjazdowi sprawozdanie następującej treści:

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Komisja Rewizyjna spotkała się jeden raz.

Na pierwszym posiedzeniu odbyło się ukonstytuowanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej w składzie wymienionym jak wyżej, zapoznano się z Regulaminem Komisji Rewizyjnej oraz ustalono Plan terminów poszczególnych kontroli.

*Przewodnicząca  
Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Krośnie  
mgr Dorota Guśpiel*

## Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie od 27 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r.

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych został powołany uchwałą XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 listopada 2015 r. w składzie:

Przewodnicząca Teresa Borek  
Członkowie: Ewa Ginalska-Wilk  
Dorota Kafel  
Stanisława Łobaza  
Anna Orłowska  
Anna Słota  
Agata Władyka

Do zadań Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych należy wykonywanie czynności związanych z postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawo-

dowej pielęgniarek i położnych na podstawie:

- ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.)

Przewodnicząca Okręgowego Sądu brała udział z głosem doradczym w posiedzeniu Okręgowej Rady.

Członkowie Okręgowego Sądu prowadzili działania prewencyjne, udzielając wyjaśnień osobom zainteresowanym z zakresu interpretacji przepisów prawnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej.

W przedstawionym okresie sprawozdawczym do Okręgowego Sądu Pielęg-

niarek i Położnych nie wpłynęła żadna sprawa z zakresu etyki zawodowej i przepisów prawa obowiązujących w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Biuro Okręgowego Sądu zapewniające obsługę kancelaryjną czynne jest codziennie w siedzibie Okręgowej Izby od poniedziałku do piątku w godz. od 10.00 – 14.00.

Obsługę biura Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych prowadzi Bożena Pacek.

*Przewodnicząca  
Okręgowego Sądu Pielęgniarek  
i Położnych w Krośnie  
mgr Teresa Borek*

## Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres 27.11.2015- 31.12.2015 r.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie działa na podstawie art. 35 ust.1 pkt.3 Ustawy z dnia 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.Nr.174, poz.1038 z późn. zm.).

XXX Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 27 listopada 2015 r. Uchwałą Nr 15 zatwierdził wybór Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodo-

wej Pielęgniarek i Położnych i jego zastępców w składzie:

Małgorzata Sawicka – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Małgorzata Bieniasz - Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Edwarda Kozubal – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Tryb wewnętrznego funkcjonowania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzial-

ności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych określa Regulamin, zapewniając właściwe postępowanie w realizacji zadań przez Okręgowych Rzeczników.

W okresie sprawozdawczym Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odbył trzy posiedzenia oraz uczestniczył w posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Do rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wpłynęła w dniu 1.12.2015r. skarga dotycząca naruszenia zasad odpowiedzialności zawodowej skierowana

przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych. Okręgowy Rzecznik po zakończeniu czynności sprawdzających w dniu 28.12.2015 roku rozpoczął postępowanie wyjaśniające, które jest w toku.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pełni dyżury w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca oraz w dniach Posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Biuro Rzecznika Odpowie-

dzialności Zawodowej w Krośnie obsługuje Pani Justyna Tryniecka.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej w Krośnie  
mgr Małgorzata Sawicka*

## APEL Nr 1

### XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 16 marca 2016 roku

w sprawie: zapewnienia wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Stacjach Sanitarno Epidemiologicznych

**skierowany do:  
Ministra Zdrowia  
Głównego Inspektora Sanitarnego  
Wojewody Podkarpackiego**

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, w związku ze zmianami w zakresie wynagradzania pielęgniarek w powszechnym systemie ochrony zdrowia finansowanymi z NFZ, zwracają się z apelem o podjęcie działań zmierzających do zapewnienia wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Z uzyskanych informacji wynika, że wzrost wynagrodzeń w stacjach sanitarno-epidemiologicznych nie dotyczył pielęgniarek zatrudnionych na stanowisku młodszego asystenta, asystenta, starszego asystenta oraz kierownika. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., poz. 1039) za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia.

Całkowicie niezrozumiałym jest zatem nieobjęcie tych pielęgniarek wzrostem wynagrodzeń wyłącznie ze względu na

zajmowanie stanowiska innego niż stanowisko pielęgniarki.

Wobec powyższego Delegaci na XXXI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie występują o objęcie wzrostem wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

*Sekretarz Zjazdu  
Ewa Czupska*

*Przewodnicząca Zjazdu  
Teresa Witusik*

## APEL Nr 2

### XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 16 marca 2016 roku

w sprawie: zapewnienia wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej

**skierowany do:  
Prezesa Rady Ministrów  
Ministra Zdrowia  
Wojewody Podkarpackiego**

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, w związku ze zmianami w zakresie wynagradzania pielęgniarek w powszechnym systemie ochrony zdrowia finansowanymi z NFZ, występują z apelem w sprawie objęcia wzrostem wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w punktach szpitali, gabinetach zabiegowych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz w rejestracji.

Pielęgniarki i położne zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej na

wyżej wymienionych stanowiskach nie zostały objęte podwyżką wynagrodzenia na zasadach wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U., poz. 1400 z późn. zm.), ponieważ uznano, że jako tzw. „pielęgniarki praktyki” nie są one pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej i Narodowy Fundusz Zdrowia nie wymaga uczestniczenia przez te osoby w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza poz.

Należy zwrócić uwagę, że praca pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej jest niezbęd-

na do prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Dlatego Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie apelują o wprowadzenie koniecznych zmian w obowiązujących przepisach, które umożliwią świadczeniodawcom zatrudniającym pielęgniarki i położne w gabinetach zabiegowych, punktach szpitali oraz w rejestracji podwyższenie wynagrodzenia.

*Sekretarz Zjazdu  
Ewa Czupska*

*Przewodnicząca Zjazdu  
Teresa Witusik*

## STANOWISKO Nr 1

### XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 16 marca 2016 roku

w sprawie: propozycji założeń do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej powołanym Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 roku w zakresie dotyczącym kontraktowania całości świadczeń przez jednego świadczeniodawcę

**skierowane do:**  
**Ministra Zdrowia**  
**Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w imieniu pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej wyrażają głębokie zaniepokojenie propozycją zmian w podstawowej opiece zdrowotnej zmierzającą do tworzenia wspólnych list pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę i położną i tym samym do odebrania samodzielnego kontraktowania świadczeń przez pielęgniarki i położne rodzinne.

Propozycja łącznego kontraktowania świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i położną przez jednego świadczeniodawcę - lekarza i tworzenie jednej wspólnej deklaracji wyboru świadczeniodawcy pozostaje w sprzeczności z regulacjami wynikającymi z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z którymi świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz w drodze deklaracji wyboru.

Pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej od 1999 roku zainwestowały ogromne środki na dostosowanie się do obowiązujących wymogów związanych z kontraktowaniem świadczeń oraz stale podnosiły swoje kwalifi-

kacje, a obecnie są zagrożone przejęciem ich pacjentów przez inne grupy zawodowe działające w sektorze ochrony zdrowia.

Wnosimy o zastosowanie rozwiązań gwarantujących utrzymanie samodzielnego funkcjonowania podmiotów gospodarczych prowadzonych przez pielęgniarki i położne w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, położnictwa rodzinnego i pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, z jednoczesnym zachowaniem finansowania przez płatnika świadczeń zdrowotnych.

*Sekretarz Zjazdu*  
*Ewa Czupka*

*Przewodnicząca Zjazdu*  
*Teresa Witusik*

## STANOWISKO Nr 2

### XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 16 marca 2016 roku

w sprawie: sprzeciwu wobec treści projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego

**skierowane do:**  
**Ministra Zdrowia**  
**Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**Wojewody Podkarpackiego**  
**Marszałka Województwa Podkarpackiego**

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie nie zgadzają się z treścią zawartą w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego.

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie sto-

ją na stanowisku, iż niedopuszczalne jest wprowadzanie regulacji prawnych, na podstawie których ratownikom medycznym umożliwiałoby się wykonywanie zawodu w każdym podmiocie medycznym, a nie tylko tym, który posiada zespół ratownictwa medycznego lub szpitalny oddział ratunkowy. Sprzeciw budzi propozycja, aby w przypadku braku wystarczającej liczby pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia uzupełniać je ratownikami medycznymi. Kompetencje ratowników medycznych mieszczą się wyłącznie w katalogu czynności zmierzających do ratowania pacjenta, a nie odpowiadają zakresowi świadczeń udzielanych w oddziałach szpitalnych zagwarantowanych pacjentowi w ramach rozporządzeń Mi-

nistra Zdrowia i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z tego powodu kwalifikacje ratownika medycznego i przyznane mu uprawnienia są niewystarczające do udzielania świadczeń w oddziałach szpitalnych innych niż ratunkowe, które to świadczenia są zagwarantowane pacjentowi w przepisach prawa.

*Sekretarz Zjazdu*  
*Ewa Czupka*

*Przewodnicząca Zjazdu*  
*Teresa Witusik*



**STANOWISKO Nr 3**  
**XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie**  
**z dnia 16 marca 2016 roku**

w sprawie: różnicowania pielęgniarek i położnych w wypłacaniu środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń

**skierowane do:**  
**Ministra Zdrowia**  
**Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**Wojewody Podkarpackiego**  
**Marszałka Województwa Podkarpackiego**

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie stanowczo przeciwstawiają się różnicowaniu pielęgniarek i położnych w wypłacaniu środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń.

Podwyższenie wynagrodzenia w uzgodnionej wysokości powinno objąć wszystkie

pielęgniarki i położne wykonujące zawód, bez względu na miejsce ich zatrudnienia. Dyskryminacja dotyczy w szczególności pielęgniarek i położnych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień, stacjach sanitarno – epidemiologicznych, domach pomocy społecznej, żłobkach, zatrudnionych u podwykonawców, w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej czy medycznie pracy.

Różnicowanie pielęgniarek i położnych wykonujących zawód ze względu na podmiot zatrudniającego jest niesprawiedliwe i krzywdzące. Doprowadzi ono do rogorczenia i konfliktów w tej grupie za-

wodowej, a co za tym idzie odejścia tych osób z podmiotów leczniczych.

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie stanowczo sprzeciwiają się różnicowaniu pielęgniarek i położnych w wypłacaniu środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń i wnoszą o objęcie tym wzrostem wszystkich pielęgniarek i położnych.

*Sekretarz Zjazdu*  
*Ewa Czupaska*

*Przewodnicząca Zjazdu*  
*Teresa Witusik*

**Stanowisko Nr 2**

**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zgadza się z treścią zawartą w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż niedopuszczalne jest umożliwienie ratownikom medycznym wykonywania zawodu w innych podmiotach leczniczych niż te, które posiadają zespół ratownictwa medycznego bądź szpitalny oddział ratunkowy, z uzasadnieniem że może stanowić uzupełnienie braku wystarczającej liczby pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia (vide uzasadnienie do projektu, str. 1, i Ocena Skutków Regulacji, pkt 1). Brak wystarczającej liczby pielęgniarek bezsprzecznie powinien być uzupełniany nowymi kadrami pielęgniarskimi, nie zaś poprzez powierzanie zadań pielęg-

niarek przedstawicielom innym zawodów medycznych. Ponadto świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie w podmiotach leczniczych (zał. nr 4 do rozporządzenia), odnoszą się do działań ratunkowych, co znajduje odzwierciedlenie w założeniach kształcenia grupy zawodowej ratowników medycznych. W związku z powyższym, ze względu na specyfikę i zaproponowany zakres czynności ratownika medycznego, nie jest zasadne zatrudnianie go na innych niż szpitalne oddziały ratunkowe z uwagi na to, że niewielka jest możliwość zastosowania jego kompetencji zawodowych na innych oddziałach. Z ustawy o działalności leczniczej, która definiuje świadczenie szpitalne jako działania polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji oraz z definicji świadczeń innych niż szpitalne, tj. świadczenia opiekuńcze, pielęgnac-

cyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, nie wynika iż zakres obowiązków i uprawnień ratownika medycznego będzie miało zastosowanie w realizacji świadczeń w podmiotach leczniczych. Kwalifikacje ratownika medycznego nie odpowiadają zakresowi udzielanych świadczeń w oddziałach szpitalnych zagwarantowanych pacjentowi w ramach przedmiotowych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zatrudnianie ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych będzie łączyło się z odpowiedzialnością kierownika podmiotu leczniczego za powierzanie realizacji świadczeń zdrowotnych osobom o nieodpowiednich kwalifikacjach.

Przyjęta w 2006 roku ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym

określiła rolę i zadania ratowników medycznych oraz w rozporządzeniu wymieniła katalog czynności, które mogą wykonywać ratownicy medyczni odpowiadający uzyskanym kwalifikacjom oraz potrzebom systemu ratownictwa medycznego. Od tego czasu system kształcenia i uzyskiwane przez ratowników medycznych kwalifikacje nie zmieniły się, stąd też rozszerzanie kompetencji jest nieuzasadnione.

Należy podkreślić, że przyznanie ratownikom medycznym kompetencji określonych w projekcie rozporządzenia w załącznikach 3 i 5 spowoduje sytuację będącą ewenementem na skalę światową, gdzie ratownik medyczny będzie mógł wykonywać czynności przypisane do systemu ratownictwa medycznego poza tym systemem.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że Mini-

ster Zdrowia powinien wydać rozporządzenie określające wykaz medycznych czynności ratunkowych odpowiadający zakresem medycznym czynnościom ratunkowym przewidzianym w dotychczasowych przepisach.

*Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP  
Zofia Małas*

### Stanowisko nr 4

#### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 marca 2016 r. w sprawie odrzucenia propozycji założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przygotowywanych w ramach prac Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż w toku prac Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zostały przyjęte propozycje, wobec których Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw, uważając, iż naruszają one zasadę wolności gospodarczej, wyrażoną w Konstytucji RP jako jedną z elementów społecznej gospodarki rynkowej. W szczególności dotyczy to propozycji tworzenia „zespołów lekarsko-pielęgniarskich” z rolą lekarza jako koordynatora podstawowej opieki zdrowotnej oraz tworzenia wspólnych list pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę i położną.

W świetle proponowanych zmian należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, które stanowią zagrożenie dla samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz przyniosą negatywne skutki dla pacjentów.

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) określa działania, które należy uznawać za wykonywanie zawodu pielęgniarki albo zawodu położnej. Przede wszystkim jest to udzielanie świadczeń zdrowotnych wyrażone w art. 4 i 5 cyt. ustawy. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 li-

stopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) określa świadczenia, które mogą być wykonywane przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Ponadto, pielęgniarki i położne w określonym zakresie mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, a także ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, w myśl art. 15a ust. 1 cytowanej ustawy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się propozycjom zapisu do projektu ustawy o POZ które doprowadzą do likwidacji samodzielnie funkcjonujących podmiotów pielęgniarskich i położniczych.

Należy podnieść, iż kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Propozycja łącznego kontraktowania świadczeń w zakresie kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej przez jednego świadczeniodawcę – lekarza i tworzenie jednej wspólnej deklaracji wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z art. 28, w związku z art. 56 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), w myśl którego, świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, potwierdzając powyższe oświadczeniem woli, zwanym deklaracją wyboru. Oddzielne deklaracje pozwalają wszystkim świadczeniodawcom na rynku świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej działać na równych zasadach i nie stanowią żadnego obciążenia dla pacjenta. Wręcz przeciwnie, sprawiają, iż pacjent w sposób świadomy może wybrać lekarza, pielęgniarkę, położną. Potwierdzają to przepisy wprowadzające w 2014 roku odrębne druki deklaracji wyboru.

Nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, ani celowościowego dążenie do tworzenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej tzw. zespołów lekarsko-pielęgniarskich przy jednoczesnym ograniczaniu samodzielności praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych. Od 18 lat, funkcjonują indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych oraz podmioty lecznicze założone przez pielęgniarki i położne, które zawierają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się dążeniom do likwidacji dobrych, sprawdzonych rozwiązań funkcjonujących na rynku usług medycznych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy utrzymać możliwość oddzielnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach

poszczególnych zakresów: pielęgniarki poz, położnej poz, lekarza poz oraz świadczeń w środowisku nauczania i wychowania. Należy zachować swobodę działalności gospodarczej i umożliwić świadczeniodawcom udzielanie świadczeń zdrowotnych w formach przewidzianych przez obowiązującą obecnie ustawę o działalności leczniczej.

Samodzielne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych zapewnia pacjentom wysoką jakość świadczonych usług, holistyczną, kompleksową i profesjonalną opiekę nad rodziną, jej członkami i społecznością lokalną, a prze-

de wszystkim dostępność do świadczeń zdrowotnych. Liczba udzielanych świadczeń w domu pacjenta jest znacznie większa niż w przypadku praktyk prowadzonych przez innych profesjonalistów.

Praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych są optymalną i oczekiwaną formą udzielania świadczeń zdrowotnych, realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta, co jest szczególnie ważne w kontekście zmian demograficznych, starzejącego się społeczeństwa i wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Wnosimy o zastosowanie rozwiązań gwarantujących utrzymanie samo-

dzielnego funkcjonowania podmiotów gospodarczych prowadzonych przez pielęgniarki i położne w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, położnictwa rodzinnego i pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, z jednoczesnym zachowaniem finansowania przez płatnika świadczeń zdrowotnych.

*Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP  
Zofia Małas*

**Minister Zdrowia**

Warszawa 18 kwietnia 2016 r.

### **Pani Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek I Położnych**

#### **Szanowna Pani Prezes,**

Odpowiadając na pismo z dnia 4 marca br. (znak: NPiP-NRPiP-DM.0021,30.2016.WW) w sprawie podjęcia działań zmierzających do ujednolicenia interpretacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 i 1628) w zakresie pojawiających się wątpliwości dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej interpretacji obowiązujących przepisów.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia, zwanym dalej „rozporządzeniem OWU”, wzrostem wynagrodzeń objęto pielęgniarki i położne wykonujące zawód i bezpośrednio realizujące świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez względu na formę zatrudnienia. Od 1 stycznia 2016 r. realizowany jest II etap, w ramach którego wzrostem wynagrodzeń są obejmowane pielęgniarki i położne realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, a od 1 września 2016 r. nastąpi wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących

świadczenia w zakresie nocnej! świątecznej opieki zdrowotnej, finansowane na podstawie stawek ryczałtowych, stosownie do wielkości obszaru zabezpieczenia.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia dołączonym do Porozumienia z dnia 23 września 2015 r. świadczeniodawcy w przekazywanej informacji o liczbie pielęgniarek i położnych wg stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia OWU powinni byli wykazać również osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich albo osoby zatrudnione na zastępstwo tych osób, a także osoby przebywające na zwolnieniach chorobowych i na zasiłkach rehabilitacyjnych. Należy jednak podkreślić, że w sytuacji, gdy pielęgniarka i położna przebywa na zasiłku chorobowym, to nie udziela w tym czasie świadczeń opieki zdrowotnej objętych rozporządzeniem OWU. Jednocześnie z uwagi na fakt, iż środki te są dodatkowymi środkami na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne mogą być przeznaczone przez świadczeniodawcę na dodatki dla osób, które w tym okresie mają zwiększoną liczbę zadań, wynikającą z nieobecności w pracy osób przebywających na zwolnieniach lekarskich lub zasiłkach rehabilitacyjnych lub dla osób czasowo ich zastępujących. Ostatnia decyzja w przedmiotowej kwestii

powinna należeć do świadczeniodawcy, który odpowiada za prawidłową organizację i realizację świadczeń, a przekazane przez NFZ środki na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych powinny być skorelowane z udzielaniem przez te osoby świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie informuję, że decyzja danego świadczeniodawcy w tym zakresie powinna być oparta na przepisach ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 z późn. zm.), określającej zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków (chorobowych, macierzyńskich) przysługujących ubezpieczonym. Odnosząc się natomiast do sytuacji osób, które zmieniły zakład pracy wyjaśniam, że rozporządzenie OWU nie przewiduje możliwości zgłoszenia dodatkowej liczby pielęgniarek i położnych po dniu 15 września 2015 r. aż do dnia 1 sierpnia 2016 r. Jednakże istnieje możliwość objęcia wzrostem wynagrodzenia pielęgniarki lub położnej, która została zatrudniona w miejsce pielęgniarki lub położnej, z którą rozwiązano stosunek pracy lub zakończono zatrudnienie w innej formie po dniu 15 września 2015 r., a która zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia OWU została zgłoszona do właściwe-

go oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy także podkreślić, że zgodnie z rozporządzeniem OWU wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w latach 2016-2018 będzie poprzedzony każdorazowo ustaleniem liczby etatów albo równoważników etatów pielęgniarek i położnych. Natomiast w celu zapewnienia ciągłości podwyżek po dniu 31 sierpnia 2019 r. doprecyzowano zasady ustalania współczynnika korygującego, za pomocą którego od 1 września 2019 r. będą ustalane kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Współczynnik ten będzie ustalany przez Prezesa NFZ w kolejnych latach w sposób gwarantujący środki na wypłatę podwyżek wynagrodzenia pielęgniarek i położnych. Odnosząc się do kwestii objęcia wzrostem wynagrodzenia wszystkich pielęgniarek i położnych w Polsce wyjaśniam, że zgodnie z Porozumieniem z 23 września 2015 r. Minister Zdrowia zobowiązał się do przedstawienia propozycji średniego wzrostu wynagrodzeń wraz z wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarek i położnych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa. W związku z powyższym należy podkreślić, że działalność takich jednostek jak: Domy Pomocy Społecznej, Domy Dziecka, Żłobki, Ośrodki Szkolno-Wychowawcze, Służba Więzienna nie jest dofinansowana z budżetu, z części będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia. Natomiast odnosząc się do podwyżek dla pielęgniarek i położnych pracujących w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa informuję, że z budżetu państwa z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, dofinansowywane są w formie dotacji celowej zadania centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, określone w art. 27 pkt 3 - 4 i 6 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332) tj.:

- pobieranie krwi oraz dokonywanie zabiegów z tym związanych;
- gromadzenie, konserwacja, przechowywanie i wydawanie krwi;
- zaopatrywanie podmiotów leczniczych w krew i jej składniki oraz w produkty krwiopochodne.

Podstawą przekazania dotacji celowej na realizację ww. zadań jest zawarcie umowy pomiędzy regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, a Narodowym Centrum Krwi. W ramach środków objętych tymi umowami mogą być sfinansowane tylko podwyżki pielęgniarek wykonujących wymienione wyżej zadania. Podwyżki dla pozostałych pracowników, przyznawane są w ramach środków własnych jednostki. Wszelkie decyzje w sprawie wynagrodzeń oraz podwyżek podejmuje dyrektor, który odpowiada za zarządzanie danym podmiotem. Dlatego też wyjaśnienia dotyczące realizacji podwyżek pracowników regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa powinny odbywać się bezpośrednio u kierownika danej jednostki. Natomiast w zakresie zawarcia umów i przekazywania dotacji na realizację dofinansowywanych zadań właściwym jest Narodowe Centrum Krwi. Ponadto należy nadmienić, że Ministerstwo Zdrowia poinformowało Narodowe Centrum Krwi, jakie należy podjąć działania w celu wystąpienia do Ministerstwa Finansów o uruchomienie dodatkowych środków z części 83 - zdrowie z planowanych na ten cel rezerw celowych, w przypadku braku środków na pokrycie skutków zeszłorocznych podwyżek dla pielęgniarek ze środków planowanych w ramach dotacji celowych dla regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Natomiast w odniesieniu do podwyżek dla pielęgniarek zatrudnionych w stacjach sanitarno - epidemiologicznych informuję, że w związku z tym, iż wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno - epidemiologiczne są jednostkami finansowanymi z budżetu państwa i podlegają wojewodzie, Minister Zdrowia wystosował do wojewodów pisma (znak: BFC.320.47.2015/AN z dnia 25 września 2015 r.), w których poinformował, jakie działania należy podjąć w celu uruchomienia dodatkowych środków finansowych na podwyżki dla pielęgniarek pracujących w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno - epidemiologicznych. Przedmiotowe pisma zawierały informacje o liczbie etatów pielęgniarek zatrudnionych w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno - epidemiologicznych w danym województwie oraz wskazywa-

ły kwotę, o jaką poszczególni wojewodowie powinni wystąpić, aby sfinansować podwyżki wynagrodzeń dla pielęgniarek zatrudnionych w tych jednostkach. Pula środków finansowych na podwyżki została wyliczona na podstawie danych dotyczących liczby etatów pielęgniarek zatrudnionych w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych zebranych z poszczególnych stacji za pośrednictwem Głównego Inspektora Sanitarnego. W wyniku powyższych działań wojewodowie na podstawie aneksu do umowy przekazali środki na podwyżki dla pielęgniarek zatrudnionych w tych jednostkach.

Jednocześnie informuję, że z raportu Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że nie nastąpiła realizacja podwyżek wynagrodzeń w województwach: lubelskim, łódzkim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Do głównych przyczyn należy brak faktycznego wykonywania czynności wskazanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) przez pracowników tam zatrudnionych. Decyzje w tym zakresie, po dokonaniu analizy, każdorazowo były podejmowane przez dyrektora właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Odnosząc się natomiast do Stanowiska Nr 3 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. w sprawie zabezpieczenia środków finansowych dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień ponownie informuję, że w Porozumieniu z 23 września 2015 r. ustalono m.in., że od 1 stycznia 2016 r. wzrosła stawka kapitałowa dla:

- pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Jednocześnie wyjaśniam, iż obowiązujące przepisy prawa, mianem pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określają pielęgniarkę/położną legitymującą się stosownymi kwalifikacjami, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo, która jest zatrudniona lub wykonuje zawód

u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka/położna poz podlega wyborom świadczeniobiorców na podstawie deklaracji wyboru, zgodnie z zasadami określonymi w art. 28 oraz 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zakresy świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz oraz pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania stanowią samodzielne przedmioty wniosku i umowy zawieranej przez Fundusz ze świadczeniodawcą. W ramach zawartych umów, pielęgniarki, położne, pielęgniarki/higienistki szkolne udzielają świadczeń gwarantowanych określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248, z późn. zm.) realizując zakresy zadań określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816). Świadczenia w podmiotowych zakresach świadczeń finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitałowej. Podstawą rozliczeń są listy świadczeniobiorców sporządzone na podstawie deklaracji wyboru pielęgniarki poz, położnej poz, a w przypadku pielęgniarki/higienistki szkolnej - listy uczniów szkół objętych opieką.

Dla świadczeń lekarza poz, wymienione powyżej przepisy prawa ustalają od-

ębnie, zarówno wykaz świadczeń gwarantowanych podlegający finansowaniu ze środków publicznych, jak też zakres realizowanych zadań. Świadczenia lekarza poz są samodzielnym przedmiotem wniosku i umowy zawieranej przez Fundusz, a podstawą rozliczeń w tym zakresie świadczeń jest lista świadczeniobiorców utworzona przez świadczeniodawcę na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz. W świetle powyższego tzw. „pielęgniarki praktyki” - wykonujące świadczenia w gabinetach zabiegowych i gabinetach szczepień lekarzy poz nie są uprawnione do wzrostu wynagrodzeń, wynikającego z ww. rozporządzenia, ponieważ nie są pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej i NFZ nie wymaga uczestniczenia przez powyższe w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza poz.

Ponadto, jak poinformował prezes NFZ, w związku z postanowieniami zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, nastąpiła zmiana dotycząca zwiększenia z 1,1 na 1,12 wartości współczynnika korygującego stawkę kapitałową dla rozliczania pacjentów w wieku od 40. do 65. roku życia w zakresie świadczeń realizowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z tym świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (pracodawcy) mogą dokonać zmian do-

tyczących wzrostu wynagrodzeń w sytuacji zatrudniania pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w gabinetach zabiegowych oraz punktach szczepień, w których realizowane są świadczenia gwarantowane w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, że wprowadzona przez Prezesa NFZ regulacja nie jest związana z postanowieniami rozporządzenia OWU.

Ponadto, w odniesieniu do kwestii wypowiedzi przedstawicieli OW NFZ, że środki finansowe z rezerwy Funduszu na nadwykonania zostały przeznaczone na podwyżki pielęgniarek i położnych przekazuję w załączeniu odpowiedź z dnia 25 marca br. udzieloną przez NFZ w przedmiotowej sprawie (zał. 1).

Przedstawiając powyższą interpretację przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pragnę jednocześnie wyraźnie podkreślić, że właściwe komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia na bieżąco udzielają wyjaśnień świadczeniodawcom jak i pielęgniarkom i położnym co do prawidłowej interpretacji przepisów ww. rozporządzenia i jego nowelizacji.

*Z poważaniem  
Z upoważnienia  
Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Marek Tombarkiewicz*

**Narodowy Fundusz Zdrowia  
Centrala w Warszawie Departament Ekonomiczno-Finansowy**

Warszawa, dnia 25 marca 2016 r

**Pan Anatol Gołąb  
Zastępca Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
w Ministerstwie Zdrowia**

**Szanowny Panie Dyrektorze,**

W nawiązaniu do pisma z dnia 25 marca 2016 r. znak: UZ-F.749.13.2016.MM w sprawie pisma Pani Zofii Małas, Prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 marca 2016 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.30.2016.WW w części dotyczącej informacji, iż „środki finansowe z rezerwy NFZ przeznaczonej na tzw. nadwykonania zostały przeznaczo-

ne na podwyżki dla pielęgniarek i położnych” na wstępie pragnę zaznaczyć, że podstawę gospodarki finansowej NFZ w danym roku stanowi plan finansowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu Ministrem Finansów, sporządzony zgodnie ze wzorem określonym w załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad

prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1943).

Jednocześnie uprzejmie informuję, że ww. wzór planu finansowego nie zawiera pozycji rezerwa NFZ przeznaczona na tzw. nadwykonania, w związku z tym niemożliwe byłoby dokonanie operacji finansowej wskazanej przez Panią Prezes.

Ponadto pragnę zauważyć, że zgodnie z przepisami:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmienia-

jące rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przekazują świadczeniodawcom posiadającym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dodatkowe środki na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, nato-

miast to świadczeniodawcy zobowiązani są przeznaczyć te środki na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

*Z poważaniem*  
*Dyrektor Departamentu*  
*Ekonomiczno-Finansowego*  
*Narodowego Funduszu Zdrowia*  
*Dariusz Jarnutowski*

### **NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH** **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

Warszawa, dnia 4 marca 2016 roku

#### **Pan dr n. med. Konstanty Radziwiłł** **Minister Zdrowia**

##### **Szanowny Panie Ministrze,**

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań zmierzających do ujednoczenia interpretacji przepisów rozporządzenia MZ z dnia 14 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to niezbędne z uwagi na fakt, że świadczeniodawcy interpretują te przepisy w różny sposób, także krzywdzący pielęgniarki i położne upoważnione do otrzymania podwyżek określonych w tych przepisach.

Pragnę przede wszystkim podkreślić, że licznie zgłaszane są do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informacje świadczące o pomijaniu pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez niektóre oddziały wojewódzkie NFZ, w zakresie wzrostu wynagrodzeń.

Z otrzymanych danych wynika również, że część pielęgniarek/położnych zatrudnionych w nocnej i świątecznej opiece ambulatoryjnej, a także pielęgniarki/położne przebywające na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim oraz te, które zmieniły zakład pracy - nie zostały objęte wzrostem wynagrodzenia wy-

nikającym z realizacji przepisów Porozumienia i późniejszych zmian do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto przedstawiciele Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, informują w publicznych wypowiedziach, iż środki finansowe z rezerwy NFZ przeznaczonej na tzw. „nadwykonania” zostały przeznaczone na podwyżki dla pielęgniarek i położnych. Te informacje powodują konflikty z innymi grupami zawodowymi.

Informuję również, że z przesłanej do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych korespondencji od Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2015 roku (znak: PP-WPS.0761.6.2015) wynika, iż jednostki finansowane z budżetu państwa podległe Ministrowi Zdrowia (zatrudniające pielęgniarki i położne), takie jak Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne, otrzymały środki na podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w wysokości średnio 300 zł na etat miesięcznie od dnia 1 września 2015 roku. Informuję, iż odbieramy licznie wpływające pisma z Okręgowych Izb dotyczące pominięcia ww. pielęgniarek i położnych

w uwzględnieniu wzrostu wynagrodzenia.

Ponadto mając na uwadze niezmiennie postulaty i stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczące bezwzględnego objęcia wzrostem wynagrodzenia wszystkie pielęgniarki i położne w Polsce, z dużym niepokojem zaznaczam, że w podmiotach takich jak Domy Pomocy Społecznej, Domy Dziecka, Żłobki, Ośrodki Szkolno-Wychowawcze, Służba Więzienna- pielęgniarki/położne nie otrzymały wzrostu wynagrodzenia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o pilne działania ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz Prezesa NFZ w celu wyeliminowania wyżej przedstawionych nieprawidłowości.

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o przyjęcie Stanowiska Nr 3 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 roku w sprawie zabezpieczenia środków finansowych dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień.

*Prezes NRPiP*  
*Zofia Małas*

Czy pielęgniarka POZ powinna otrzymać wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o 400 zł czy całą kwotę wynikającą z iloczynu podopiecznych i stawki NFZ?

**Czy pielęgniarka POZ powinna otrzymać wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o 400 zł czy całą kwotę, która wynika z iloczynu podopiecznych i stawki określonej przez NFZ?**

W naszym przypadku jest kwota około 600 złotych.

#### **Odpowiedź:**

W przypadku POZ, odmiennie niż ma to miejsce w przypadku pozostałych świadczeniodawców, kwota 400 zł na zwiększenie wynagrodzenia określana jest jako średnia kwota w skali kraju. Tym samym w przypadku pielęgniarek i położnych POZ (realizujących świadczenia rozliczane wg stawki kapitacyjnej) środki przeznaczone przez NFZ na zwiększenie wynagrodzeń mogą przekraczać kwotę 400 zł w przeliczeniu na etat lub jego równoważnik (lub też stanowić kwotę mniejszą). Świadczeniodawca obowiązany jest tak zagospodarować środki przyznane na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, aby zapewnić średni wzrost wynagrodzeń o wskazaną kwotę, przy czym z uwagi na „odpowiednie” zastosowanie § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) - dalej r.z.o.w.u., nie jest to

kwota określona w rozporządzeniu, lecz wynikająca ze zmiany umowy przedstawionej przez oddział wojewódzki NFZ.

#### **Uzasadnienie:**

Zgodnie z § 3 ust. 2 r.z.o.w.u. środki, o których mowa w ust. 1 pkt 1 tego przepisu dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu przeznacza w taki sposób, aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł dla:

1) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;

2) pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielającej świadczeń w środowisku nauczania i wychowania;

3) położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Dla prawidłowej interpretacji powyższego przepisu należy wziąć pod uwagę dwa elementy. Po pierwsze, iż w przypadku podziału środków dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej mówi on o zapewnieniu średniego wzrostu wynagrodzeń o 400 zł „w skali kraju”, co oznacza, iż ilość środków przekazanych przez NFZ określonemu świadczeniodawcy może być mniejsza lub większa od ilości etatów pielęgniarek i położnych przemnożonych przez kwotę 400 zł. Po drugie, w dalszej części § 3 ust. 3 r.z.o.w.u. przepis ten odsyła do § 2 ust. 4-9 i ust. 10 zdanie pierwsze, stosowanych odpowiednio. Zgodnie zaś

z § 2 ust. 4 r.z.o.w.u. świadczeniodawca niezwłocznie po otrzymaniu zmiany umowy przekazuje propozycję podziału środków na podwyżki w sposób określony w ust. 2 tego przepisu. Ten zaś mówi o obowiązku zapewnienia średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia, w tym dodatku za pracę w porze nocnej i dodatku za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej.

Powyższy system odesłań prowadzi do wniosku, iż w przypadku POZ świadczeniodawca obowiązany jest tak zagospodarować środki przyznane na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, aby zapewnić średni wzrost wynagrodzeń o wskazaną kwotę, przy czym z uwagi na „odpowiednie” zastosowanie § 2 ust. 4 r.z.o.w.u., nie jest to kwota określona w rozporządzeniu, lecz wynikająca ze zmiany umowy przedstawionej przez oddział wojewódzki NFZ. Tym samym w przypadku pielęgniarek i położnych POZ (realizujących świadczenia rozliczane według stawki kapitacyjnej) środki przeznaczone na zwiększenie wynagrodzeń mogą przekraczać kwotę 400 zł w przeliczeniu na etat lub jego równoważnik (lub też stanowić kwotę mniejszą).

Dokumentacja medyczna – nowe rozporządzenie

**9 listopada Minister Zdrowia podpisał nowe rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej. Choć jest ono w dużej mierze wzorowane na dotychczasowych przepisach, w kilku miejscach wprowadzono zmiany, które zasługują na szczególną uwagę.**

## **Książeczka zdrowia dziecka jako dokument medyczny**

Rozporządzenie rozszerzyło katalog indywidualnych dokumentów medycznych zewnętrznych o książeczkę zdrowia dziecka oraz określiło jej wzór. Książeczka będzie zawierać najistotniejsze

informacje o stanie zdrowia oraz innych czynnikach ważnych dla rozwoju dziecka do osiągnięcia pełnoletności. Do chwili obecnej funkcjonowała ona na zasadzie, zwyczaju i dobrowolności. Za-

liczenie książeczki do dokumentacji medycznej i umocowanie jej w przepisach prawa zasadniczo wzmacnia rangę tego dokumentu, co - zdaniem Ministerstwa Zdrowia - przyczyni się do polepszenia

jakości opieki zdrowotnej nad dziećmi, w szczególności w zakresie profilaktyki.

### **Karta informacyjna z leczenia szpitalnego**

Zmodyfikowano, zasady dotyczące wydawania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Szpital będzie miał obowiązek wydania trzech egzemplarzy, z czego dwa przekazywane będą pacjentowi, ze wskazaniem, że jeden z nich jest dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie przepisu należy oceniać bardzo pozytywnie, gdyż obecnie jednym z kluczowych problemów był brak zwrotnej informacji z leczenia szpitalnego dla lekarza pierwszego kontaktu, który sprawuje bieżącą opiekę nad pacjentem. Wprowadzenie zapisu powinno podnieść poziom wiedzy lekarza pierwszego kontaktu o stanie zdrowia pacjenta, a tym samym jakość sprawowanej przez niego, opieki zdrowotnej. Problemem jednak wydaje się dotrzymanie zobowiązania przez pacjenta. Lepszym rozwiązaniem byłoby zobligowanie szpitala do przekazywania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego bezpośrednio lekarzowi POZ.

### **Zmiany w skierowaniach**

W rozporządzeniu doprecyzowano zakres danych, jakie powinno zawierać skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację specjalistyczną lub leczenie w przypadku, gdy są one finansowane ze środków publicznych. Takie skierowanie powinno zawierać oznaczenie specjalności poradni za pomocą tzw. VIII części kodu resortowego, analogicznie jak w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

### **Księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego - nieobowiązkowe**

Kolejna zmiana dotyczy dokumentacji medycznej Państwowego Ratownictwa Medycznego i wiąże się z nową koncepcją systemu powiadamiania ratunkowe-

go, zgodnie, z którą dysponenti zespołów ratownictwa medycznego nie muszą mieć w swojej strukturze stanowiska dyspozytora. W takim przypadku nie będzie konieczności, prowadzenia księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, a informacje dotyczące zgłoszenia będą umieszczane na karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego. W karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego zaproponowano zmianę pilności wyjazdu, zgodnie z aktualnym brzmieniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.

### **Dokumenty medyczne a recepty pro familia**

Kolejna zmiana dotyczy rozszerzenia na pielęgniarki i położne regulacji w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku wystawienia recepty dla siebie i członków najbliższej rodziny. Wprowadzenie tych zmian było konieczne w związku z przyznaniem pielęgniarkom i położnym prawa do wystawiania recepty, na podstawie zmienionej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Podobnie jak w przypadku lekarza, pielęgniarka i położna będzie zobowiązana do prowadzenia wykazu zawierającego podstawowe informacje o pacjencie oraz przepisanyemu leku, środku spożywcym specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobie medycznym.

### **Okołooperacyjna karta kontrolna - wyjątki**

W zakresie przepisów dotyczących okołooperacyjnej karty kontrolnej wprowadzono możliwość odstąpienia od jej stosowania w przypadku operacji w trybie natychmiastowym. Bardzo często okazuje się, że operacji w trybie natychmiastowym dokonuje się natychmiast po podjęciu przez operatora decyzji o interwencji u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji, gdy stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem. W takim wypadku prowadzenie karty kontrolnej, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, to wy-

maganie nadmierne i nie uwzględniające specyfiki sytuacji.

### **Kartoteka środowisk epidemiologicznych - nieobowiązkowa**

Jeśli chodzi o opiekę środowiskową to odstąpiono od obowiązku prowadzenia kartoteki środowisk epidemiologicznych, która - jak się okazało - w dużym stopniu powiela informacje zawarte w historii zdrowia i choroby, w części dotyczącej opieki środowiskowej.

### **Dokumentacja medyczna w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa**

Określono zakres informacji, jakie powinny być gromadzone w związku z udzielaniem porad w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Jednak ze względu na szczególny charakter udzielanych w tym trybie, świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza jeśli chodzi o świadczenia pilne i doraźne, zdaniem ministerstwa, wystarczające będzie prowadzenie dokumentacji zbiorczej, tzn. księgi porad.

### **Wydruki elektronicznej dokumentacji medycznej do podpisu**

Dotychczasowe brzmienie przepisów dotyczących udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej w postaci wydruków nie wprowadzało obowiązku ich własnoręcznego podpisywania przez lekarza. Odwoływano się przy tym do rozwiązań praktycznych funkcjonujących w bankowości elektronicznej. Nowe rozporządzenie zastrzyło te procedury. Obecnie każdy wydruk z systemu obsługującego proces tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej musi być nie tylko sygnowany przez lekarza imieniem i nazwiskiem, ale również własnoręcznie podpisany.

### **Autoryzacja elektronicznej dokumentacji medycznej - niespójność z przepisami ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia**

Dotychczasowe przepisy dawały podmiotom leczniczym wybór co do sposobu autoryzacji elektronicznej dokumentacji medycznej. Mógł to być zarówno bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany kwalifikowanym certyfikatem, jak i zwykły podpis elektroniczny, tj. po-



wstały w wyniku zastosowania certyfikatu niekwalifikowanego. Nowa regulacja nie tylko pozostawiła przepisy w ich dotychczasowym brzmieniu, ale wprowadzono dodatkowy przepis: W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust 1 pkt. 3 lit. E, może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 80. Należy zauważyć, że taka konstrukcja ewidentnie koliduje z zapisami art. 1 pkt 14 c ustawy o zmianie ustawy o informacji w ochronie zdrowia, który wprowadza nowe brzmienie art. 17 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. W myśl tego zmienionego przepisu: Pracownik medyczny używa bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu Ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu Ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne do podpisywania: 1) elektronicznej dokumentacji medycznej (...)

### **Czego nie zrobiono?**

Wielu ekspertów liczyło, że resort zdrowia, podejmując inicjatywę opracowania nowego rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zdecyduje się, na całościowe uregulowanie kwestii zarządzania dokumentacją medyczną w jednym akcie prawnym. Tak się nie stało. Nadal funkcjonowanie części dokumentacji medycznej regulowane jest osobnymi przepisami. Chodzi tu zwłaszcza o dokumentację w medycynie pracy. Brak jest dokumentu indywidualnego zewnętrznego, który podsumowałby wizytę ambulatoryjną na podobnej zasadzie jak ma to miejsce w przypadku leczenia szpitalnego (karta informacyjna z leczenia szpitalnego). Wprowadzenie karty porady ambulatoryjnej, jako dokumentu medycznego - indywidualnego, zewnętrznego - jest niezbędne, jeśli ma zostać wprowadzona wymiana informacji medycznej za pomocą platformy Pl. Zachowano dotychczasowe przepisy dotyczące przechowywania dokumentacji. Ministerstwo Zdrowia nie zdecydowało się na wprowadzenie zapisu, który regulowałby przechowywanie dokumentacji medycznej przez inny podmiot niż podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad pacjentem, zwłaszcza przez podmioty zajmujące się profesjonalnym przetwarzaniem elektronicznych da-

nych medycznych. Można to było zrobić, transponując wprost przepisy z rozporządzenia dotyczącego dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzone przez ministra spraw wewnętrznych (Dopuszcza się archiwizację dokumentacji przez inny podmiot, pod warunkiem zabezpieczenia jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych). W ten sposób doprowadzono by do spójności z przepisami art. 10 pkt 1 Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie Ustawy o informacji w ochronie zdrowia, które wprowadziły możliwość zawarcia przez podmiot leczniczy z podmiotem zewnętrznym umowy o powierzeniu przetwarzania - danych medycznych (Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę, o której mowa w art. 31 ust. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodności przetwarzania danych osobowych z tą umową przez podmiot przyjmujący te dane).

*Krzysztof Nyczał  
Przedruk „Służba Zdrowia”  
grudzień 2015 r.*

## **Koszykowe porządki**

**Resort zdrowia wprowadza zmiany w ocenie procedur medycznych w zasadach ich wyceny. W półtora roku chce przejrzeć cały koszyk.**

**Pomóc będą musiały mu wszystkie szpitale.**

Ministerstwo od kilku miesięcy zapowiadało „koszykowe” porządki. Tyle tylko, że miało do tego trzech urzędników.

Po kilku miesiącach udało się dołączyć jeszcze jednego. Ambicje jednak są duże. Do konsultacji społecznych trafił projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie przewidziano częściowe włączenie zadań związanych z koszykiem do kompetencji Agencji Oceny Technologii Medycznych

i Taryfikacji. Będzie ona oceniała technologie medyczne w ramach świadczeń gwarantowanych. Celem ma być optymalizacja i zwiększenie przejrzystości wydatków NFZ na świadczenia gwarantowane. O ocenę zmiany technologii medycznej będzie mógł wystąpić wyłącznie minister zdrowia. Agencja w związku z nowymi zadaniami ma zostać zasilona aż 100 nowymi pracownikami już na przełomie czerwca i lipca. Po 1-2 do każdej z blisko 80 dziedzin medycyny. Pieniądze na ten cel Agencja i tak ma, ale nie w pełni je wykorzystywała — przekazuje wiceminister Krzysztof Landa. I wskazuje na ustawowy odpis na rzecz AOTMiT w wysokości 0,07 proc. budżetu NFZ na leczenie, co daje ok. 48 mln zł rocznie. Na razie, czekając na ich uru-

chowanie, do zmian w koszyku „wypożyczono” 30 osób z centrali NFZ.

- W dużym skrócie chodzi o to, żeby uporządkować koszyk za pomocą technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i pozbyć się tych świadczeń, które są mało skuteczne. Wiemy bowiem, że w koszyku jest sporo interwencji budzących wątpliwości - mówi Katarzyna Jagodzińska - Kalinowska, rzecznik AOTMiT.

### **Koszyk żywy i z hybrydami**

Czy koszyk jest faktycznie aż tak zły? Wprawdzie są w nim procedury wątpliwej jakości, choć akurat powtarzanie w kółko tego, że uwzględniono zderzenie ze statkiem kosmicznym mnie nie przekonuje. Skoro jest, nie widzę po-

trzeby, by taką procedurę usuwać. Prace nad koszykiem, jak to zwykle w zdrowiu bywa, choć ciągnęły się latami, były podyktowane też polityką. Była zapowiedź, musiał być efekt i odtrąbiony sukces. A dalej przestawał być interesujący. Choć za ministra Zbigniewa Religi, gdy go opracowywano padały deklaracje, że koszyk będzie, a wręcz musi być żywy i regularnie aktualizowany w oparciu o wiedzę medyczną i rozwój technologii. Oczywiście tak się nie stało. - W praktyce koszyk trzeba stworzyć na nowo, ustalając nie tylko, które procedury są skuteczne, a które nie, ale również to, na co stać publiczny system — mówi prof. Andrzej Fal - kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia NIZP-PZH. Jak podkreśla, koszyk musi być pozytywny i wskazywać konkretne procedury, które są finansowane ze środków publicznych, ponieważ obecnie mamy raczej do czynienia z domniemaniem, że wszystko lub niemal wszystko jest i musi być nadal finansowane. - Takie jasne określenie potrzebne jest z wielu powodów. Przede wszystkim finansowych, demograficznych (powodujących wzrost potrzeb medycznych), ale także dlatego, by tam gdzie procedura jest poza koszykiem możliwe było określenie współpłacenia przez pacjenta, np. przez wykupione dodatkowe ubezpieczenia — wyjaśnia Fal.

Kiedyś pacjenci mogli dopłacić np. za lekki gips, ale nie było jasne, jak do tej kwestii podchodzić. Po kontrolach i ka-

rach ze strony NFZ placówki się z tego wycofały i... dziecko wylane z kąpielą. Kto chce lepszy implant czy środki zaopatrzenia musi zapłacić za cały zabieg z własnych pieniędzy, mimo że odprowadza składkę. I nieoficjalnie zarówno w MZ, jak i w NFZ mówi się o powrocie i usankcjonowaniu tego rozwiązania. Zmiany w koszyku, taryfach i wycenach przez NFZ prowadzone są równocześnie. Część procedur ma być wycenianych lepiej, by realizowano je chętniej — np. świadczenia psychiatryczne, opieka paliatywna, oddziały internistyczne i pediatryczne. Z kolei tam gdzie wyceny były bardzo zyskowe, będą cięcia. Weryfikowana będzie m.in. kardiochirurgia, niektóre z procedur onkologicznych czy okulistycznych. I naruszone zostaną różne interesy. - Przygotujemy propozycje taryf i będą one konsultowane z odpowiednimi środowiskami. Chcę, by były one wynikiem konsensusu, a nie forsowane na siłę - deklaruje Landa. Ale równocześnie stwierdza, że jeśli większość się zgodzi, to mniejszość będzie musiała ulec. W rozmowach będą wykorzystywane przede wszystkim dane dotyczące mikrokosztów, wycen świadczeń w innych krajach, analizy podaży i popytu, cen świadczeń z rynku komercyjnego, a także kolejek w Polsce. Nowością będą świadczenia łączone - na początek do zabiegów wszczepienia endoprotez oraz w kardiochirurgii dołączona zostanie rehabilitacja.

### Szpital nie może, a musi

Na to, by oferować łączone procedury medyczne, szpital będzie mógł się zgodzić lub nie. Zachętą mają być wyceeny. Za to w innej kwestii dotychczasową dowolność zlikwidowano. W konsultowanym przez MZ projekcie zapisano również, że placówki medyczne mają obowiązek przekazywania danych potrzebnych do wyceny świadczeń przez AOTMiT. Do tej pory mogły, a nie musiały. Zachęcić miało je dodatkowe wynagrodzenie, ale mimo to był problem z reprezentatywnością danych. Agencja musiała z powodu małej liczby chętnych ogłaszać powtórne zaproszenia i naboru uzupełniające placówek. Co ciekawe, nie zgłaszały się też te, których szefowie publicznie zabierają głos w sprawie wycen, reprezentując świadczeniodawców w sporach np. dotyczących wycen w okulistyce.

**PROPOZYCJE TARYF będą konsultowane z odpowiednimi środowiskami. Powinny być one WYNIKIEM KONSENSUSU, a nie forsowania na siłę**

ALEKSANDRA KUROWSKA

Od 2006 roku dziennikarka „Służby Zdrowia”. Redaktor „Dziennika Gazety Prawnej”, wcześniej pracowała m.in. w „Gazecie Giełdy Parkiet”, „Rzeczpospolitej”, „Życiu Warszawy” oraz „Życiu”

Efektywne działanie przez mapowanie

## WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE



### Podstawowe informacje

Liczba „szpitali”* w województwie:	178 (12266)
- w tym posiadający kontrakt z NFZ (łącznie liczba łóżek)	66 (11067)
Przeciętna wielkość szpitala wyrażona liczbą łóżek	69
Przeciętna wielkość szpitala posiadającego kontrakt z NFZ	168
Przeciętna wielkość oddziału wyrażona liczbą łóżek	17
Przeciętna wielkość oddziału szpitala posiadającego kontrakt z NFZ	29

UWAGA: \* każdy świadczeniodawca, który posiadał w strukturze oddział szpitalny

Źródło: Opracowanie DAS na podstawie danych NFZ.

## Wskaźniki szpitalne

Z analizy wykorzystania stołów operacyjnych wynika, że w województwie podkarpackim średnio na jeden stół wykonywanych jest ponad 620 operacji, czyli o 41 (6,27%) mniej niż średnio w Polsce. Wykorzystanie stołów jest jednak zróżnicowane pośród szpitali w tym województwie i waha się od 0 (co oznacza, że szpital miał stół, ale nie sprawozdał żadnej operacji) do ponad 1,2 tys. operacji na stół.

Liczba stołów operacyjnych (na 100 tys.)

Liczba stołów w Polsce:	9,57
Liczba stołów w woj.:	8,45
Różnica:	1,12

W województwie podkarpackim w 2014 roku wartość współczynnika zażeń wewnątrzszpitalnych wynosiła ok. 0,69%. Wartość wskaźnika była trzecią najniższą wartością w Polsce.

Źródło: Sprawozdania MZ.

W porównaniu do całego kraju województwo podkarpackie cechowało się wyższym (ważnym ryzykiem) współczynnikiem śmiertelności pooperacyjnej w grupie dużych i kompleksowych zabiegów w obrębie chorób układu krążenia (o 4,5%). Wyniki badań międzynarodowych wskazują, że im wyższa koncentracja świadczeń tym niższa śmiertelność pooperacyjna. Jednak w omawianym województwie nie można stwierdzić ujemnej relacji pomiędzy liczbą świadczeń, a ważną ryzykiem śmiertelnością. Dlatego też w województwie podkarpackim w pierwszej kolejności należy dążyć do poprawy innych czynników wpływających na jakość zabiegów, a następnie centralizować udzielanie świadczeń.

Źródło: Opracowanie DAS na podstawie danych NFZ.

## Demografia regionu na tle Polski

Populacja województwa podkarpackiego (2,1 mln, 5,5 proc. ludności kraju) jest obecnie młodsza niż ludność Polski. Region wyróżnia się najwyższym w kraju oczekiwanym trwaniem życia noworodka, przy czym wewnętrzne zróżnicowanie długości życia jest stosunkowo małe, a także drugim co do długości oczekiwanym dalszym trwa-

niem życia osoby w wieku 60 ukończonych lat. Wraz z niską płodnością będzie to prowadzić do intensywnego starzenia się populacji tego regionu, w tym wzrostu liczby i udziału osób w wieku 80 lat i więcej. Starzenie się ludności, a także starzenie się populacji osób starszych determinuje konieczność rozwoju usług zdrowotnych, uwzględniających zapotrzebowanie na leczenie i pomoc osób w podeszłym wieku. Ponadto wyższa niż w skali kraju umieralność niemowląt wymaga działań związanych z poprawą funkcjonowania ochrony zdrowia w tym zakresie.

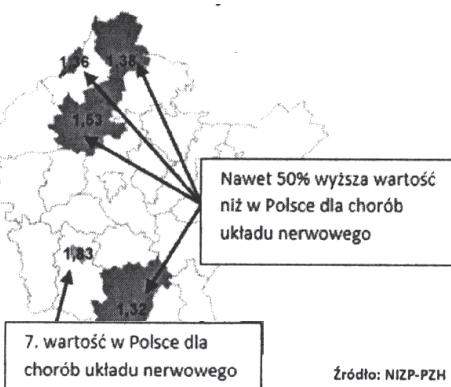
## Prognoza demograficzna dla regionu

Prognoza do roku 2029 r. wskazuje na zmniejszenie liczby ludności województwa o ponad 55 tys. osób (o 2,6 proc.), przy czym dla niektórych powiatów przewidywany jest wzrost liczby ludności. Pomimo przewidywania systematycznego wzrostu współczynnika zgonów umieralność nadal będzie jedną z najniższych w Polsce. Struktura wieku ludności regionu w 2029 r. będzie zbliżona do ogólnokrajowej, co przy nieco młodszej strukturze wieku z 2014 r. wskazuje na intensywniejszy przebieg procesu starzenia ludności. Wraz z przewidywanym wzrostem liczby i udziału osób w podeszłym wieku (80 lat i więcej) o specyficznych potrzebach zdrowotnych spowoduje to zwiększenie zapotrzebowania na usługi zdrowotne skierowane do tej grupy ludzi.

Źródło: Raport prof. dr hab. I.E. Kotowska.

## Zgony w województwie

Rzeczywisty współczynnik zgonów na 100 tys. ludności: 864 (najniższa wartość w Polsce)



Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR): 0,91 (niższy od wartości ogólnokrajowej)

Najwyższe wartości SMR w województwie:

Źródło: NIZP-PZH

## KADRY MEDYCZNE

### Lekarze

W województwie podkarpackim pomimo niższej mediany wieku lekarzy od mediany krajowej, istnieje konieczność zwiększenia liczby specjalistów. Wśród dziedzin z potencjalnie zbyt małym zapleczem kadrowym są dziedziny priorytetowe takie jak: anestezjologia i intensywne terapię, hematologia, medycyna ratunkowa, geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży oraz stomatologia dziecięca. Niedobór w zakresie lekarzy specjalistów zauważyć można również w dziedzinach niepriorytetowych takich jak: alergologia oraz audiologia i foniatria (biorąc pod uwagę wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. ludności w porównaniu do innych województw) lub epidemiologia (biorąc pod uwagę najstarszych lekarzy w województwie).

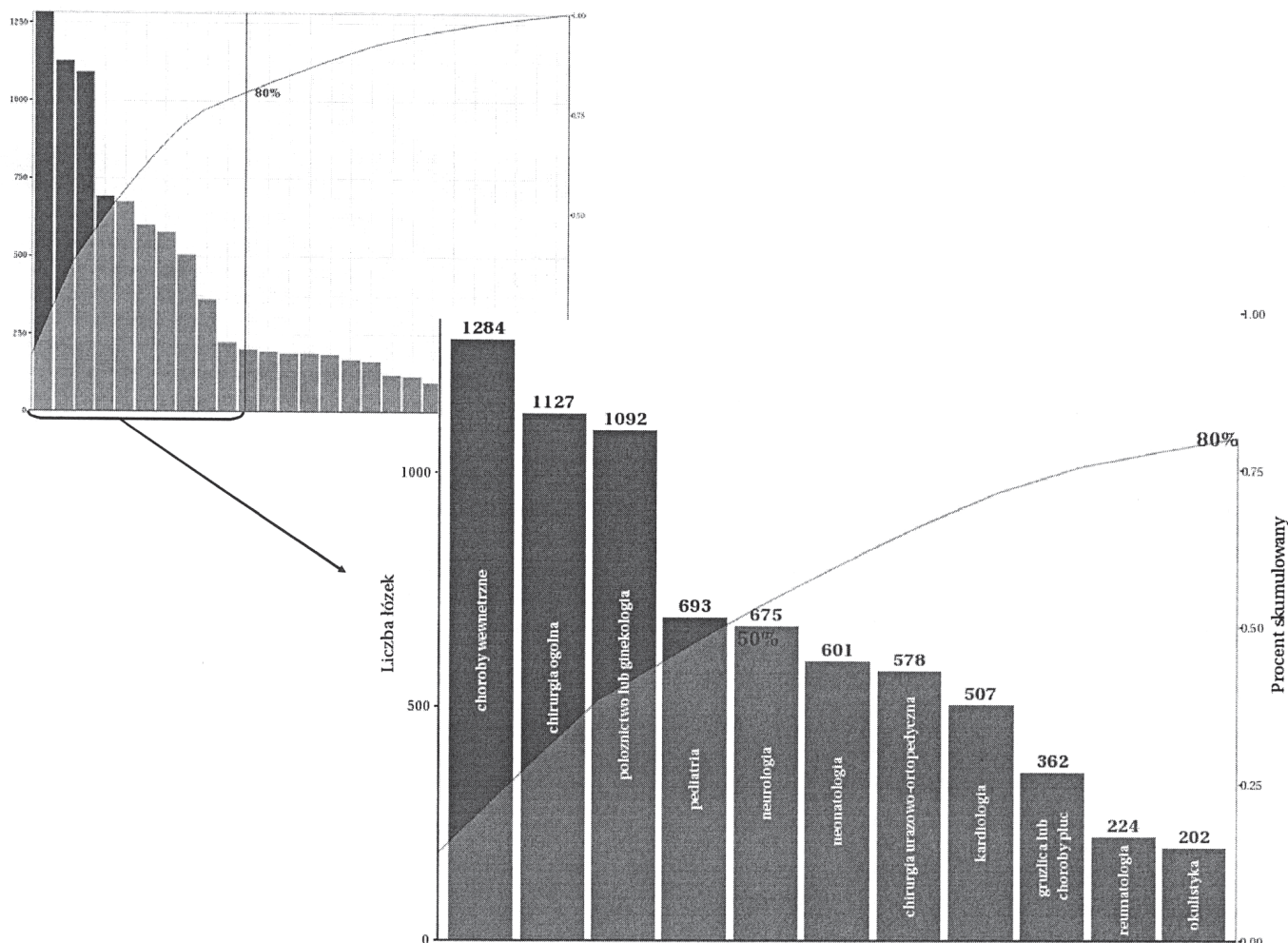
### Pielęgniarki i położne

W województwie podkarpackim, pomimo iż liczba pielęgniarek i położnych jest relatywnie wysoka w porównaniu do innych województw 3. miejsce w kraju w przeliczeniu na 100 tys. ludności oraz w przypadku położnych 1. miejsce w kraju na 100 tys. kobiet w wieku reprodukcyjnym, to prawie połowa z nich to osoby powyżej 50. roku życia, co wskazuje na konieczność szybkiego „odmłodzenia” tej grupy zawodowej, gdyż jest to zaledwie ok. 9% ogólnej liczby pielęgniarek i położnych.

Do 2025 roku liczba akceleratorów w województwie podkarpackim powinna wzrosnąć z 7 do 10 (wzrost o 1 w Rzeszowie, o 2 w Tarnobrzegu), a liczba pozytonowych tomografów emisyjnych (PET-CT) powinna wynosić 1.

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii.

## LICZBA ŁÓŻEK W WOJEWÓDZTWIE



Zasoby sprzętowe w szpitalach województwa						
Sprzęt	Analizator biochemiczny	Gammakamera	Litotrypter	Aparat RTG z torem wizyjnym	Tomograf komputerowy	Rezonans magnetyczny
Statystyki						
Liczba ogółem w Polsce na 100 tys. ludności	2,55	0,36	0,49	3,70	1,54	0,65
Liczba ogółem w województwie na 100 tys. ludności	2,44	0,19	0,42	2,44	1,69	0,89
Liczba w szpitalach w województwie na 100 tys. ludności	1,74	0,09	0,42	2,21	1,27	0,47

Źródło: Sprawozdania MZ oraz biuletyn informacyjny CSIOZ.

### WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA SZPITALNICTWA

#### Oddział anestezjologii i intensywnej terapii

W województwie podkarpackim w 2014 roku były 24 oddziały, które sprawozdawały świadczenia w NFZ.

Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 90.5 i była to czwarta najniższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że funkcjonowanie wielu (20.83%) oddziałów posiadających minimalną wymaganą lub mniejszą (zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2015 r. (Dz. U.

z 2015 r. poz. 178)) liczbę łóżek wskazuje na konieczność centralizacji świadczeń intensywnej terapii (ewentualne przekształcenie w oddziały anestezjologii).

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że posiadanie oddziału AiIT, zgodnie z obowiązującymi przepisami

(zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 15)) jest wymagane dla podmiotów leczniczych, w strukturze których funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe. W związku z powyższym priorytetem przy centralizacji powinny zostać objęte podmioty lecznicze posiadające SOR.

### **Oddział chirurgiczny dla dzieci**

W województwie podkarpackim w 2014 roku były 4 oddziały, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1314 i była to trzecia najniższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników w województwie: minimum - 37%, maksimum -100%, mediana - 48%, średnia - 58%,

- dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (2 oddziały wykonały mniej niż 60 takich zabiegów).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 10,9%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 46 w 2016 roku, 41 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 86). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział otolaryngologiczny**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 9 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1369 i była to trzecia najwyższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników: minimum - 41%, maksimum - 80%, mediana - 67%, średnia - 63%,

- zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów (w przypadku 4 z nich świadczenia specjalistyczne, tj. takie, których nie można rozliczyć w zakresie chirurgii ogólnej, stanowiły mniej niż 50%),

- dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (5 oddziałów wykonało mniej niż 60 takich zabiegów).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 2%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 102 w 2016 roku, 104 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 191). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 21 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1167 i była to czwarta najwyższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników: minimum - 70%, maksimum -100%, mediana - 90%, średnia - 88%,

- zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów (w przypadku 21 z nich świadczenia specjalistyczne, tj. takie, których nie można rozliczyć w zakresie chirurgii ogólnej, stanowiły mniej niż 50%),

- dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (7 oddziałów wykonało mniej niż 60 takich zabiegów),

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 13%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 300 w 2016 roku, 339 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 580). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział gruźlicy lub chorób płuc**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 7 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1210 i była to siódma najniższa wartość

w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- rozważyć przesunięcie części świadczeń do oddziałów chorób wewnętrznych (z wyłączeniem ośrodków specjalizujących się w diagnostyce pulmonologicznej w szczególności w diagnostyce inwazyjnej i leczeniu specjalistycznych schorzeń pulmonologicznych),

- należy zwrócić uwagę, że żaden oddział nie zabezpieczał potrzeb na poziomie ponadwojewódzkim (ponad 15% pacjentów spoza województwa), natomiast 4 oddziały zabezpieczały potrzeby jedynie na poziomie swojego powiatu (ponad 75% pacjentów ze swojego powiatu).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 19,7%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 218 w 2016 roku, 261 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 355). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział chorób wewnętrznych**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 25 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 2188 i była to czwarta najwyższa wartość w Polsce.

Jest to oddział o charakterze podstawowym. Jeśliby traktować wspólnie miasta na prawach powiatu z powiatami, które mają swoje siedziby w tych miastach, to w 2014 roku w województwie podkarpackim w każdym powiecie funkcjonował oddział omawianego typu. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- zwrócić uwagę, że 1 oddział zabezpieczał potrzeby na poziomie ponadwojewódzkim (ponad 15% pacjentów spoza województwa). Natomiast 20 oddziałów zabezpieczało potrzeby na poziomie swojego powiatu (ponad 75% pacjentów ze swojego powiatu),

- rozważyć potrzebę zweryfikowania obecnej liczby łóżek na oddziałach gdzie obłożenie nie przekracza 50% (1 w województwie),

- zwrócić uwagę na duże zróżnicowanie mediany czasu pobytu na po-

szczególnych oddziałach (minimum - 2, maksimum -7) oraz zbadać zasadność długiego czasu hospitalizacji,

- określić grupę pacjentów do opieki długoterminowej i rozważyć zabezpieczenie ich potrzeb w inny sposób niż leczenie na tym typie oddziału.

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 23,7%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 870 w 2016 roku, 1076 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 1274). W związku z tym należy zrationalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### Oddział pediatryczny

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 21 oddziałów, które sprawdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1203 i była to trzecia najwyższa wartość w Polsce.

Jest to oddział o charakterze podstawowym. Jeśliby traktować wspólnie miasta na prawach powiatu z powiatami, które mają swoje siedziby w tych miastach, to w 2014 roku w województwie podkarpackim w 2 powiatach nie funkcjonował oddział omawianego typu. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- zwrócić uwagę, że żaden oddział nie zabezpieczał potrzeb na poziomie ponadwojewódzkim (ponad 15% pacjentów spoza województwa). Natomiast 18 oddziałów zabezpieczało potrzeby na poziomie swojego powiatu (ponad 75% pacjentów ze swojego powiatu),

- rozważyć potrzebę zweryfikowania obecnej liczby łóżek na oddziałach gdzie obłożenie nie przekracza 50% (11 w województwie),

- zwrócić uwagę na duże zróżnicowanie mediany czasu pobytu na poszczególnych oddziałach (minimum - 2, maksimum -6) oraz zbadać zasadność długiego czasu hospitalizacji.

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 14,8%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 298 w 2016 roku, 254 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień

31.03.2016 w województwie było ich 674). W związku z tym należy zrationalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### Oddział chirurgiczny ogólny

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 29 oddziałów, które sprawdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1699 i była to szósta najwyższa wartość w Polsce.

Jest to oddział o charakterze podstawowym. Jeśliby traktować wspólnie miasta na prawach powiatu z powiatami, które mają swoje siedziby w tych miastach, to w 2014 roku w województwie podkarpackim w każdym powiecie funkcjonował oddział omawianego typu. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników w województwie: minimum - 40%, maksimum -100%, mediana - 69%, średnia - 70%,

- dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (14 oddziałów wykonało mniej niż 60 takich zabiegów).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 15,4%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 545 w 2016 roku, 629 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 1078). W związku z tym należy zrationalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### Oddział o charakterze położniczym lub ginekologicznym

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 25 oddziałów, które sprawdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 2143 i była to czwarta najwyższa wartość w Polsce.

Jest to oddział o charakterze podstawowym. Jeśliby traktować wspólnie miasta na prawach powiatu z powiatami, które mają swoje siedziby w tych miastach, to w 2014 roku w województwie podkarpackim w 1 powiecie nie funkcjonował oddział omawianego typu. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że:

- w 4 oddziałach zrealizowano mniej niż 400 porodów rocznie,

- należy dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (11 oddziałów wykonało mniej niż 60 takich zabiegów),

- należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów (11 z nich ma obłożenia na poziomie niższym niż 50% w skali roku).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 15,5%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 524 w 2016 roku, 443 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 1052). W związku z tym należy zrationalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### Oddział jednego dnia (chirurgii i leczenia)

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 13 oddziałów, które sprawdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 264 i była to druga najniższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- rozważyć wsparcie rozwoju tej formy udzielania świadczeń w różnych zakresach, z racji bardzo wysokiego wykorzystania potencjału,

- zwrócić uwagę, że 3 oddziałów zabezpieczało potrzeby na poziomie ponadwojewódzkim (ponad 15% pacjentów spoza województwa). Natomiast 1 oddział zabezpieczało potrzeby jedynie na poziomie swojego powiatu (ponad 75% pacjentów ze swojego powiatu),

- dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (1 oddział wykonało mniej niż 60 takich zabiegów).

### Oddział kardiologiczny (w tym INK)

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 16 oddziałów, które sprawdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1541 i była to trzecia najniższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- rozważyć zasadność istnienia oddziałów kardiologicznych, gdzie nie wy-

konuje się procedur zabiegowych (2 w województwie), bowiem zachowawcze leczenie chorób kardiologicznych może odbywać się również na oddziałach chorób wewnętrznych,

- dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (3 oddziały wykonało mniej niż 60 takich zabiegów). Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 25,7%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 350 w 2016 roku, 440 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 532). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział neonatologiczny**

W województwie podkarpackim w 2014 roku były 22 oddziały, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 647 i była to szósta najniższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że poza oddziałami wyspospecjalizowanymi, które funkcjonują w ramach szpitali dziecięcych, oddziały neonatologiczne są ściśle związane z oddziałami położniczymi i powinny funkcjonować w szpitalach, w których przyjmowane są porody.

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o -16,9%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 207 w 2016 roku, 172 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 578). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział neurochirurgiczny**

W województwie podkarpackim w 2014 roku były 2 oddziały, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników: minimum - 74%, maksimum - 88%, mediana - 81%, średnia - 81%,

- zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów (w przypadku 2 z nich świadczenia spe-

cjalistyczne, tj. takie, których nie można rozliczyć w zakresie chirurgii ogólnej, stanowiły mniej niż 50%).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 6,1%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 49 w 2016 roku, 52 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 86). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział neurologiczny (w tym udarowy)**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 19 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1256 i była to ósma najniższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że ze względu na długie kolejki (mediana czasu oczekiwania w województwie - 5) i wysokie obłożenia (średnie obłożenie w województwie -1,11) należy niezwłocznie zwiększyć dostępność oddziałów neurologicznych. Należy także zastanowić się nad zasadnością powiązania niektórych z oddziałów z oddziałami chorób wewnętrznych (w przypadku 19 z nich świadczenia specjalistyczne, tj. takie, których nie można rozliczyć w zakresie chorób wewnętrznych, stanowiły mniej niż 50%).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 17,8%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 454 w 2016 roku, 535 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 673).

### **Oddział o specyfice chorób zakaźnych**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 7 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1157 i była to szósta najwyższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że pomimo, iż większość hospitalizacji odbywająca się na oddziałach chorób zakaźnych mogłaby odbywać się na oddziałach chorób we-

wewnętrznych, to jednak ze względu na specyfikę pacjentów, oddziały zakaźne powinny być pozostawione jako odrębne jednostki.

Należy zwrócić uwagę, że żaden oddział nie zabezpieczał potrzeb na poziomie ponadwojewódzkim (ponad 15% pacjentów spoza województwa). Natomiast 3 oddziały zabezpieczały potrzeby jedynie na poziomie swojego powiatu (ponad 75% pacjentów ze swojego powiatu).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 10,6%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 113 w 2016 roku, 125 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 195). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział okulistyczny**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 9 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1263 i była to czwarta najniższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników: minimum - 61%, maksimum -100%, mediana - 89%, średnia - 88%,

- zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów (dla wszystkich oddziałów udział hospitalizacji specjalistycznych przekroczył 50%).

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 23,6%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 72 w 2016 roku, 89 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 198). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.

### **Oddział onkologiczny (w tym onkologii klinicznej)**

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 6 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ.

Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 4678.5 i była to trzecia najwyższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że ponieważ głównym zakresem kontraktowanym na oddziałach jest chemioterapia to wnioski dla analizowanego typu oddziału są spójne z wnioskami na temat chemioterapii w mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii.

### Oddział urologiczny

W województwie podkarpackim w 2014 roku było 8 oddziałów, które sprawozdawały świadczenia w NFZ.

Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 1611 i była to piąta najwyższa wartość w Polsce. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

- dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników: minimum - 43%, maksimum -100%, mediana - 84%, średnia - 81%,

- zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów (w przypadku 6 z nich świadczenia specjalistyczne, tj. takie, których nie można rozliczyć w zakresie chirurgii ogólnej, stanowiły mniej niż 50%).

- dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (4 oddziały wykonały mniej niż 60 takich zabiegów),

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 17,9%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 95 w 2016 roku, 112 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 168). W związku z tym należy racjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.



UNIwersYTET  
MEDYCZNY  
W ŁODZI



### Informacja nr 14/2016

## z działalności Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju Miedzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi



To już dziesiąty rok nieprzerwanej pracy z Klasyfikacją ICNP® w Polsce. Zaangażowanie wielu osób związanych z pielęgniarstwem spowodowało, że po raz pierwszy w Polsce opublikowany został standard elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwa. Wizualizacja dokumentacji jest dostępna na stronie CSIOZ. Doświadczenia praktyczne w pracy z rekomendacją pokazały konieczność ujednoczenia terminologii. Coraz więcej narzędzi jest wspieranych przez Klasyfikację ICNP®, w tym np. wskaźniki jakości opieki pielęgniarstwa (oparte na analizie kilku milionów rekordów pacjentów - projekt MZ w Kanadzie). Dodatkowym walorem jest powiązanie ich z diagnozami ICNP®. Dużo prac dotyczy procedur pielęgniarstwa, tworzenia planów opieki w oparciu o Evidence Base Nursing (EBN). Najważniejszym jednak osiągnięciem jest przyjęcie przez Ministra Zdrowia Rekomendacji Rady eZdrowie w Pielęgniarstwie z 11.9.2013 r., działającej przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Otworzyło to drogę do zbudowania podstaw do dokumentowania zdarzeń medycznych w pielęgniarstwie. Niniejszym składam podzię-

kowania na ręce Dyrektora DPIP dr Beaty Cholewki dla całego zaangażowanego w działanie Zespołu, Dyrektora CSIOZ Marcina Kędzierskiego i naszej Koleżanki mgr Ewy Orawczak, która „dyrygowała” zespołem specjalistów opracowujących Rekomendację.

Do grona Akredytowanych Centrów dołączyła też Irlandia. Nasza pielęgniarcka rodzina ICNP staje się coraz większa i coraz bardziej widoczna. Zmiany wymagają czasu. Wiemy już, że wdrożenie Klasyfikacji to nie jest problem wiedzy, a raczej umiejętności informatycznych w obsłudze programów, czy też niewystarczającej liczby kadr, która mogłaby na bieżąco prowadzić dokumentację. Stąd musi być ona prosta i przyjazna w użyciu. Badania pokazują, że wdrożenie tego sposobu dokumentowania w efekcie odciąża pielęgniarki od pracy z dokumentacją. W Centrum prace z ICNP® są bardzo intensywne. Z uwagi na zainteresowanie tematem odbywa się szereg konsultacji, szkoleń, aranżowane są konferencje w coraz to nowych miejscach w Polsce. W ostatnim okresie podjęliśmy prace nad założeniami do stworzenia aplikacji dla pielęgniarek, która będzie wykorzystywana w dydaktyce, a w przyszłości i w podmiotach

lecniczych. W skali całego kraju Koleżanki podjęły się przygotowania publikacji z wykorzystaniem ICNP®, opracowywane są podręczniki do kształcenia. Ponadto wersja 2015 została przetłumaczona na język polski i obecnie jest sprawdzana merytorycznie. Dzięki ostatniej decyzji NRPIp praca ta będzie skrócona. W najbliższym czasie ponownie zajmujemy się więc Rekomendacją z 11.9.2013 r. i po przetłumaczeniu ICNP® planami opieki. Powstaje także pierwsza w Polsce książka dotycząca informatyki dla pielęgniarek.

Dziękując wszystkim wolontariuszom i przyjaciołom, a także kibicom za dotychczasową pracę i wsparcie zapraszam do zapoznania się z podsumowaniem roku 2015, które znajduje się w dalszej części opracowania.

*dr Dorota Kilańska*  
Dyrektor Akredytowanego przez ICN  
CBiR ICNP® przy UM w Łodzi

Już na początku stycznia 2015 roku Centrum przeprowadziło warsztaty i konferencję dla studentów pielęgniarstwa. Dotyczyły one zagadnień związanych z Pielęgniarstwem Europejskim,



a uczestniczyło w nich niemal 80 osób. Również w styczniu, tym razem w Warszawie, przy udziale kilkunastu członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, zorganizowano posiedzenie Rady ds. e-zdrowia, na którym dyskutowano o celach ICNP, a wśród nich o tym nadrzędnym, którym jest „umożliwienie organom publicznym i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych”. Jako narzędzie ma natomiast posłużyć ujednoczenie dokumentacji medycznej dla pielęgniarek oraz standaryzacja dokumentów.

Członkowie Rady Zdrowie w Pielęgniarstwie spotykali się również na dalszych posiedzeniach w kolejnych

Podsumowując – wykłady i konferencje 2015:

Rodzaj aktywności	Miejsce	Liczba uczestników
Konferencje i telekonferencje, wykłady	Luksemburg, Łódź, Ustroń, Ryga, Warszawa, Rzeszów, Poznań, Płock	ponad 1550 osób
Warsztaty	Łódź, Grabów	ponad 240 osób

W tym samym miesiącu Minister Zdrowia przyjął rekomendację dotyczącą projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwa.

Wykłady dotyczące ICNP odbyły się także w Ustroniu, w Luksemburgu (200

Zdrowotnej - studium przypadku, *Problemy Pielęgniarstwa* 2014;22(4):539-545.

2. Dorota Kilańska, Milena Staszewska, Natalia Urbanek, i in.: Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP? w Podstawowej Opiece Zdrowotnej - studium przypadku jednostki i rodziny. Część II, *Problemy Pielęgniarstwa* 2014;22(4):546-552.

3. Dorota Kilańska, Lidia Niemiec, Beata Brosowska: Studium przypadku dziecka z ostrą białaczką limfoblastyczną w czasie chemioterapii. Część I - zastosowanie ICNP?. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014;22(4):539-545.

4. Dorota Kilańska, Lidia Niemiec, Beata Brosowska: Studium przypadku



miesiącach, w tym w październiku i w listopadzie podczas telekonferencji Skype. Na wymienionych spotkaniach poruszano przede wszystkim kwestie tłumaczenia ICNP oraz prac zespołów ds. archiwizacji dokumentów.

Pod koniec stycznia w Biuletynie Małopolskiej OIPiP ukazał się artykuł pt. „Zarządzanie wiedzą z wykorzystaniem narzędzi informatycznych. Wdrażanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w Polsce”.

W marcu zorganizowano cykl warsztatów dydaktycznych dotyczących planowania opieki według międzynarodowego standardu ICNP. Łączna liczba uczestników to ponad 65 osób. Pod koniec marca odbyła się konferencja „STOP wykluczeniu cyfrowemu w pielęgniarstwie.” W wydarzeniu wzięło udział prawie 120 osób.

osób) oraz w stolicy Łotwy, Rydze (80 os.)

Od września do listopada miały miejsce cykliczne warsztaty zatytułowane „Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP.” Wzięło w nich udział łącznie prawie 50 osób.

Między wrześniem a listopadem, podczas konferencji w Rzeszowie, Poznaniu, Warszawie i Płocku, w których wzięło udział łącznie ponad 800 osób, wygłoszono wykłady dotyczące elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwa.

Metodyka tworzenia planów opieki została opisana w publikacjach dostępnych na stronie [www.pp.viamedica.pl](http://www.pp.viamedica.pl), tj.:

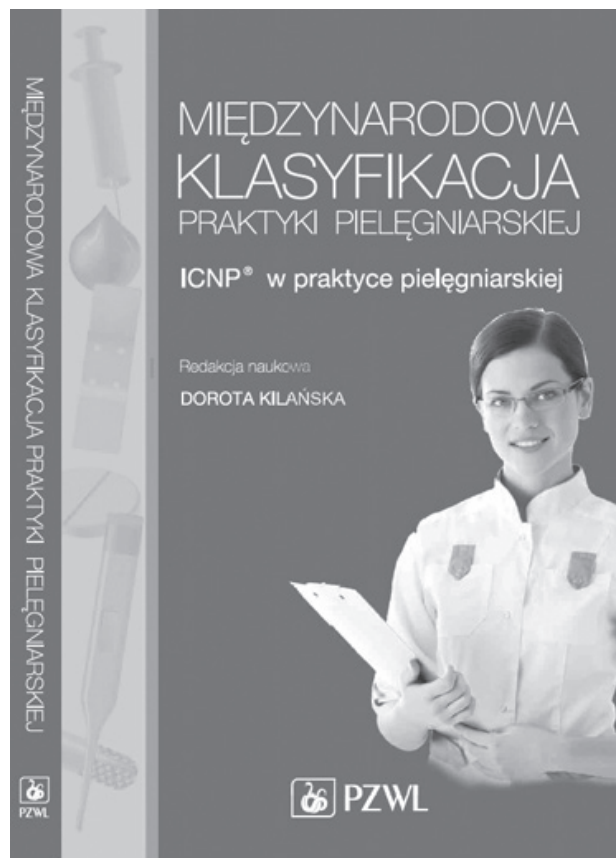
1. Dorota Kilańska, Milena Staszewska, Natalia Urbanek, i in.: Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP? w Podstawowej Opiece

dziecka z ostrą białaczką limfoblastyczną w czasie chemioterapii. Część II - zastosowanie ICNP?, *Problemy Pielęgniarstwa* 2015;23(1):87-93.

5. Hanna Grabowska: Mapowanie pojęć ICNP? w procesie pielęgnowania pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Część 1 problemy somatyczne chorego, *Problemy Pielęgniarstwa* 2015;23(1):104-109.

6. Hanna Grabowska: Mapowanie pojęć ICNP? w procesie pielęgnowania pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Część 2, *Problemy Pielęgniarstwa* 2015;23(1):110-116.

W 2015 r. ukazały się dwa Biuletyny Międzynarodowej Rady Pielęgniarek „Health”, gdzie m.in. zamieszczono informacje z prac Centrum. W Biuletynie ukazała się także informacja o dział



łaniach SOCIAL SECURITY INFORMATION SERVICE (SSIS) KOREA. SSIS w imieniu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w Korei, zawarł umowę z Międzynarodową Radą Pielęgniarek z zamiarem wykorzystania Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) w swoich produktach i usługach pokrewnych. Zgodnie z umową SSIS użyje ICNP (model 7-osiowy) jako ramy kodowania w rozwoju krajowej terminologii pielęgniarstwiej dla Korei. Podaje się, że Krajowa baza praktyki pielęgniarstwiej będzie cennym źródłem informacji dla prowadzonych badań, prognozowania finansowego, analizy wyników opieki i rozwoju polityki.

Drugą ważną wiadomością jest informacja, że w Szwajcarii funkcjonuje już połączony z ICNP® system oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwiej LEP (więcej o narzędziu LEP w publikacji przetłumaczonej przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie: Pomiar obciążenia pracą ...).

**INFORMACJE DODATKOWE:**

Strona internetowa ACBiR ICNP <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=akt>

Informacje o ICNP na stronie www Międzynarodowej Rady Pielęgniarek <http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>

Prezentacje o ICNP w j. angielskim <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-conference-presentations/> i „Poradnik technicznej implementacji Klasyfikacji ICNP (R)”

- Informacja nr 1/2013
- Informacja nr 2/2013
- Informacja nr 3/2013
- Informacja nr 4/2013
- Informacja nr 5/2014
- Informacja nr 6/2014
- Informacja nr 7/2014
- Informacja nr 8/2015
- Informacja nr 9/2015
- Informacja nr 10/2015
- Informacja nr 11/2015
- Informacja nr 12/2015
- Informacja nr 13/2015
- eHealth Bulletin N°10 December 2015
- eHealth Bulletin N°9 August 2015
- eHealth Bulletin N°8 December 2014
- eHealth Bulletin N°7 June 2014

- eHealth Bulletin N°6 December 2013
- eHealth Bulletin N°5 June 2013
- eHealth Bulletin N°4 December 2012
- eHealth Bulletin N° 3 June 2012
- eHealth Bulletin N° 2 December 2011
- eHealth Bulletin N°1 June 2011

**PUBLIKACJE:**

**Osoby zainteresowane szkoleniem z zakresu ICNP® mogą zgłaszać się za pomocą formularza dostępnego na stronie <http://fumed.pl/rejestracja-na-warsztaty-icnp-lodz-2015/>**

**WAŻNE**

**Instytucje zainteresowane badaniami i rozwojem Klasyfikacji (uczelnie, podmioty lecznicze), że istnieje możliwość podpisania porozumienia o współpracy w zakresie rozwijania, badania i nauczania czy też prowadzenia pilotażu Klasyfikacji ICNP®.**

ACBiR ICNP® Łódź,  
19 lutego 2016 r.

# Szkolenia specjalizacyjne

Szkolenia specjalizacyjne	Warunkiem przyjęcia - ukończone kursy	Zaliczenie badań fizykalnych obowiązkowo przed zakończeniem specjalizacji. Zwolnienie z kursu badań fizykalnych po spełnieniu jednego z niżej wymienionych warunków:
<b>PIELĘGNIARKI</b>		
Anestezjologia i intensywna terapia	RKO* i EKG*	W karcie specjalizacji uczestnika przed zaliczeniem szkolenia udokumentować uwierzytelnioną kopią posiadanie kwalifikacji w zakresie badań fizykalnych następującymi dokumentami: > dyplom uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r. lub > zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Wywiad i badanie fizykalne lub > zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment.
Chirurgia RKO* i EKG*	Geriatrya RKO* i EKG*	
Interna	RKO* i EKG* + Posiada kwalifikacje do przetaczania krwi i jej składników na mocy obowiązujących przepisów prawnych.	
Operacyjna	Opieki długoterminowej Leczenie ran dla pielęgniarek	
Opieki paliatywnej	RKO*	
Onkologia	Pediatrya RKO* i EKG*	
Psychiatria	RKO*	
Ratunkowa	RKO* + ROKN* + EKG*	
Rodzinna	RKO* + EKG*	
Ochrona zdrowia pracujących	RKO*	
<b>POŁOŻNE</b>		
Szkolenia specjalizacyjne	Warunkiem przyjęcia - ukończone kursy	Zaliczenie badań fizykalnych obowiązkowo przed zakończeniem specjalizacji. Zwolnienie z kursu badań fizykalnych po spełnieniu jednego z niżej wymienionych warunków:
Położniczo-ginekologiczna	ROKN* + Leczenie ran dla położnych	W karcie specjalizacji uczestnika przed zaliczeniem szkolenia udokumentować uwierzytelnioną kopią posiadanie kwalifikacji w zakresie badań fizykalnych następującymi dokumentami: > dyplom uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r. lub > zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Wywiad i badanie fizykalne lub > zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment.
Rodzinna	RKO* i ROKN*	
<b>PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE</b>		
Epidemiologiczne		W karcie specjalizacji uczestnika przed zaliczeniem szkolenia udokumentować uwierzytelnioną kopią posiadanie kwalifikacji w zakresie badań fizykalnych następującymi dokumentami: > dyplom uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r. lub > zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Wywiad i badanie fizykalne lub > zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment.
Neonatologiczne		

UWAGA!

\*RKO - Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

\*EKG – Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

\*ROKN - Resuscytacja oddechowo – krążeniowa noworodka

## KURSY KWALIFIKACYJNE

Kurs	Godziny ogółem	Teoria	Praktyka	warunki przyjęcia
Anestezjologia i intensywna opieka	445 h	200 h	245 h	RKO* i EKG*
Chirurgia	309 h	155 h	154 h	RKO* i EKG*
Diabetologia	338 h	170 h	168 h	nie ma
Geriatrya	305 h	180 h	125 h	Leczenie ran
Interna	391 h	160 h	231 h	RKO* i EKG*
Kardiologia	438 h	200 h	238 h	RKO* i EKG*
Nefrologia z dializoterapią	305 h	150 h	155 h	RKO *
Neonatologia	290 h	115 h	175 h	nie ma

Neurologia	360 h	160 h	200 h	RKO*
Onkologia	240 h	135 h	105 h	nie ma
Operacyjny	365 h	155 h	210 h	nie ma
Opieka długoterminowa	360 h	164 h	196 h	nie ma
Opieka paliatywna	380 h	205 h	175 h	nie ma
Pediatrya	240 h	114 h	126 h	RKO* i EKG*
Psychiatria	310 h	130 h	180 h	nie ma
Ratunkowy	407 h	225 h	182 h	RKO* i ROKN*
Rodzinny dla pielęgniarek	325h	150 h	175h	nie ma
Środowisko nauczania i wychowania	395 h	150 h	245 h	nie ma
Transplantacja	250h	117h	133h	RKO*, EKG* + aktualne zaświadczenie kursu przetaczania krwi
Ochrona zdrowia pracujących	325h	185h	140h	nie ma
<b>POŁOŻNE</b>				
Anestezjologia i intensywne opieki w położnictwie i ginekologii	377h	160h	117h	RKO* i EKG*
Operacyjny	325h	85h	240 h	nie ma
Rodzinny dla położnych	321h	160h	161h	RKO* i ROKN*
<b>PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE</b>				
Epidemiologiczny	302h	190h	112h	nie ma

## UWAGA!

\*RKO - Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

\*EKG – Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

\*ROKN - Resuscytacja oddechowo – krążeniowa noworodka

## KURSY SPECJALISTYCZNE

Kurs	Godziny ogółem	Teoria	Praktyka
Dializoterapia	165 h	75h	90h
Kompresjoterapia	110 h	75h (wykłady-40h, warsztaty-35h)	35h
Leczenie ran dla pielęgniarek	200h	80h	120h
Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową	75h	45h	30h
Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą	105h	60h	45h
Opieka pielęgniarska nad dziećmi ze schorzeniami otorynolaryngologicznymi	120h	50h	70h
Opieka nad pacjentem poddawanym procedurom diagnostycznym i terapeutycznym z użyciem otwartych źródeł promieniowania	67h	32h	35h
Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową	173h	68h	105h
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	105h	56h	49h
Podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej	85h	50h	35h
Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi	164h	74h	90h
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	80h	35h	45h
Wykonanie badania spirometrycznego	86h	36h	50h
Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego	40h	15h	25h
Wykonanie i ocena testów skórnych	45h	24h	21h
Żywność dojelitowa i pozajelitowa	200h	90h	110h

POŁOŻNE			
Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji	62h	34h (w tym 7 h warsztatów)	28h
Leczenia ran dla położnych	115h	45h	70h
Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i porodu (KTG)	90h	35h (w tym 10 h ćwiczeń)	55h
Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym	180h	44h	136h
Szczepienia ochronne dla położnych	52h	25h	27h
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE			
Eduktor w cukrzycy	160h	96h	64h
Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie	100h	15h	85h
Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CPWI)	129h	29h + ćwiczenia 75h	25h
Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów	70h	35h	35h
Podstawy języka migowego	125h	15 h teorii, 90 h ćwiczeń, 20 h konwersatorium	
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	90h	20 h teorii, 40 h ćwiczeń	30h
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka	57h	27h	30h
Terapia bólu ostrego u dorosłych	98h	28h	70h
Terapia bólu przewlekłego u dorosłych	84h	40h	44h
EKG	108h	38h	70h
Wywiad i badanie fizykalne	100h	75h	25h

## Odpowiedzialność karna

Odpowiedzialności karnej podlega ten, kto dopuścił się popełnienia przestępstwa. Przestępstwem jest czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, który jest czynem zawinionym i którego społeczna szkodliwość czynu jest wyższa niż znikoma. W doktrynie prawa podkreśla się, że współczesne prawo karne nie zna typów przestępstw, które miałyby specjalne zastosowanie w tzw. sprawach medycznych, dlatego znajdują tu zastosowanie normy stosowane w szerszym zakresie<sup>1</sup>. W szczególności można wskazać na następujące przestępstwa: nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 155 k.k.), nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci:

- 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności do płodzenia,
- 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwa-

łej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zszpecenia lub zniekształcenia ciała (art. 156 k.k.),

3) nieumyślne spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia innego, niż określone w art. 156 (art. 157 § 3 k.k.),

4) nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 3 k.k.),

5) nieudzielenie pomocy osobie znajdującej się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 162 § 1 k.k.),

6) wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 § 1 k.k.).

Nieudzielenie pomocy pacjentowi może stanowić przestępstwo wyłącznie w przypadkach, gdy pielęgniarka miała obowiązek jego udzielenia. Oko-

licznością o fundamentalnym znaczeniu dla ustalenia podstaw ewentualnej odpowiedzialności pielęgniarki za nieudzielenie świadczenia zdrowotnego jest stwierdzenie, czy w konkretnym przypadku pielęgniarka była, czy też nie była tzw. gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej w zakresie jej zdrowia i życia.

Zakres obowiązku udzielenia pomocy wynika z art. 12 ust. 1 u.z.p.p., który został omówiony w poprzednich rozdziałach. Jednocześnie przepis ten stwarza jedynie ogólny obowiązek udzielania pomocy w określonych w nim sytuacjach przez osobę mającą uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki. Jednak nie jest to przepis, który nadaje danej pielęgniarsce status gwaranta nienastąpienia skutku, status taki wynikać musi z dodatkowych, „silniejszych” niż jedynie art. 30 u.z.p.p., podstaw prawnych.

Źródłem typowym takiego statusu są umowy, określające prawne formy wykonywania zawodu. Pielęgniarka jest takim

gwarantem jedynie wtedy, gdy konkretna pielęgniarka w stosunku do konkretnego pacjenta znajduje się w szczególnej relacji prawnej polegającej na tym, iż w związku z wykonywanym zawodem w ramach zatrudnienia pracowniczego lub niepracowniczego w podmiocie leczniczym lub też w ramach cywilnoprawnej umowy z pacjentem, jest ona zobowiązana do świadczenia usług zdrowotnych pacjentom tego podmiotu leczniczego w ramach i zakresie wyznaczonym mu przez kierownictwo tego zakładu. W takich więc ramach i w takim zakresie staje się ona wobec tych pacjentów gwarantem, na którym ciąży szczególnie obowiązek prawny zapobiegania niekorzystnym skutkom zdrowotnym. Gdy taka relacja między pielęgniarką a pacjentem nie zachodzi, nie staje się ona gwarantem nienastąpienia tych skutków, jej odpowiedzialność karna zaś może mieć jedynie podstawę w art. 162 k.k. i pozostawać w przedmiotowych ramach przezeń zakreślonych.

Reasumując, zgodnie z art. 2 k.k. odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególnie obowiązek zapobiegania skutkom. Podstawowe znaczenie więc ma tu precyzyjne określenie prawnych źródeł takiego obowiązku, gdyż od tego zależy prawnokarna odpowiedzialność pielęgniarki.

### 3. Odpowiedzialność zawodowa

Odpowiedzialność zawodowa jest to odpowiedzialność prawna w tym sensie, że jej zasady szczegółowo określa obowiązujące prawo. Odpowiedzialność ta nie jest ponoszona przed sądami powszechnymi lub organami administracyjnymi państwa, lecz przepisy prawa upoważniają do jej sprawowania, specjalnie do tego powołane organy samorządowe w postaci rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sąd powołany w ramach samorządu pielęgniarek i położnych. Problematyka odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek została uregulowana kompleksowo w jednym akcie normatywnym, tj. w rozdziale 6 u.s.p.p.

Odpowiedzialności zawodowej podlegają członkowie samorządu, a ponadto także obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujący czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki na te-

rytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 36 ust. 2 u.s.p.p.).

W odróżnieniu od odpowiedzialności karnej, której podstawą jest popełnienie czynu odpowiadającego opisowi zawartemu w kodeksie karnym, podstawa odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek została bardzo ogólnie określona, bez wskazywania konkretnych zachowań kwalifikowanych jako przewinienia zawodowe. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zawodową za przewinienia zawodowe, które stanowią naruszenie przepisów prawnych, oraz takie, które są naruszeniem zasad etyki zawodowej. A zatem dla poniesienia odpowiedzialności zawodowej nie jest konieczne naruszenie przepisu obowiązującego prawa, wystarczające jest naruszenie zasad etycznych. Warto tu przypomnieć, że przepisy prawne regulujące wykonywanie zawodu znajdują się zarówno w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, jak i ustawie o działalności leczniczej oraz innych ustawach szczegółowych dotyczących różnych aspektów wykonywania zawodu przez pielęgniarkę (np. ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego). Zasadniczym źródłem zasad etycznych jest Kodeks etyki pielęgniarek i położnych (KEPP), ale nie tylko. W przypadkach nieprzewidzianych w KEPP, doszukiwać się można również reguł etycznych w dobrych praktykach przyjętych przez środowisko pielęgniarskie. Warto podkreślić, iż skoro przepis art. 36 ust. 1 u.s.p.p. stanowi, że przewinieniem zawodowym jest zachowanie polegające na naruszeniu zasad etyki zawodowej, to oznacza, że nie zawsze jest wystarczające do przyjęcia takiej odpowiedzialności naruszenie konkretnego przepisu KEPP. Aby uznać, że pielęgniarka popełniła przewinienie zawodowe, należy zbadać w każdym konkretnym przypadku, czy dany przepis KEPP lub inna podstawa odpowiedzialności ma charakter ogólnej zasady<sup>2</sup>.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie.

Może jednak być ono zawieszane do czasu ukończenia postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub postępowania w sprawie o wykroczenie.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje:

1. czynności sprawdzające, ich podjęcie ma na celu zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na pielęgniarkę (art. 38 ust. 2 u.s.p.p.);

2. postępowanie wyjaśniające, jego celem jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego - ustalenie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu pielęgniarek i położnych (art. 38 ust. 3 u.s.p.p.);

3. postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych, jego celem jest pociągnięcie do odpowiedzialności sprawcy przewinienia zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnieniu przewinienia zawodowego, także zapobieganie im oraz umocnienie poszanowania praw i zasad współżycia społecznego (art. 38 ust. 4 u.s.p.p.);

4. postępowanie wykonawcze, jego celem jest wykonanie orzeczeń zapadłych w toku postępowania przed sądem pielęgniarek i położnych (art. 38 ust. 5 u.s.p.p.).

Postępowanie wyjaśniające w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzą Okręgowi Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej oraz Naczelny Rzecznik. Rzecznik ma obowiązek wszczęcia takiego postępowania, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu w zakresie pielęgniarskiej odpowiedzialności zawodowej. Informacja taka może pochodzić m.in. od osoby pokrzywdzonej<sup>3</sup>, innej pielęgniarki, położnej, lekarza, kierownika podmiotu leczniczego, jej źródłem mogą być środki masowego przekazu. -

Rzecznik odmawia wszczęcia postępowania, jeżeli zachodzą okoliczności wyłączające postępowanie określone w art. 45 ust. 1 u.s.p.p., m.in. czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia, czyn nie stanowi przewinienia zawodowego, osoba zmarła, szkodliwość społeczna czynu jest znikoma i wówczas wydaje postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

Rzecznik prowadząc postępowanie ma obowiązek do zachowania obiektywizmu i szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik może przesłuchiwać pielęgniarkę w charakterze osoby obwinionej, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia (art. 49 u.s.p.p.). Jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na fakt popełnienia przewinienia zawodowego, rzecznik wydaje postanowienie o przedstawieniu pielęgniarce zarzutów (art. 50 u.s.p.p.), natomiast jeżeli nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania, bez konieczności uprzedniego zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami dowodowymi postępowania wyjaśniającego (art. 51 ust. 1 u.s.p.p.). Postępowanie wyjaśniające powinno być zakończone w terminie 6 miesięcy od dnia uzyskania informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego (art. 53 ust. 1 w zw. z art. 48 ust. 1 u.s.p.p.), okres ten może przedłużyć Naczelny Rzecznik, nie dłużej niż o kolejne 6 miesięcy (art. 53 ust. 2 u.s.p.p.).

Gdy zebrany w toku postępowania wyjaśniającego materiał dowodowy potwierdza zasadność zarzutów i stanowi istotną podstawę do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik zawiadamia osobę obwinioną i jej obrońcę o terminie końcowego zaznajomienia z materia-

łami postępowania wyjaśniającego wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzenia akt (art. 52 ust. 1 u.s.p.p.). Osoba obwiniona i jej obrońca muszą mieć co najmniej 14 dni na zapoznanie się z materiałem dowodowym, termin ten należy liczyć od dnia doręczenia zawiadomienia (art. 52 ust. 3 u.s.p.p.). Nieusprawiedliwione niestawiennictwo osoby obwinionej i jej obrońcy nie wstrzymuje dalszego postępowania (art. 52 ust. 4 u.s.p.p.).

Rzecznik składa sądowi pielęgniarek i położnych wnioski o ukaranie (art. 52 ust. 6 u.s.p.p.). W przeciwnym razie oraz w sytuacji, gdy w toku postępowania wystąpi któraś z przeszkód w procesowym prowadzeniu postępowania, rzecznik nie występuje z wnioskiem o ukaranie, natomiast wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego. /

Zarówno postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, jak i postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego może być zaskarżone do Naczelnego Rzecznika przez osobę pokrzywdzoną, dodatkowo na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego zażalenie mogą złożyć inne strony tego postępowania.

Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych są osoba pokrzywdzona, osoba obwiniona, czyli pielęgniarka i rzecznik odpowiedzialności zawodowej albo jego zastępca (art. 39 u.s.p.p.). W postępowaniu przed sądem rzecznik jest oskarżycielem, tzn. popiera wniosek o ukaranie (art. 35 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p.). Ma też prawo do zgłaszania wniosków dowodowych i zadawania pytań.

Pielęgniarkę, której dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, przysługuje w toku postępowania prawo do obrony oraz ustanowienia obrońcy (w każdym jego stadium). Pielęgniarka może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród pielęgniarek i położnych, adwokatów lub radców prawnych (art. 41 u.s.p.p.). Właściwy sąd pielęgniarek i położnych, na uzasadniony wniosek obwinionej pielęgniarki, ustanawia jej obrońcę z urzędu spośród pielęgniarek i położnych, adwokatów lub radców prawnych (art. 41 ust. 3 u.s.p.p.). Natomiast w sytuacji gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do

poczytalności pielęgniarki, której postępowanie dotyczy, sąd wyznacza pielęgniarkę obrońcę z urzędu (art. 41 ust. 4 u.s.p.p.). Udział obrońcy nie ogranicza prawa pielęgniarki do składania wyjaśnień, wniosków dowodowych, zadawania pytań świadkom i biegłym, składania środków zaskarżenia. Ma również prawo do odmowy złożenia wyjaśnień oraz odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, podobnie jak i w postępowaniu karnym, ciężar udowodnienia pielęgniarkę winy spoczywa na rzeczniku (zasada domniemania niewinności), a wszelkie niedające się usunąć wątpliwości powinny być interpretowane na korzyść obwinionej pielęgniarki (zasada *in dubio pro reo*).

Pokrzywdzony w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest uprawniony do zgłaszania wniosków dowodowych, wnoszenia środków zaskarżenia na postanowienia rzecznika o odmowie postępowania i jego umorzenia, wniesienia odwołania od orzeczenia sądu pielęgniarek i położnych oraz do przeglądania akt sprawy, nieobjętych tajemnicą zawodową.

Sądy pielęgniarek i położnych składają się z pielęgniarek i położnych wybranych przez okręgowe i krajowy zjazd pielęgniarek i położnych. Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej rozpoznają okręgowe sądy pielęgniarek i położnych (w składzie trzyosobowym) i Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych (w składzie pięciosobowym). Postępowanie przed sądami pielęgniarek i położnych jest dwuinstancyjne. Właściwy do rozpoznania sprawy w pierwszej instancji, z zasady<sup>4</sup> jest okręgowy sąd pielęgniarek i położnych, której obwiniona pielęgniarka jest członkiem w chwili wszczęcia postępowania. W przypadku obywatela państwa członkowskiego UE wykonującego czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej właściwym do rozpoznawania spraw pierwszej instancji jest okręgowy sąd izby, na której obszarze miało miejsce przewinienie zawodowe (art. 55 ust. 1 i 2 u.s.p.p.).

Sąd pielęgniarek i położnych jest obowiązany dążyć do wszechstronnego zbadania wszelkich istotnych okoliczności sprawy. Może z urzędu dopuszczać

wszelkie uznane za potrzebne dowody, wzywać i przesłuchiwać świadków, biegłych i specjalistów (art. 42 ust. 1 u.s.p.p.).

Rozprawa przed sądem pielęgniarek i położnych jest jawna (art. 56 ust. 1 u.s.p.p.). Wyłączenie jawności następuje, gdy jawność mogłaby naruszać tajemnicę zawodową, wywoływać zakłócenie spokoju lub porządku publicznego, obrażać dobre obyczaje, ujawnić okoliczności ważne dla interesu państwa oraz naruszać ważny interes prywatny. Z wnioskiem o wyłączenie jawności może także wystąpić pokrzywdzony (art. 56 ust. 2 i 3 u.s.p.p.).

Warunkiem odpowiedzialności za przewinienie zawodowe, podobnie jak w odpowiedzialności karnej, jest przypisanie pielęgniarcie winy. Przesłanką jej ustalenia jest wykazanie, że pielęgniarka działała w zamiarze popełnienia przewinienia zawodowego (tzn. chciała je popełnić albo przewidując taką możliwość godziła się na to) albo, co zdarza się najczęściej, że nie mając zamiaru popełnienia przewinienia zawodowego, nie zachowała należytej ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, w warunkach gdy możliwość popełnienia czynu niezgodnego z prawem lub zasadami etyki zawodowej przewidywała lub przynajmniej mogła przewidzieć (art. 9 k.k.). Jednocześnie nie można uznać pielęgniarki za winną, jeżeli w konkretnej sytuacji nie można było wymagać od niej zachowania się zgodnego z prawem lub zasadami etyki zawodowej. W tym ostatnim przypadku chodzi o sytuacje, gdy pielęgniarka w chwili czynu była niepoczytalna, nie miała możliwości rozpoznania bezprawności czynu lub jego sprzeczności z zasadami etyki zawodowej (art. 59 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p.).

Sąd pielęgniarek i położnych może umorzyć postępowanie, może także wydać orzeczenie uniewinniające obwinioną pielęgniarkę (art. 59 ust. 1 u.s.p.p.) lub wydaje orzeczenie, w którym wymierza karę (art. 60 u.s.p.p.).

Sąd pielęgniarek i położnych wymierza karę, biorąc pod uwagę stopień winy, naruszenie zasad etyki zawodowej, naruszenie przepisów prawa w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki, skutki czynu oraz zachowania się obwinionej pielęgniarki przed popełnieniem i po

popełnieniu przestępstwa. Orzeczenie sądu pielęgniarek i położnych zawiera m.in. opis zarzucanego czynu, rozstrzygnięcie co do winy i w razie jej uznania dokładne określenie przewinienia zawodowego przypisanego pielęgniarcie oraz rozstrzygnięcie co do kary (art. 66 ust. 1 u.s.p.p.). Każde orzeczenie musi być uzasadnione. Uzasadnienie powinno zawierać wskazania, jakie fakty sąd pielęgniarek i położnych uznał za udowodnione lub nieudowodnione, na jakich w tej mierze oparł się dowodach i dlaczego nie uznał dowodów przeciwnych, wskazanie podstawy prawnej orzeczenia oraz przytoczenie okoliczności, które sąd miał na względzie przy wymiarze kary (art. 66 ust. 1 i 2 u.s.p.p.).

Katalog kar określa ustawodawca (art. 60 u.s.p.p.), sąd może orzec m.in. następujące kary:

1) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat;

2) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od jednego roku do pięciu lat;

3) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Powyższe kary mają istotny wpływ na możliwość wykonywania zawodu pielęgniarki. Orzekając karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, sąd pielęgniarek i położnych musi określić szczegółowo czynności, których pielęgniarka nie może wykonywać. Sąd pielęgniarek i położnych, orzekając karę w postaci ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu, może dodatkowo orzec zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu orzeka się w miesiącach i latach. Bieg kary rozpoczyna się z dniem uprawomocnienia się orzeczenia. Pozbawienie prawa wykonywania zawodu oznacza w praktyce zupełny brak możliwości legalnego wykonywania zawodu pielęgniarki także w każdej z możliwych ustawowych form wykonywania zawodu (zatrudnienie pracownice, zatrudnienie niepracownicz, własna praktyka zawodowa). Pielęgniarka, wobec której została orzeczona kara pozbawienia wykonywania zawodu, może ubiegać się ponownie o uzyskanie tego

prawa po upływie dziesięciu lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia, w którym wymierzona została kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Prawomocne ukaranie karami zawieszenia prawa wykonywania zawodu i jego pozbawienie stanowi podstawę do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo umowy cywilnoprawnej, na podstawie której pielęgniarka wykonuje zawód.

Rzecznikowi, pokrzywdzonemu i obwinionej pielęgniarcie przysługuje prawo odwołania się od orzeczenia sądu pielęgniarek i położnych w terminie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem do Naczelnego Sądu (art. 68 u.s.p.p.). Naczelny Sąd może utrzymać w mocy, uchylić albo zmienić orzeczenie okręgowego sądu (art. 70 u.s.p.p.). Orzeczenia Naczelnego Sądu kończące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są prawomocne z chwilą ogłoszenia. Uzasadnienie takiego orzeczenia doręcza się stronom wraz z pisemnym uzasadnieniem w terminie 2 miesięcy od dnia jego ogłoszenia (art. 72 u.s.p.p.). Od prawomocnego orzeczenia, w warunkach i na zasadach określonych w ustawie, można wnieść kasację (art. 73 u.s.p.p.) lub wznowić postępowanie (art. 74-80 u.s.p.p.).

Rejestr ukaranych pielęgniarek prowadzi Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Rejestr jest jawny dla osób, które wykażą interes prawny.

#### 4. Odpowiedzialność pracownicza

Odpowiedzialność pracownicza dotyczy tylko tych pielęgniarek, które wykonują zawód na podstawie stosunku pracy, w ramach umowy o pracę. Odpowiedzialność pracownicza polega na ponoszeniu przez pracownika wobec pracodawcy konsekwencji materialnych i osobistych z powodu naruszenia obowiązków pracowniczych<sup>5</sup>.

##### 4.1. Odpowiedzialność porządkowa

Istota odpowiedzialności porządkowej polega na stosowaniu wobec pracownika sankcji typu represyjnego, tj. kar za naruszenie obowiązków pracowniczych. Pociągnięcie pracownika do odpowiedzialności porządkowej jest dopuszczalne w razie popełnienia przez niego przekroczenia porządkowego określonego



w kodeksie pracy. Naruszenie obowiązków obejmuje różnorodne zachowania określone bliżej w art. 108 k.p. Dotyczy to w szczególności nieprzestrzegania przez pracownika ustalonej organizacji i porządku pracy, przepisów bhp oraz przepisów przeciwpożarowych, a także przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy, trzeźwości w pracy. Odpowiedzialność ta ma charakter normatywny, a jej źródłem jest wola ustawodawcy wyrażona w kodeksie pracy w sposób bezwzględnie obowiązujący, co powoduje, że niemożliwe jest umowne ograniczenie, rozszerzenie bądź wyłączenie tej odpowiedzialności.

Do pociągnięcia pracownika do odpowiedzialności porządkowej nie wystarcza sama obiektywna bezprawność zachowania pracownika, lecz konieczne jest ustalenie, że zachowanie pracownika (działanie lub zaniechanie) było nagane ze względu na towarzyszące okoliczności subiektywne po stronie pracownika (umyślność, niedbalstwo)<sup>6</sup>.

W art. 108 k.p. jest przewidziany następujący katalog kar porządkowych: niemajątkowe tj. kara upomnienia i kara nagany oraz majątkowa, tj. kara pieniężna. Jest to katalog wyczerpujący. Ustawodawca nie narzuca pracodawcy kolejności nakładania kar porządkowych, lecz daje możliwość wyboru, z pewnymi jednakże zastrzeżeniami. Pracownik może być ukarany karą upomnienia lub nagany za każde przewinienie porządkowe. Natomiast karę pieniężną można nałożyć jedynie w enumeratywnie wyliczonych w kodeksie pracy przypadkach tj. nieprzestrzeganie przepisów bhp lub przeciwpożarowych, opuszczenie pracy bez usprawiedliwienia bądź nietrzeźwość lub spożywanie alkoholu w czasie pracy (art. 108 § 2 k.p.).

Przy stosowaniu kary pracodawca powinien wziąć pod uwagę rodzaj naruszenia obowiązków przez pracownika, stopień jego winy (umyślnej i nieumyślnej), jak i jego dotychczasowy stosunek do pracy. Wymiar kary pieniężnej za jedno przekroczenie, jak i za każdy dzień nieusprawiedliwionej nieobecności, nie może przewyższyć jednodniowego wynagrodzenia pracownika. Kary pieniężne za przekroczenie popełnio-

ne przez pracownika w okresie, za który pracodawca dokonuje wypłaty wynagrodzenia, nie mogą przewyższać łącznie dziesiątej części wynagrodzenia przypadającego pracownikowi za ten okres do wypłaty, po dokonaniu innych dopuszczalnych potrąceń przewidzianych w art. 87 § 1 pkt 1-3 k.p.

Wymierzenie kary porządkowej należy do pracodawcy. Kara nie może być zastosowana po upływie 2 tygodni od powzięcia wiadomości o naruszeniu obowiązku pracowniczego oraz po upływie 3 miesięcy od dopuszczenia się tego naruszenia. Zastosowanie kary może nastąpić dopiero po uprzednim wysłuchaniu pracownika. Jeśli z powodu nieobecności w zakładzie pracy pracownik nie może być wysłuchany, bieg dwutygodniowego terminu nie rozpoczyna się, a rozpoczęty ulega zawieszeniu do dnia stawienia się pracownika do pracy.

O zastosowanej karze pracodawca zawiadamia pracownika na piśmie, wskazując rodzaj i datę naruszenia obowiązków pracowniczych oraz informując o możliwości i terminie zgłoszenia sprzeciwu. Odpis zawiadomienia o ukaraniu składa się do akt osobowych pracownika.

Uchylenie kary wymierzonej bezzasadnie następuje w specjalnym, wewnątrzzakładowym trybie odwoławczym, który toczy się przed pracodawcą na skutek złożonego przez pracownika sprzeciwu od ukarania. Pracownik może wnieść taki sprzeciw w dowolnej formie w terminie 7 dni od dnia zawiadomienia o ukaraniu. Decyzja o uwzględnieniu lub odrzuceniu sprzeciwu należy do pracodawcy, ewentualnie po rozpatrzeniu stanowiska organizacji związkowej (art. 112 § 1 k.p.). Nieodrzućenie sprzeciwu w ciągu 14 dni jest równoznaczne z jego uchyleniem kary.

Natomiast w sytuacji nieuwzględnienia sprzeciwu pracownika może on w ciągu 14 dni od zawiadomienia o tym fakcie wystąpić do sądu pracy o uchylenie zastosowanej wobec niego kary. Jeżeli sąd uzna, iż zastosowanie kary nastąpiło z naruszeniem przepisów prawa (przede wszystkim brak było naruszenia obowiązków pracowniczych lub winy pracownika), to orzeka o uchyleniu kary.

W razie uwzględnienia sprzeciwu pracownika przez pracodawcę lub uchylenia

tej kary przez sąd, kara staje się niebyłą, a wszelkie wzmianki o ukaraniu należy usunąć z akt pracownika. W przypadku kary pieniężnej pracodawca jest zobowiązany zwrócić pracownikowi równowartość tej kary (art. 112 § 3 k.p.).

Zatarcie kary następuje rok po nienaganej pracy, kiedy to zgodnie z art. 113 § 1 k.p., uważa się ją za niebyłą, a odpis zawiadomienia o ukaraniu usuwa się z akt osobowych pracownika. W terminie wcześniejszym kara może być uznana za niebyłą na podstawie decyzji pracodawcy.

#### 4.2. Odpowiedzialność materialna

Odpowiedzialność materialna polega na ponoszeniu przez pracownika ujemnych skutków majątkowych z powodu wyrządzenia szkody w mieniu pracodawcy, wskutek zawinionego naruszenia obowiązków pracowniczych (art. 114-127 k.p.). Odpowiedzialność materialną może również ponieść pracownik, który naruszył zakaz konkurencji (art. 1011 § 2 k.p.)<sup>8</sup>. Jest to odpowiedzialność osobista wyrażająca się w obowiązku zapłaty odszkodowania pieniężnego. Kodeks pracy rozróżnia odpowiedzialność „za szkodę wyrządzoną pracodawcy” i „za mienie powierzone”<sup>7</sup> z obowiązkiem zwrotu albo do wyliczenia się. Odpowiedzialność materialna nie obejmuje odpowiedzialności osoby, która - przy okazji wykonywania obowiązków pracowniczych - narusza inne obowiązki nieobjęte treścią stosunku pracy, lecz mające charakter powszechny<sup>8</sup>. Dalsze uwagi poświęcone są odpowiedzialności pielęgniarki pozostającej w stosunku pracy za szkody wyrządzone pracodawcy, przy wykonywaniu powierzonych pracownikowi zadań ze stosunku pracy.

Przesłankami tej odpowiedzialności są: szkoda, bezprawność (niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków pracowniczych), wina oraz związek przyczynowy między zawinionym działaniem lub zaniechaniem a szkodą. Do powstania odpowiedzialności materialnej konieczne jest łączne wystąpienie wszystkich wskazanych przesłanek<sup>9</sup>.

Źródłem obowiązków pracowniczych są przede wszystkim przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, przepisy prawa pracy, a także zasady współżycia społecznego<sup>10</sup>. Pielęgniarka jako

pracownik ma obowiązek świadczenia pracy, sprowadzający się do powinności wykonywania pracy zgodnie z przyjętymi w tej materii odpowiednimi przepisami, jak i pozostawania w gotowości do świadczenia pracy sumiennie i starannie. Jeśli niewykonywanie lub wykonywanie nienależycie obowiązków pracowniczych spowodowało szkodę, pielęgniarka jest obowiązana do jej naprawienia, pod warunkiem że owo niewykonanie lub nienależyte wykonanie nastąpiło z winy pielęgniarki (pracownika). Zobowiązanie pracownika do naprawienia szkody powstaje w przypadku uchybienia każdemu z jego obowiązków, a nie tylko obowiązkowi podstawowemu<sup>11</sup>. Pracownik ponosi odpowiedzialność za własną winę, w tym także za czyn w przypadku zaniechania nadzoru nad innymi pracownikami. W ramach materialnej odpowiedzialności pracowniczey istotne znaczenie ma rozróżnienie między winą umyślną a nieumyślną. Za szkodę powstałą w majątku pracodawcy z winy umyślnej pracownik odpowiada w pełnej wysokości, a za szkodę wyrządzoną nieumyślnie - w stopniu ograniczonym. Kodeks pracy nie określa na czym polega umyślność i nieumyślność zachowania powodującego szkodę.

Na pracodawcy spoczywa ciężar dowodu winy pracownika jako przesłanki odpowiedzialności za szkody na zasadach ogólnych, (art. 116 k.p.)<sup>12</sup>. Wykazanie pracownikowi winy polega na udowodnieniu faktów świadczących o tym, że pracownik chciał szkodę wywołać bądź godził się z następstwami swego zachowania albo lekkomyślnie przypuszczał, że ich uniknie, bądź skutku w postaci szkody nie przewidywał, choć mógł i powinien.

Szkoda wyrządzona przez pielęgniarkę musi mieć źródło w naruszeniu obowiązków pracowniczych. Szkoda oznacza uszczerbek w majątku pracodawcy, który nie nastąpiłby, gdyby pracownik wykonał należycie swe obowiązki. Rozmiar tego uszczerbku określa się, porównując aktualny stan majątkowy z tym, jaki istniałby, gdyby pracownik nie dopuścił się naruszenia obowiązków pracowniczych. Ustalona w ten sposób różnica stanowi szkodę wyrządzoną przez pracownika. Kolejną przesłanką odpowiedzialności materialnej pracodaw-

cy jest związek przyczynowy (art. 115 k.p.). Pracownik odpowiada tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynika szkoda. Przy ustalaniu związku przyczynowego mogą mieć zastosowanie w/w rozważania z zakresu prawa cywilnego. Ustalenie związku przyczynowego między zachowaniem pracownika a powstałą szkodą nastęrcza trudności w przypadkach, gdy szkoda jest następstwem zachowań jeszcze innych osób bądź gdy poszkodowany pracodawca przyczynił się do powstania szkody. Przyczynienie się pracodawcy lub innej osoby do powstania albo zwiększenia szkody stanowi okoliczność wyłączającą odpowiedzialność pracownika za szkodę w takim zakresie, w jakim to przyczynienie się miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody (art. 117 k.p.)<sup>13</sup>.

Podstawowym sposobem naprawienia szkody jest odszkodowanie pieniężne. Przy winie nieumyślnej odpowiedzialność pielęgniarki (pracownika) została z jednej strony ograniczona do odpowiedzialności za rzeczywistą stratę, jakiej doznał pracodawca, z drugiej zaś - do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego w dacie powstania szkody, a więc wtedy, gdy roszczenie o jej naprawienie stało się wymagalne (art. 119 k.p.). Do naprawienia szkody w pełnej wysokości (przewyższającej wspomnianą kwotę) pracownik jest zobowiązany tylko wtedy, gdy umyślnie wyrządził pracodawcy szkodę (art. 122 k.p.). Wysokość odszkodowania może być zmniejszona, gdy naprawienie szkody następuje na podstawie ugody (pozasądowej) między pracodawcą a pracownikiem lub na podstawie orzeczenia sądowego lub ugody sądowej, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, a w szczególności stopnia winy pracownika i jego stosunku do obowiązków pracowniczych (art. 121 k.p.)<sup>14</sup>.

Szczególną postacią pracowniczey odpowiedzialności materialnej jest odpowiedzialność, jaką ponosi pielęgniarka (pracownik) wobec pracodawcy za szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych (a nie przy okazji wykonywania) osobie trzeciej. Osobą trzecią w tym znaczeniu jest przede wszystkim pacjent lub osoba pośrednio poszkodowana w związku ze śmier-

cią pacjenta, ale może nią być również inny pracownik tego samego podmiotu leczniczego co sprawca szkody. W takim przypadku, na podstawie art. 120 k.p., obowiązany do naprawienia szkody osobie trzeciej jest wyłącznie pracodawca. Oznacza to, że pracownik nie ponosi osobistej odpowiedzialności wobec osoby trzeciej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych<sup>15</sup>. Natomiast wobec pracodawcy, który tę szkodę naprawił, pracownik ponosi odpowiedzialność (regresową). W szczególności pielęgniarka odpowiada wówczas za szkody wyrządzone osobie trzeciej na zasadzie winy tak samo, jak za szkodę wyrządzoną bezpośrednio samemu pracodawcy wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych. Kodeks pracy nie normuje podstaw odpowiedzialności pracodawcy wobec osoby trzeciej. Dlatego w tym przypadku pielęgniarka (pracownik) ponosi bezpośrednio odpowiedzialność cywilną wobec osoby trzeciej za spowodowaną szkodę.

Dla odpowiedzialności pracodawcy wobec osoby trzeciej nie będzie miało zatem znaczenia, czy wyrządzenie szkody przez pielęgniarkę nastąpiło z winy umyślnej, czy nieumyślnej. Stopień winy będzie miał natomiast znaczenie przy ustalaniu odpowiedzialności regresowej pielęgniarki (pracownika) wobec pracodawcy (podmiotu leczniczego).

Reasumując należy podkreślić, iż odpowiedzialność materialna pielęgniarki, jak każdego pracownika, kształtuje się pod rządami kodeksu pracy tylko w granicach jej zawinienia, przy czym niezbędną przesłanką uzasadniającą odpowiedzialność materialną jest wykazanie, że na skutek zawinionych przezeń zaniechań w zakresie należytego wykonania obowiązków pracowniczych zakład pracy (podmiot leczniczy) ponosi szkodę.

## 5. Podsumowanie

W sytuacji, w której podmioty lecznicze uzyskały w obecnym stanie prawnym stosunkowo łatwą możliwość zwalniania się od odpowiedzialności cywilnej wobec pacjentów lub też ograniczenia jej zakresu, bezpośrednia i pełna odpowiedzialność cywilna pielęgniarki wykonującej praktykę zawodową w podmiocie leczniczym na podstawie innego

stosunku prawnego niż stosunek pracy, stała się faktem (art. 33 u.dz.l.). Dlatego podstawowym postulatem jest szerokie ubezpieczenie się pielęgniarek od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone pacjentowi. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej jest rodzajem gwarancji bezpieczeństwa majątkowego pielęgniarek, w przypadku gdy szkody wyrządzone pacjentom w procesie czynności pielęgniarskich są wynikiem winy nieumyślnej.

Odpowiedzialność materialna pielęgniarek jako pracowników za szkody wyrządzone podmiotowi leczniczemu będące następstwem działania lub zaniechania pracownika w ramach obowiązków, wynikających z łączącego strony stosunku pracy, jest zdecydowanie korzystniejsza od zasad odpowiedzialności cywilnej odnośnie do pielęgniarek, dla których podstawą wykonywania zawodu jest kontrakt cywilnoprawny<sup>16</sup>.

*Przedruk „Prawo medyczne dla pielęgniarek”  
Dorota Karkowska,  
Warszawa 2013, Cd.*

1. Z. Banaszczyk, M. Barzycka-Banaszczyk, M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, *Odpowiedzialność lekarza - jej rodzaje i podstawy (w:) Prawo medyczne*, L. Kubicki (red.), Wrocław 2003, s. 161 i n.

2. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa (w:) Prawo medyczne*, L. Kubicki (red.), s. 182.

3. Pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe (art. 40 ust. 1 u.s.p.p.).

4. Wyjątkowo w przypadkach określonych w art. 55 ust. 4 u.s.p.p. właściwy do orzekania w I instancji jest Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych.

5. L. Florek, *Prawo pracy*, 12. wyd., s. 212.

6. Z. Góral, *Odpowiedzialność porządkowa pracowników w świetle najnowszego orzecznictwa sądowego*, PiZS 2002, nr 11, s. 32-34.

7. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2005 r., IIPK191/04, OSNP 2005, nr 20, poz. 313.

8. F. Małysz, *Odpowiedzialność materialna pracowników za szkody w mieniu powierzonym*, PiZS 1999, nr 7-8, s. 28-34. sos Wyrok SN z dnia 5 maja 1998 r., I CKwñf/97, LEX nr 34023.

9. D. Klucz, *Odpowiedzialność majątkowa pracownika w warunkach gospodarki rynkowej*, PiZS 2001, nr 11, s. 38.

10. Natomiast J. Jończyk wskazuje, że obowiązki zawodowe i obowiązki pracownicze to różne kategorie prawne, ale istnieje między nimi określona relacja. Jest to odrębne zagadnienie, które wykracza poza zakres opracowania. Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym, *Przegląd Sądowy* z dnia 3 września 2003 r., s. 38.

11. Wyrok SN z dnia 5 maja 1999 r., IPKN 680/98, OSNP 2000, nr 13, poz. 513.

12. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 marca 2007 r., III APA 2/07, LEX nr 296791.

13. Wyrok SN z dnia 25 listopada 1976 r., IV PR 360/76, LEX nr 14341.

14. Wyrok SN z dnia 8 grudnia 1976 r., IV PR 285/76, Legalis.

15. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 listopada 1999 r., I ACa 750/99, OSA 2001, z. 1, poz. 6.

16. H. Kasińska, *Glosa do wyroku SN z dnia 28 maja 1976 r.*, IV PR 49/76, LEX nr 14311.

## Wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej w świetle opinii prawnych

Opieka pielęgniarska i położnicza stanowią integralną część opieki zdrowotnej, a sama pielęgniarka lub położna jest członkiem zespołu specjalistów (pracowników medycznych) działających na rzecz zdrowia pacjenta. W obrębie tego zespołu realizuje zadania związane między innymi z udziałem w diagnostyce, leczeniu, pielęgowaniu, rehabilitacją pacjentów. Wykonuje zadania zlecone przez lekarza oraz realizuje działania pielęgniarskie i położnicze określone przez siebie i wynikające z aktualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta. Szereg czynności pielęgniarka wykonuje samodzielnie, opierając się na posiadanych kwalifikacjach, wiedzy, doświadczeniu oraz aktualnych przepisach prawnych. Wykonywanie świadczeń wymaga od pielęgniarek i położnych wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności oraz stałego podnoszenia

kwalifikacji zawodowych. Doskonalenie zawodowe powinno zapewnić uzupełnienie wiedzy zawodowej pielęgniarek i położnych zgodnie z rozwojem nauki o pielęgowaniu i nauk pokrewnych mających na nią wpływ.<sup>1</sup>

W poniższej części opracowania prezentujemy opinie wydawane pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód w różnych podmiotach leczniczych i formach zatrudnienia.

### **KSZTAŁCENIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

#### **Kształcenie Przeddyplomowe**

Informacja na temat przeciwwskazań psychofizycznych kandydatów na studia wyższe na kierunku pielęgniarstwo

Nie istnieją akty prawne regulujące przedmiotowe zagadnienie. Natomiast

w opracowanym przez Krajowy Urząd Pracy i Centrum Metodyczne Informacji i Poradnictwa Zawodowego „Podręcznik oceny zawodów z punktu widzenia różnych rodzajów niepełnosprawności”, PPH Demon, Gdańsk 2000, opisano przeciwwskazania psychofizyczne dla każdego z wyodrębnionych zawodów, w tym zawodu pielęgniarki.

Według autorów „przeciwwskazaniem psychofizycznym do wykonywania zawodu nazywa się każde znaczące obniżenie poziomu funkcjonowania sfery ekspresji psychofizycznej uniemożliwiającej właściwe i bezpieczne dla człowieka wykonywanie zawodu”. Zdaniem autorów „patrząc na człowieka jako na podmiot wykonujący pracę i traktując go jako złożony system, możemy spróbować wyróżnić kilka sfer, których prawidłowe funkcjonowanie warunkuje właściwe i bezpieczne wy-

konywanie pracy - czyli prawidłowe spełnienie stawianych przed nim wymagań. Sfery te proponujemy wyróżnić ze względu na to czym człowiek pracuje oraz ze względu na przyjęty funkcjonalny podział układów psychofizjologii człowieka. Dla podkreślenia charakteru wyodrębnionych sfer proponujemy zastosowanie terminu: sfery ekspresji psychofizycznej człowieka." Biorąc pod uwagę powyższe założenia zaproponowano następujący katalog sfer ekspresji psychofizycznej.

- I. Sprawność kończyn dolnych:
- II. Sprawność kończyn górnych:
  - 1 - zręczność rąk
  - 2 - zręczność palców
- III. Sprawność narządów zmysłów
  - 1 - słuch
  - 2 - wzrok
  - 3 - węch
  - 4 - smak
  - 5 - równowaga
- IV. Sprawności sensomotoryczne
  - 1 - rozróżnianie barw
  - 2 - widzenie stereoskopowe
  - 3 - koordynacja wzrokowo-ruchowa
  - 4 - percepcja kształtów
- V. Sprawność układów fizjologii
  - 1 - krążenia
  - 2 - oddechowy
  - 3 - nerwowy
  - 4 - trawienny
  - 5 - mięśniowy
  - 6 - kostno-stawowy
- VI. Sprawności psychiczne
  - 1 - upośledzenie umysłowe
  - 2 - zaburzenia psychiki
- VII. Cechy ogólne
  - 1 - budowa ciała
  - 2 - ogólna wydolność fizyczna
  - 3 - sprawność ekspresji werbalnej
- VIII. Inne czynniki
  - 1 - nosicielstwo chorób zakaźnych
  - 2 - zniekształcenia, problemy z wyglądem.

Dla zawodu pielęgniarki wyodrębniono następujące przeciwwskazania do wykonywania zawodu:

- I. Sprawność kończyn dolnych:
  - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia
- II. Sprawność kończyn górnych:
  - 1 - zręczność rąk - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia
  - 2 - zręczność palców - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia
- III. Sprawność narządów zmysłów

- 1 - słuch - zaburzenia dużego stopnia
- 2 - wzrok - zaburzenia dużego stopnia
- 3 - węch - zaburzenia dużego stopnia
- 4 - równowaga - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia

IV. Sprawności sensomotoryczne

- 1 - rozróżnianie barw - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia
- 2 - koordynacja wzrokowo-ruchowa - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia
- 3 - percepcja kształtów - zaburzenia dużego stopnia

V. Sprawność układów fizjologicznych

- 1 - krążenia - zaburzenia dużego stopnia
- 2 - oddechowego - zaburzenia dużego stopnia
- 3 - nerwowego - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia
- 4 - mięśniowego - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia
- 5 - kostno-stawowego - zaburzenia niewielkiego i dużego stopnia

VI. Sprawności psychiczne

- 1 - upośledzenie umysłowe - umiarkowane, lekkie
- 2 - zaburzenia psychiki
- 3 - zaburzenia nerwicowe - tak

VII. Cechy ogólne

- 1 - ogólna wydolność fizyczna - niska
- 2 - sprawność ekspresji werbalnej - niska

VIII. Inne czynniki

- 1 - nosicielstwo chorób zakaźnych - tak
- 2 - zniekształcenia, problemy z wyglądem - tak.

Ponadto w „Przewodniku po zawodach” - Tom II, opracowanym przez Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Socjalnej, Warszawa 2003, - są zamieszczone informacje o zawodach, w tym zadania wykonywane, środowisko pracy, wymagania psychologiczne, wymagania fizyczne i zdrowotne, warunki podjęcia pracy w zawodzie, możliwość awansu. Powyższe informacje są kierowane do osób, które zastanawiają się nad wyborem lub zmianą zawodu.

W rozdziale VI: Ochrona zdrowia, w części VI.B., są opisane wymagania fizyczne i zdrowotne w brzmieniu: „Pracę pielęgniarki ogólnie zalicza się do prac średnio-ciężkich. Niezbędna jest jednakże sprawność fizyczna układu stawowego i mięśniowego. Bardzo pożądaną cechą jest zdolność koordynacji wzrokowo-ruchowej, oraz dobry słuch i węch w celu

przewodzenia wnikliwej obserwacji. Najważniejszymi przeciwwskazaniami uniemożliwiającymi pracę w tym zawodzie są choroby powodujące utratę świadomości (np. epilepsja, cukrzyca), niesprawność narządów wewnętrznych (tj. zaburzenia dużego stopnia - układu krążenia, układu nerwowego, równowagi), niesprawność narządu wzroku nie dająca się skorygować okularami, nosicielstwo chorób zakaźnych oraz pasożytniczych, choroby psychiczne, niesprawność narządów ruchu głównie kończyn górnych oraz uzależnienie od alkoholu, leków i narkotyków". Za sprawnością psychofizyczną kandydata na studia pielęgniarstwo przemawia także fakt, iż student, aby otrzymać dyplom licencjata pielęgniarstwa musi w toku studiów odbyć nie mniej niż 4720 godzin kształcenia zawodowego, zgodnie z rozporządzeniem 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).

Wśród wskazanych 4.720 godzin - 2.300 godzin, to kształcenie praktyczne, na które składają się zajęcia praktyczne oraz praktyki zawodowe.

Studia zawodowe na kierunku pielęgniarstwo powinny przygotować absolwenta do samodzielnego pełnienia roli zawodowej. W cytowanym rozporządzeniu wskazuje się, że absolwent w zakresie umiejętności potrafi: korzystać z aktualnej wiedzy dla zapewnienia bezpieczeństwa i wysokiego poziomu opieki, udzielać świadczeń w zakresie promowania, zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom, sprawować całościową i zindywidualizowaną opiekę nad pacjentem niepełnosprawnym i umierającym, samodzielnie wykonywać zawód, zgodnie z zasadami etyki ogólnej i zawodowej oraz holistycznego podejścia do pacjenta, uwzględniającego poszanowanie i respektowanie jego praw, organizować pracę własną; nawiązywać współpracę w zespołach opieki zdrowotnej oraz inicjować i wspierać działania społeczności lokalnej na rzecz zdrowia.

Reasumując: kandydaci na studia na kierunku pielęgniarstwo powinni spełniać określone warunki sprawności psychofizycznej, aby mogli odbyć w toku

kształcenia przewidzianą liczbę godzin dydaktycznych, warunkujących przygotowanie absolwenta do samodzielnego wykonywania zawodu pielęgniarki, polegającego m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji pielęgniarki. Ponadto prawidłowa weryfikacja cech psychofizycznych kandydata na studenta studiów pielęgniarskich, już na etapie kwalifikacji, zaoszczędzi mu późniejszych rozczarowań i czasu przeznaczanego na naukę na nieodpowiednim kierunku.

Informacja w sprawie możliwości uzyskania dofinansowania do studiów pomostowych.

Zgodnie z przepisem art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2014r. poz. 1435 ze zm.) pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Na podstawie przepisów art. 2 ust. 4 z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) jednostkami organizacyjnymi samorządu posiadającymi osobowość prawną są Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, zwana dalej „Naczelną Izba” oraz okręgowe izby pielęgniarek i położnych, zwane dalej „okręgowymi izbami”.

Zgodnie z art. 2% ust. 1 ww. ustawy okręgowy zjazd odbywa się raz w roku i jest zwoływany przez okręgową radę. Art. 30 pkt 1 przedmiotowej ustawy stanowi, że Okręgowy zjazd, w drodze uchwały ustala zasady gospodarki finansowej izby oraz uchwała roczny budżet;

Przepisy powyższe określają duży zakres autonomii zarówno organizacyjnej jak i finansowej okręgowych izb.

Autonomia prowadzenia gospodarki finansowej oznacza, że okręgowe izby są uprawnione do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących sposobów wydatkowania posiadanych środków finansowych, które mogą ale nie muszą być przeznaczone na dofinansowanie kształcenia. Podstawą ubiegania się o dofinansowanie do kształcenia zarówno podyplomowego jak i przeddyplomowego jest regulamin wewnętrzny izby, w myśl którego studia pomostowe mogą być objęte refundacją ze środków danej izby. Jed-

nakże izba nie jest zobligowana prawnie do uchwalenia takich przepisów. Niestety, jeżeli regulamin lub inne przepisy wewnętrzne okręgowej izby, właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu nie zawierają zapisów, które stanowiłyby o możliwości refundacji kształcenia ze środków izby, nie można ubiegać się o dofinansowanie. Jednakże istnieje możliwość zwrócenia się z prośbą do okręgowej izby o ewentualną próbę zmiany regulaminu w ten sposób, aby zawierał regulacje dotyczące dofinansowania kształcenia w zakresie studiów pomostowych.

### **Zasady uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki w Polsce.**

W Polsce pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej. Szkołami pielęgniarskimi są szkoły prowadzące kształcenie w zawodzie pielęgniarki. Uzyskanie odpowiednich kwalifikacji jest jednym z niezbędnych warunków do uzyskania prawa wykonywania zawodu. 1 Zgodnie z art. 52 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.) szkołami pielęgniarskimi są uczelnie prowadzące kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie:

1. studiów pierwszego stopnia,
2. studiów drugiego stopnia.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej zawiera również regulacje dotyczące wymiaru zajęć w szkole wyższej prowadzącej studia wyższe zawodowe (pierwszego stopnia). W tego rodzaju szkole pielęgniarskiej studia powinny trwać co najmniej 3 lata i obejmować co najmniej 4.600 godzin kształcenia zawodowego, w tym kształcenie kliniczne stanowi co najmniej jedną drugą, a zajęcia teoretyczne co najmniej jedną trzecią wymiaru kształcenia. Studia te nie mogą być prowadzone w formie niestacjonarnej (art. 54 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia może trwać krócej niż 3 lata - w przypadku pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcą w zawodzie pielęgniarki, jeżeli po ich ukończeniu

pielęgniarka uzyska wiedzę, kwalifikacje i umiejętności odpowiadające wiedzy, kwalifikacjom i umiejętnościom uzyskiwanym po ukończeniu studiów wyższych zawodowych pierwszego stopnia (art. 52 ust. 3 pkt 2 ww. ustawy.). Są to tzw. studia pomostowe. Szczegółowo powyższe kształcenie reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcą w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2012r., poz. 770). Zgodnie z tym rozporządzeniem do podjęcia przez pielęgniarkę studiów zawodowych, uprawnia świadectwo dojrzałości oraz dyplom ukończenia:

- a) pięcioletniego liceum medycznego,
- b) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
- c) dwuipółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki,
- d) trzyletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki;

Czas trwania studiów zawodowych w przypadku pielęgniarek nie może być krótszy niż:

- a) dwa semestry lub 1150 godzin - dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych,
- b) trzy semestry lub 2410 godzin - dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- c) dwa semestry lub 1984 godziny - dla absolwentów dwuipółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- d) dwa semestry - dla absolwentów trzyletnich szkół policealnych albo pomaturalnych;

Program kształcenia na ww. studiach zawodowych, w tym wymiar zajęć teoretycznych, praktycznych i praktyk zawodowych, ustala uczelnia, uwzględniając różnice pomiędzy treściami kształcenia określonymi w standardach kształcenia dla kierunków studiów pielęgniarstwo i położnictwo oraz programami nauczania zrealizowanymi odpowiednio w wyżej wymienionych szkołach. Po zaliczeniu przewidzianych programem kształce-

nia na studiach zawodowych zajęć teoretycznych i praktycznych oraz praktyk zawodowych student przystępuje do teoretycznego i praktycznego egzaminu kończącego studia zawodowe. Edukacja pielęgniarzek na uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku pielęgniarstwo obejmuje kształcenie teoretyczne i kliniczne (praktykę). W trakcie kształcenia teoretycznego student zdobywa wiedzę zawodową, doświadczenie i umiejętności niezbędne do planowania, organizowania i sprawowania opieki zdrowotnej oraz oceny działań z tym związanych. W trakcie kształcenia klinicznego student uczy się sprawowania kompleksowej opieki zdrowotnej jako członek zespołu, w bezpośrednim kontakcie z osobami zdrowymi i chorymi. Kształcenie kliniczne odbywa się w podmiotach leczniczych, pod kierunkiem wykładowców pielęgniarstwa lub położnictwa oraz przy pomocy innych specjalistów, w szczególności pielęgniarzek i położnych. Kształcenie kliniczne jest praktyką w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym.

### Kształcenie Podyplomowe

Czy pielęgniarka, położna, która odbyła przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu może być uczestnikiem kursu specjalistycznego?

Pielęgniarka, położna, która odbyła przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarstwa, położnej (zgodnie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) może być uczestnikiem kursu specjalistycznego. Należy bowiem wskazać, iż zgodnie z art. 72 ust. 2 ww. ustawy do kursu specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

1) posiadają prawo wykonywania zawodu;

2) zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Wobec powyższego nie ma żadnych przeszkód prawnych, aby pielęgniarka, położna, która spełnia ww. warunki, a jest w trakcie odbywania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu mogła być uczestnikiem kursu specjalistycznego.

Czy położna może przystąpić do kursu specjalistycznego: Szczepienia ochronne (Nr 03/08)?

Położna może ukończyć kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych noworodków 04/08). Nie może natomiast przystąpić do kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne (Nr 03/08), gdyż kurs ten przeznaczony jest wyłącznie dla pielęgniarzek. Tym samym za nieprawidłowy należy uznać fakt zakwalifikowania położnej do odbywania kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne (Nr 03/08), w którym może uczestniczyć jedynie pielęgniarka. Należy również wyraźnie podkreślić, iż w świetle obowiązującej ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) oraz innych aktów prawnych w szczególności; rozporządzenia 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 (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) uprawnienia położnej w zakresie wykonywania szczepień ochronnych dotyczą tylko i wyłącznie noworodków! To pielęgniarka natomiast będzie uprawniona do realizacji tych świadczeń wobec innych świadczeniobiorców, w szczególności dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz osób dorosłych. Wobec powyższego położna może wykonywać szczepienia ochronne tylko u noworodków.

Czy ukończenie szkolenia specjalizacyjnego można uznać za równoważne z ukończeniem studiów pierwszego stopnia (licencjackich) na kierunku pielęgniarstwo, w przypadku wnioskowania do pracodawcy o podwyżkę wynagrodzenia za pracę?

Zgodnie z przepisem art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej: (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. W art. 66 ust. 1 ustawa ta przewiduje następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane „specjalizacją”, kurs kwalifikacyjny, kurs spe-

cialistyczny oraz kurs dokształcający. Najwyższą formą kształcenia podyplomowego jest specjalizacja, która ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie (art. 67 ust. 1 ww. ustawy).

Natomiast studia licencjackie są studiami pierwszego stopnia, które stanowią formę kształcenia, na którą są przyjmowani kandydaci posiadający świadectwo dojrzałości, kończąca się uzyskaniem kwalifikacji pierwszego stopnia (art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawa o szkolnictwie wyższym (j.t. Dz. U. z 2012 r poz. 572 ze zm.),

W obecnym stanie prawnym, pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe wyłącznie po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa w formie studiów wyższych. Zatem obecnie każda pielęgniarka kończąca szkołę zawodową, uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa. Licencjat jest więc podstawowym tytułem zawodowym.

Specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej jest kształceniem podyplomowym, tj. po uzyskaniu co najmniej tytułu licencjata pielęgniarstwa. Jest to zatem rodzaj kształcenia podnoszący w sposób istotny kwalifikacje zawodowe pielęgniarstwa w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Po pomyślnym ukończeniu specjalizacji, pielęgniarka uprawniona jest na mocy przepisów ustawowych do posługiwania się tytułem specjalisty, zgodnym z dziedziną kończącej specjalizacji. Dodać należy również, iż zgodnie z art. 67 ust. 4 ww. ustawy do specjalizacji mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które: posiadają prawo wykonywania zawodu; pracowały w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat; zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego. W celu przystąpienia do specjalizacji, pielęgniarka obowiązana jest spełniać wszystkie trzy wymienione warunki. Powyższy wymóg wskazuje jednoznacznie, że posiadanie tytułu licencjata nie jest równoznaczne z posiadaniem tytułu specjalisty w określonej

dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Odnośnie możliwości podwyższenia wynagrodzenia za pracę w związku z podwyższeniem kwalifikacji zawodowych stwierdzić należy, iż zasady wynagradzania określone są w obowiązujących u danego pracodawcy przepisach wewnętrznych (Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy lub Regulamin Wynagradzania). Nie mniej jednak pracodawca powinien docenić podwyższenie przez pracownika kwalifikacji zawodowych, poprzez podwyższenie wynagrodzenia za pracę w odpowiedniej kwocie.

Informacja w sprawie terminu ważności wydanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) regulują zasady funkcjonowania systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych. Zarówno wyżej powołane przepisy ustawy, jak też rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. 2013 ; poz. 1562) nie zawierają postanowień odnośnie terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach. Oznacza to, że zaświadczenia wydawane są bezterminowo. Kwestia oceny, czy pielęgniarka położna legitymuje się odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi należy już do przełożonych. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, iż w myśl art. 61 ust. 1 ww. ustawy pielęgniarstwo i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych.

Jak długo pozostaje ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego?

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) nie przewidują terminu ważności uprawnień uzyskanych w wyniku ukończenia określonej formy kształcenia podyplomowego, w tym w szczególności kursu specjalistycznego. Ponadto obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) nie zawiera postanowień odnośnie terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach. W szczególności we wzorze zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego, stanowiącym załącznik nr 10 do ww. rozporządzenia, brak jest treści wskazującej na dokonywanie wpisu daty ważności takiego zaświadczenia.

Wobec powyższego należy wskazać, iż zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego są wydawane bezterminowo. Nie ma więc podstaw do twierdzenia, iż ukończenie ww. kursu jest ważne tylko przez okres 5 lat.

Obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarkę, położną a ukończenie studiów magisterskich na kierunku pedagogika.

Zgodnie z przepisem art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) ustala się następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane „specjalizacją”, kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny oraz kurs dokształcający. W myśl przepisu art. 67 ust. 1 ww. ustawy specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Ukończenie studiów magisterskich na kierunku pedagogika, specjalność pedagogika i promocja zdrowia nie jest tożsame z ukończeniem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Należy wskazać, iż zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 września 2011 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu (Dz. U. z 2011, Nr 196, poz. 1167 absolwentom studiów drugiego stopnia na kierunku pedagogika nadaje się tytuł zawodowy magistrat

Natomiast w myśl § 2 ww. rozporządzenia absolwentom studiów pierwszego stopnia nadaje się tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa - po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Natomiast absolwentom studiów drugiego stopnia nadaje się tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa - po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji -drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo (§ 3 ww. rozporządzenia). Kończąc studia magisterskie na kierunku pedagogika uzyskuje się tytuł magistra, jednakże nie jest to specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Uzyskanie tytułu magistra na kierunku pedagogika może być uznane w świetle rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419 ze zm.) za posiadanie wykształcenia wyższego w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, uprawniającego do podjęcia kształcenia w celu uzyskania tytułu specjalisty w ww. dziedzinach.

Ukończenie studiów podyplomowych w zakresie zarządzania i marketingu w ochronie zdrowia wątpliwie może stanowić element dodatkowy, jako argument przy obsadzaniu stanowisk kierowniczych w pionie pielęgniarstwa. Jednakże nie jest specjalizacją w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej.

Możliwość ubiegania się o stanowisko pielęgniarki oddziałowej przez osobę, która odbyła kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarek oddziałowych” w 1987 r.

Kwalifikacje, jakie są wymagane na stanowisku pielęgniarki oddziałowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896). Zgodnie z zapisami ww. rozporządzenia w celu ubiegania się o stanowisko pielęgniarki oddziałowej należy spełnić następujące wymagania:

1) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo oraz 1 rok pracy w szpitalu lub

2) tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka oraz 1 rok pracy w szpitalu lub

3) licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 3 lata pracy w szpitalu

4) licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny oraz 4 lata pracy w szpitalu lub

5) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i specjalizacja

w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 5 lat pracy w szpitalu lub

6) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i kurs kwalifikacyjny oraz 7 lat pracy w szpitalu (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.).

Rozporządzenie nie wymaga, w jakim czasie kurs kwalifikacyjny powinien być odbyty. Przepisy nie dają również podstawy do stwierdzenia, że kurs kwalifikacyjny odbyty w 1987 r. jest nieważny. Tym samym osoba, która odbyła kurs kwalifikacyjny w 1987 r., o ile spełnia pozostałe

wymagania, może się ubiegać o stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

*R. Siłakiewicz, A. Ambroziak,*

*M. Kosmalski, P. Ośka*

*Przedruk z publikacji NIPiP VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, dnia 18-20 stycznia 2016 r.*

1. Rogala-Pawelczyk G.: Elementy podstaw prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki. W: Podstawy Pielęgniarstwa. Red.: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2004.

### Gdzie pielęgniarka może uzyskać zaświadczenia potrzebne do uznania jej kwalifikacji za granicą?

Zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki oraz inne zaświadczenia (w tym zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej), wydaje okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na wniosek pielęgniarki będącej członkiem tej izby (w której pielęgniarka ta jest wpisana do rejestru pielęgniarek).

Zgodnie, bowiem z art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2014r.

poz. 1435 ze zm.) okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na wniosek pielęgniarki lub położnej będącej członkiem tej izby, wydaje:

1) zaświadczenie stwierdzające, że pielęgniarka lub położna posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpo-

wiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;

2) zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej;

3) inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej.

## Metody pielęgnacji i leczenia atopowego zapalenia skóry

Atopowe zapalenie skóry jest przewlekłą, świądową, nawrotową chorobą zapalną skóry, z typową lokalizacją oraz charakterystyczną morfologią zmian. Dotyczy naskórka i skóry właściwej. Atopowe zapalenie skóry współistnieje z innymi chorobami atopowymi. Jest to najczęstsza choroba wieku dziecięcego (20% dzieci, 1 – 3% dorośli). Pierwsze objawy ujawniają się w:

- 45% - przed 6 miesiącem życia,
- 60% - przed 1 rokiem życia,
- 90% - przed 5 rokiem życia.

Główną rolę, w powstaniu atopowego zapalenia skóry odgrywają czynniki genetyczne, na które nakładają się niekorzystne czynniki środowiskowe takie jak:

- alergeny pokarmowe,
  - infekcje bakteryjne, grzybicze, wirusowe,
  - czynniki nieswoiście drażniące,
  - alergeny powierzchniowopochodne.
- Atopowe zapalenie skóry występuje częściej:
- u dziewcząt,
  - w środowisku miejskim,
  - w rodzinach małodzieńnych, dobrze sytuowanych materialnie,
  - w klimacie umiarkowanym, łagodnym, suchym,
  - u dzieci z późnego macierzyństwa,
  - u bliźniąt jednojajowych,
  - gdy u matki dziecka stwierdzi się atopie.

Atopowe zapalenie skóry, według stopnia ciężkości dzielimy na łagodne, średnie i ciężkie [2].

Fazy wyprysku atopowego:

1. Wyprysk atopowy wczesnego dzieciństwa

W 2 -3 miesiącu życia występują plamy rumieniowe i grudki, mające charakter wysiękowy. Zmieniona chorobowo skóra jest obrzęknięta. Pierwsze zmiany wyprysku atopowego zaobserwować można na twarzy. Skóra jest zaczerwieniona, napięta, łuszcząca, a policzki wyglądają jakby były polakierowane. Dużym problemem staje się fakt, że wtórnemu zakażeniu bardzo szybko ulegają zmiany są-



czące. Charakterystyczne jest to, że nos, usta i broda pozostają zazwyczaj niezmienione. Włosy na głowie są matowe, cienkie, przerzedzone i bardzo łamliwe, a skóra na głowie łuszczy się i jest sucha. W ciężkich postaciach zmiany mogą dotyczyć również innych okolic ciała, takich jak tułów i okolice wyprostne kończyn. Natomiast okolica pieluszkowa, pozostaje z reguły niezmieniona. Zaostrzenia zmian skórnych na twarzy obserwować możemy, w okresie ząbkowania jak również wprowadzania pokarmów stałych. Wyprysk o „pieniążkowatym” charakterze może pojawić się po pierwszym roku życia. W 50% zmian występujących w 2 roku życia rzadko dochodzi do zliszajowacenia zmian skórnych.

2. Wyprysk atopowy późnego dzieciństwa

Zwykle jest to kontynuacja zmian wczesnodziecięcych, ale równie dobrze zmiany w tym okresie mogą się pojawić po raz pierwszy. Zmiany mają charakter rumieniowo – grudkowy i towarzyszy im wybitna suchość skóry. W przeciwieństwie do wyprysku atopowego pierwszej fazy, dochodzi tu do znacznego zliszajowacenia zmian skórnych. Zmiany mogą występować na całej powierzchni skóry, ale lokalizują się głównie w okolicach kolan, łokci, nadgarstków, karku na grzbietach stóp i dłoni, a na twarzy wokół oczu i ust. Z powodu wybitnej suchości skóry pojawia się nasilony świąd, który może nawet zaburzać sen dziecka.

3. Wyprysk atopowy okresu młodzieńczego i osób dorosłych

Zmiany skórne występują symetrycznie, a ich typowa lokalizacja to: usta, oczodoły, czoło, szyja i górna część ciała, a ponadto grzbiety dłoni i obręcz kończyny dolnej. Zmiany o charakterze nacieków zapalnych mają tendencję do lichenizacji. Dużym problemem w tej fazie jest uporczywy świąd, o charakterze stałym bądź też napadowym. Natomiast u osób dorosłych najczęściej występują zmiany o charakterze rumieniowo – wypryskowym, zlokalizowane w okolicach zgięć dużych stawów oraz na twarzy, szyi, dłoniach i tułowiu [2].

Występowanie atopowego zapalenia skóry niesie późniejsze zwiększone ryzyko rozwoju alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa i astmy oskrzelowej. Najnowsze schematy rozpoznania atopowe-

go zapalenia skóry zostały opublikowane i są systematycznie aktualizowane przez Amerykańską Akademię Dermatologii. Warunkiem koniecznym do rozpoznania atopowego zapalenia skóry, jest występowanie świądu oraz zmian wypryskowych, mających tendencje do nawrotów lub stanu przewlekłego. Dystrybucja zmian jest typowa dla wieku pacjenta:

- niemowlęta i małe dzieci – twarz, szyja i okolice wyprostne,
- każda grupa wiekowa – okolice zgięciowe,
- okolice pach i pachwin są oszczędzane.

Istotne również w rozpoznaniu atopowego zapalenia skóry, jest występowanie pierwszych zmian skórnych we wczesnym wieku, jak również atopia u chorego (lub u członków jego rodziny) oraz suchość skóry. Jeżeli jednak chodzi o podwyższony poziom IgE, to nie jest to norma u wszystkich chorych na atopowe zapalenie skóry. Cechy dodatkowe, to rozpoznanie u pacjenta m.in.:

- nietypowych reakcji naczyniowych,
- łupieżu białego,
- pogłębionego bruzdowania dłoni,
- rogowacenia mieszkowego,
- obszaru zliszajowacenia zmian skórnych,
- zmiany dotyczących narządu wzroku.

Różnicować atopowe zapalenie skóry możemy przede wszystkim ze:

- świerzbem ludzkim,
- łojotokowym lub kontaktowym zapaleniem skóry,
- łuszczycą,
- pierwotnym niedoborem odporności,
- chłoniakiem T – komórkowym,
- rybią łuską,
- zaburzeniami metabolicznymi i zaburzeniami odżywiania [1].

W przypadku osób chorych na atopowe zapalenie skóry, badania diagnostyczne są głównie wykonywane, aby zidentyfikować czynniki zaostrzające przebieg choroby. W diagnostyce AZS posiłkujemy się dodatkowo:

- historią choroby pacjenta,
- wywiadem,
- testami punktowymi,
- testem obciążenia doustnego,
- APT - atopowymi testami płatkowymi, czyli testami płatkowymi z alergenami powietrzno pochodnymi i pokarmowymi,

- NTP – testy płatkowe, które polegają na próbie wywołania miejscowego odczynu skóry pomiędzy badanym alergenem, a układem immunologicznym chorego,
- badaniem histopatologicznym zmian skórnych [2].

Jeżeli chodzi o prewencję dietetyczną w rozwoju AZS, to nie ma jednoznacznych wytycznych, jednak podkreślenia wymaga fakt, że karmienie wyłącznie piersią dzieci do 6-go miesiąca życia, jest istotnym elementem profilaktyki [1].

Identyfikacja i późniejsze unikanie czynników powodujących zaostrzenia, stanowi stały element życia osób chorych na AZS. Świąd może się znacznie nasilać podczas intensywnego pocenia się, w sytuacjach takich jak:

- nadmierny wysiłek fizyczny,
- spożywanie gorących posiłków,
- gorący klimat,
- gniew,
- agresja,
- lęk,
- stres [2].

Szczególnie polecaną aktywnością dla osób chorych na AZS jest pływanie, ale tylko w naturalnych i czystych zbiornikach wodnych. Nie zaleca się kąpiele, w silnie chlorowanej wodzie. Jeżeli chodzi o odzież, to chorzy powinni wybierać tkaniny miękkie, w miarę możliwości z naturalnych włókien. Należy unikać tkanin drażniących skórę oraz wełny. Również jeżeli chodzi o pranie odzieży osoby chorej na AZS, to nie powinno się używać mocnych środków zapachowych i wybielaczy, a raczej bazować na środkach piorących hypoalergicznym lub też prać w płatkach mydlnych. Każdorazowo pranie powinno być dokładnie wypłukane, ponieważ niewypłukane resztki proszków i płynów działają drażniąco na skórę atopową. Pomieszczenia, w których przebywa chory na AZS, powinny być przede wszystkim czyste i całkowicie pozbawione dymu tytoniowego. Optymalna temperatura jaka powinna panować w pomieszczeniach to od 18 do 20°C, przy wilgotności 70 – 80%. Chorzy na AZS powinni prowadzić w miarę regularny tryb życia, stosować techniki relaksacyjne, jak również zadbać o sen i wypoczynek. Jeżeli chodzi o poszczególne grupy wiekowe, to możemy zauważyć, że alergeny pokarmowe przyczyniają się do

zaostrzenia przebiegu atopowego przede wszystkim u niemowląt i małych dzieci, natomiast alergeny powietrzno pochodne powodują zaostrzenia raczej u osób w starszym wieku.

Główne alergeny pokarmowe, to przede wszystkim:

- mleko i jego przetwory (także mleko kozie oraz cielęcina i wołowina),
- jaja kurze szczególnie białko,
- ryby,
- soja,
- pszenica,
- orzeszki ziemne.

Podstawowe alergeny powietrzno pochodne to:

- roztocza kurzu domowego i ich odchody,
- pyłki roślin,
- pleśnie i ich zarodniki,
- naskórek i sierść zwierząt [2].

Roztocza żywią się głównie cząstkami organicznymi, takimi jak złuszczone naskórki, czy włosy. Zabójczy dla roztoczy jest spadek temperatury poniżej 18°C i wilgotności poniżej 45%. Oprócz odpowiedniej wentylacji mieszkań i utrzymania w nich temperatury najlepiej poniżej 22°C, bardzo ważna jest ogólna dbałość o czystość mieszkania. Ponadto z otoczenia chorego na atopowe zapalenie skóry, powinno się wyeliminować poduszki i kołdry z pierza, a zastąpić je wyrobami hypoalergicznymi i w miarę często eksponować je na silne działanie promieni słonecznych (co najmniej 3 godz.), bądź też na mróz. Pościel, pluszowe zabawki, poduszki, kołdry i pokrowce na materace należy prać najlepiej w temperaturze 55–60°C. Należy zadbać o to, aby z sypialni osoby chorej na AZS usunąć m.in. zasłony, meble z obiciem materiałowym, dywany, biblioteczki z książkami oraz kwiaty doniczkowe. Pomieszczenia powinno się sprzątać na mokro i odkurzać odkurzacami najlepiej z filtrami HEPA [2].

Jeżeli chodzi o alergeny pyłkowe, powodujące zaostrzenia przebiegu atopowego, to ich stężenie zależy przede wszystkim od pory roku. Regułą jest, że w dni suche i wietrzne stężenie pyłków wzrasta, natomiast po deszczu i po zmroku maleje. Aby zmniejszyć ekspozycję osoby chorej na AZS na pyłki, powinniśmy wietrzyć mieszkania, w okresach najniższych stężeń pyłków, najlepiej po deszczu lub po zmroku. Można rów-

nież stosować klimatyzatory. Z pewnością należy również unikać spacerów plenerowych, w dni ciepłe i wietrzne. Osoby chore na AZS każdorazowo przed wyjściem z domu, powinny zadbać o odpowiednią odzież, nakrycie głowy i okulary, które będą chronić ich przed penetracją skóry przez alergen. Po powrocie ze spaceru najlepiej wziąć prysznic i zmienić odzież, aby pozbyć się pozostałości pyłków. Podczas koszenia traw wokół domu należy dopilnować, aby okna pozostały zamknięte. Osoby chore na AZS nie powinny pod żadnym pozorem oświadczyć kosić trawy. Trawa powinna być koszona w miarę systematycznie, aby nie doszło do wytworzenia kwiatostanów. Osoby chore na atopowe zapalenie skóry nie powinny spożywać miodu, ponieważ stanowi on ukryte źródło alergenu. Najlepiej podróżować samochodem, z zamkniętymi szybami oraz wskazana jest instalacja specjalnych przeciwpyłkowych filtrów powietrza. Pranie najlepiej jest suszyć w suszarce, ponieważ gwarantuje nam to, że nasze ubrania pozostaną wolne od pyłków roślin. Najlepszym miejscem do odpoczynku dla osób z AZS, są kurorty nadmorskie, ponieważ jest tam najniższe stężenie pyłków [2].

Jeżeli chodzi o alergeny zwierząt, to najczęściej do zaostrzenia przebiegu atopowego dochodzi za sprawą kontaktu chorego na AZS z naskórkiem, potem, śliną, wydalinami i wydzielinami, takich zwierząt jak kot, pies, krowa czy koń. Działania profilaktyczne opierają się, w dużej mierze na ograniczaniu kontaktów ze zwierzętami domowymi. Kiedy osoba chora na AZS posiada już jakieś zwierzę, najlepszym rozwiązaniem dla niej było by oddać je do schroniska. Jeżeli jednak jest to nie możliwe, to należy kłaść nacisk na to, aby zwierzę pozostawało raczej na zewnątrz, aniżeli w domu. Zwierzę należy kąpać raz w tygodniu, a każdorazowo po zabawie z nim, należy zmieniać ubranie, aby alergeny które wnikały w ubranie nie działały drażniaco na zmienioną chorobowo skórę pacjenta [2].

Grzyby pleśniowe ogólnie możemy podzielić na wewnątrzdomowe i zewnątrzdomowe. Na zewnątrz największe stężenie grzybów jest w pobliżu gnijących resztek roślin, natomiast w mieszkaniach jest ich sporo w pomieszczeniach

wilgotnych, słabo wentylowanych. Działania profilaktyczne powinny opierać się na przestrzeganiu na co dzień podstawowych warunków higieny, takich jak: częsta zmiana ręczników, ścierek, gąbek do mycia oraz usuwanie odpadków kuchennych. Należy również zadbać o jak najmniejszą wilgotność w mieszkaniu, poprzez sprawną wentylację, ograniczenie liczby kwiatów doniczkowych oraz nie używanie nawilżaczy powietrza. Okresowo należy sprawdzać stan ścian (szczególnie za dużymi meblami), a do usuwania ewentualnej pleśni używać 5% roztworu amoniaku. Ściany, szczególnie w miejscach narażonych na wilgoć, takich jak kuchnia czy łazienka, powinny być malowane farbami specjalnie do tego przeznaczonymi. Należy pamiętać również, że ściany pokryte tapetami stanowią doskonałe miejsce do rozmnażania się pleśni i grzybów. Również dla większej higieny powinniśmy usunąć dywany z podłogi i zastąpić je podłogami, które można łatwo zmywać. Ewentualne awarie wodno – kanalizacyjne należy niezwłocznie usuwać, ponieważ wilgotne środowisko sprzyja rozwojowi grzybów i pleśni [2].

Atopowe zapalenie skóry może przebiegać, w ostrej lub też przewlekłej fazie. Kliniczny obraz zmian ostrego atopowego zapalenia skóry, charakteryzuje się rumieniem, grudkami wysiękowymi, pęcherzykami, świądem i pieczeniem. Natomiast w okresie przewlekłym obserwujemy przebarwienia, strupki, złuszczenie i lichemifikacja (zliszajowacenie) [1].

Leczenie AZS powinno opierać się przede wszystkim, o właściwą pielęgnację skóry, jak również o miejscowe leczenie przeciwzapalne. Należy również wdrażać działania prewencyjne takie jak eliminacja czynników wywołujących i zaostrzających chorobę. Leczenie AZS musi być zindywidualizowane, dopiero wtedy będzie przynosić oczekiwane efekty [2].

Pielęgnacja skóry w mało nasilonym AZS, powinna opierać się o środki nawilżające – natłuszczające. Każdego dnia należy delikatnie, ale zarazem dokładnie usuwać ze skóry alergeny, bakterie i pozostałości leków. Uwagę należy zwrócić na to, aby temperatura wody do kąpieli nie przekraczała 27 – 30°C. Kąpiel powinna trwać min. 5 min., a w końco-

wej jej fazie należy dodać preparat (płyn lub olejek do skóry atopowej), który zapobiegnie odwodnieniu naskórka. Leczenie podtrzymujące opiera się na stosowaniu miejscowych emolientów, i ilości 200g/tydzień dzieci i 500g./tydzień dorośli. Emolienty powinno się stosować na lekko wilgotną skórę 2 – 3x dziennie. Działanie przeciw bakteryjne lub przeciw świądowe możemy osiągnąć poprzez kąpiel, z dodatkiem podchlorynu sodu. Na skórze zmienionej zapalnie emolienty są źle tolerowane, w związku z tym należy w pierwszej kolejności wyleczyć ostrą fazę zapalną, a po wyleczeniu stosować terapię podtrzymującą. Osiąganie szybkiej reemisji ostrej zmian skórnych, szczególnie w fazie sączenia gwarantuje nam terapia z użyciem mokrych opatrunków, z lub bez miejscowych glikokortykosteroidów. Miejscowe leki przeciw zapalne stosujemy zawsze na nawilżoną skórę. Emolienty w kremie należy nałożyć na 15 min. przed zastosowaniem miejscowych glikokortykosteroidów, natomiast emolienty w postaci maści nakładamy 15 min. po użyciu miejscowych glikokortykosteroidów. Bezpieczny sposób leczenia atopowego zapalenia skóry opiera się na codziennym używaniu emolientów i dodatkowo 2-3x w tygodniu aplikacji miejscowych glikokortykosteroidów. Twarz, pach, pachwiny i krocze, to miejsca na które należy zwrócić szczególną uwagę przy stosowaniu miejscowych glikokortykosteroidów, ponieważ skóra w ich obrębie cechuje się szczególnie cienką warstwą rogową, i w związku z tym mogą pojawić się tam szkody posterydowe [1].

Stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów jest bardzo ważne, ponieważ opieranie terapii atopowego zapalenia

skóry tylko i wyłącznie na emolientach, może prowadzić do infekcji bakteryjnych i wirusowych. W terapii atopowego zapalenia skóry stosujemy również inhibitory kalcyneuryny, które możemy stosować na szczególnie delikatną skórę. Następną grupą leków stosowanych w AZS są humektanty. Posiadają one tak ważną, w AZS zdolność wiązania wody w naskórku. Najlepszym przedstawicielem tej grupy jest glicerol, który jest środkiem mniej drażniącym, niż powszechnie stosowany mocznik [1].

Faktem jest, że im cięższy przebieg kliniczny AZS, tym większa jest kolonizacja skóry przez gronkowiec złocisty. Aby ograniczyć kontakt skóry z gronkowcem złocistym, stosuje się glikokortykosteroidy w połączeniu ze środkami odkażającymi. Antybiotykoterapia (ogólna lub miejscowa) powinna być stosowana dopiero wtedy, gdy stwierdzi się obecność nadkażonych zmian skórnych [1].

Fototerapia w leczeniu AZS może być stosowana od 12 roku życia, zarówno w ostrej jak i w przewlekłej fazie choroby. Jednak ta forma terapii niesie ze sobą ryzyko przyspieszonego starzenia się skóry, a w niektórych przypadkach może być przyczyną raka skóry. W trakcie fototerapii, należy również unikać stosowania miejscowych inhibitorów kalcyneuryny. Natomiast doustne glikokortykosteroidy powinno się stosować, w terapii AZS nie dłużej niż 7 dni i tylko w okresie ostrego zaostrzenia choroby [1].

Skóra jest narządem za pośrednictwem którego, każdy człowiek realizuje jedną z najważniejszych potrzeb, a mianowicie potrzebę bliskości z innymi ludźmi. Wygląd skóry przyczynia się w dużej mierze do tego, w jaki sposób jesteśmy odbiera-

ni przez innych ludzi, dlatego też można stwierdzić, że gdy choruje skóra, choruje i dusza. Atopowe zapalenie skóry nie jest z pewnością chorobą, która zagraża bezpośrednio życiu pacjentów, ale diametralnie upośledza jego jakość. W pielęgnacji pacjentów chorych na AZS bardzo dużą rolę odgrywają zabiegi lecznicze i pielęgnacyjne skóry, lecz nie należy pomijać one ogromny wpływ na stan psychiczny pacjenta, a tym samym na jego zdrowie. Personel pielęgniarski powinien przede wszystkim zapewnić chorym na AZS spokojną atmosferę i poczucie bezpieczeństwa, okazać zrozumienie i wsparcie. Pielęgniarki i pielęgniarze sprawujący opiekę nad pacjentami chorymi na AZS, powinien charakteryzować radosny sposób bycia oraz otwartość, w stosunku do pacjentów [3].

*Studentka studiów niestacjonarnych drugiego stopnia, kierunek pielęgniarstwo w PWSZ w Tarnowie lic. Anna Koczarga*

#### **Bibliografia:**

1. Jaworek A. K., Jaworek M., Pastuszczyk M., Kurzawa R., Wojas – Pelc A., Bilski J.: Wybrane aspekty diagnostyki i terapii atopowego zapalenia skóry – wytyczne postępowania przydatne dla lekarzy praktyków. W: Terapia. Listopad 2014, s. 56–60,
2. Praca zbiorowa pod red. Kurzawy R.: Atopowe zapalenie skóry. Help – Med., Kraków 2014,
3. Kurbiel A., Foryś Z.: Choroby skóry a cierpienia duszy rola pielęgniarki w psychodermatologii. W: Małopolskie pielęgniarki i położne. Kraków, nr 7, styczeń – luty 2014, s.8-10,

## **Alergiczny nieżyt nosa**

jedna z najczęstszych chorób alergicznych

Alergiczny nieżyt nosa (ANN) to najczęściej występująca, przewlekła choroba alergiczna obejmująca górne drogi oddechowe. W Polsce ANN dotyczy 25% dzieci w wieku 6-7 lat, 29% dzieci w wieku 13-14 lat i 31% dorosłych [1].

Nieżyt nosa to zespół objawów powstających wskutek reakcji zapalnej obejmującej błonę śluzową nosa wraz z warstwą

podśluzową. Stan zapalny wywołany jest przez przeciwciała immunoglobuliny E (IgE) skierowane przeciw alergenom na które uczulony jest pacjent. [2]

Alergiczny nieżyt nosa objawia się:

- świądem nosa,
- kichaniem napadowym,
- wyciekaniem wodnistej wydzieliny (przednim lub tylnym),

- uczuciem zatkania nosa,
  - u dzieci mogą występować sine cienie pod oczami,
- Objawy współwystępujące (nie występują zawsze i u każdego pacjenta):
- bóle głowy,
  - świąd podniebienia,
  - drapanie w gardle,
  - nocny kaszel,

- chrapanie,
- chrząkanie,
- oddychanie ustami,
- upośledzenie węchu
- objawy spojówkowe.[2,5]

### Podział alergicznych nieżytów nosa

W zależności od czasu występowania objawów ANN dzieli się na okresowe - gdy objawy utrzymują się < 4 dni w tygodniu lub < 4 kolejne tygodnie i przewlekłe (całoroczne) w przypadku objawów trwających > 4 dni w tygodniu i >4 kolejne tygodnie. Całoroczny nieżyt nosa wywołany jest reakcją alergiczną na roztocza kurzu domowego, pleśnie i sierści zwierząt. Sezonowość ANN wynika z czasowego występowania uczulających pacjenta pyłków - w okresach kwitnienia i pylenia poszczególnych roślin.[3]

W zależności od nasilenia objawów ANN dzieli się na postać łagodną, umiarkowaną lub ciężką. Aby rozpoznać postać umiarkowaną lub ciężką musi występować co najmniej jeden z objawów:

- zaburzenia snu,
- utrudnione wykonywanie czynności codziennych
- trudności w pracy lub nauce
- objawy uciążliwe.[2]

### Czynniki ryzyka choroby

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na ANN dzieli się na:

1. czynniki genetyczne:
  - występowanie atopii w rodzinie,
  - płęć męska
  - niska masa urodzeniowa,
  - obecność alleli genowych warunkujących odpowiedź immunologiczną
  - stale podwyższone stężenie IgE
2. czynniki środowiskowe:
  - wczesne wprowadzanie do diety niemowląt pokarmów stałych lub mieszanych,
  - narażenie na aeroalergeny w okresie niemowlęcym,
  - poród wiosną lub jesienią,
  - zakażenie niektórymi wirusami w wieku 0-3 lat,
  - ekspozycja na zanieczyszczenia środowiskowe, zwłaszcza dym tytoniowy (bierni palacze)[4].

### Diagnostowanie alergicznego nieżytu nosa.

Podstawą do zdiagnozowania ANN jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu

z pacjentem; jeśli jest nim dziecko również z matką lub osobą sprawującą opiekę. Aby postawić diagnozę konieczne jest wykonanie badań potwierdzających występowanie atopii. W wywiadzie należy zwrócić szczególną uwagę na:

- informacje dotyczące alergii u pacjenta jak również występowanie atopii w rodzinie,
- aktualny przebieg choroby - występujące objawy, czas trwania dolegliwości, charakter i sezonowość objawów, współistnienie duszności, kaszlu, świszczącego oddechu,
- wpływ dolegliwości na aktywność pacjenta (praca, nauka) i jakość życia (odpoczynek, sen),
- występowanie objawów skórnych lub pokarmowych alergii porównując z kalendarzem pylenia poszczególnych roślin lub ekspozycję na alergeny całoroczne,
- wykonanie badania przedmiotowego nosa za pomocą sztywnych lub giętkich endoskopów nosowych,
- poszukiwać należy również chorób dolnych dróg oddechowych,
- wykonywanie punktowych testów skórnych z wystandaryzowanymi wyciągami alergenów (w niektórych przypadkach konieczne jest oznaczenie stężenia alergenowo swoistych IgE w surowicy)[2,6].

### Diagnostyka różnicowa

Objawy wskazujące na nieżyt nosa nie zawsze wywołane są przez ANN. Bardzo często spowodowane są wieloma chorobami nosa określanymi jako niealergiczny (nieinfekcyjny) nieżyt nosa. Dlatego w diagnostyce trzeba różnicować je z: niealergicznym nieżytem nosa z eozynofilią, nadwrażliwością na kwas acetylosalicylowy, nieżytami nosa: hormonalnym, zawodowym, poinfekcyjnym, nieżytem nosa będący skutkiem ubocznym działania leków przyjmowanych ogólnie, nieżytem nosa związany z nadużywaniem miejscowych leków obkurczających naczyń błony śluzowej i idiopatyczny nieżytem nosa. [6]

Diagnostyka różnicowa niedrożności nosa dotyczy:

- polipów nosa i zatok przynosowych,
- skrzywienia przegrody nosa,
- ciała obcego w nosie,
- nowotworów nosa,

- przerostu migdałków podniebiennych lub gardłowego,
- chorób, które w swym przebiegu zajmują górne drogi oddechowe (np.: mukowiscydoza, sarkoidoza, ziarniniakowatość Wegenera, zespół Churga i Strauss).[2]

### Profilaktyka i sposoby leczenia alergicznego nieżytu nosa

Leczenie nefarmakologiczne - prewencja pierwotna i wtórna

Warunkiem wystąpienia reakcji alergicznej jest kontakt chorego z alergenem. Pacjenci z ANN najczęściej reagują na alergeny takie jak pyłki roślin, zarodniki grzybów pleśniowych, roztocze kurzu domowego, alergeny odzwierzęce i zawodowe (np., mąka, lateks, formaldehyd). Zapobieganie wystąpienia alergicznego nieżytu nosa podzielić można na profilaktykę pierwotną i wtórną.

W ramach prewencji pierwotnej podejmowane działania mają miejsce jeszcze przed rozwinięciem się choroby. W ramach tej profilaktyki zaleca się:

- unikanie dymu tytoniowego przez dzieci i kobiety będące w ciąży,
- naturalne karmienie niemowląt co najmniej przez pierwsze 3 miesiące życia,
- unikanie ekspozycji lub jej ograniczenie na alergeny zawodowe,
- w przypadku dzieci z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku atopii ograniczenie ekspozycji na alergeny kurzu domowego.[2]

Prewencja wtórna to działania podejmowane przez pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem ANN. W zależności od alergenu pacjentom poleca się:

1. Roztocza kurzu domowego:
  - usunięcie z pomieszczeń, zwłaszcza sypialni przedmiotów gromadzących kurz, tj: dywanów, pluszowych zabawek, zasłon, książek,
  - dokładne odkurzanie podłóg, łóżek i innych powierzchni odkurzaczem ze specjalnym filtrem,
  - zmywanie wszystkich powierzchni na mokro,
  - pranie pościeli w temperaturze 60 st. C przynajmniej raz w tygodniu,
  - stosowanie nieprzepuszczających alergenów pokrowców na pościel i materace.

Podjęte działania w znaczny sposób pomogą w ograniczeniu populacji roztoczy

w warunkach domowych, co nie zawsze przekłada się na zmniejszenie objawów choroby.

2. Pyłki roślin - unikanie tego alergenu jest praktycznie niemożliwe. Jedyne co można polecić pacjentom to:

- unikanie przebywania na świeżym powietrzu w okresie pylenia poszczególnych roślin,

- wychodzenie na zewnątrz wieczorem, w trakcie deszczu lub bezpośrednio po nim,

- zamknięcie okien i unikanie wietrzeń pomieszczeń.

3. Alergeny zwierząt futerkowych. Usunięcie zwierzęcia z domu, nie gwarantuje pozbycia się jego alergenów ze względu na trwałe przywieranie ich do różnych powierzchni i możliwość utrzymywania się nawet do 5 lat.[5,3]

Jako postępowanie nefarmakologiczne wymienić można również płukanie błony śluzowej nosa roztworami soli izo- lub hipertonicznej. Efektem tego działania jest usunięcie mechaniczne alergenów i zmniejszenie objawów alergicznego nieżyty nosa.

### **Leczenie farmakologiczne - rodzaje stosowanych leków**

Warunkiem prowadzenia skutecznej farmakoterapii jest wyedukowanie pacjenta tak, aby posiadał on specjalistyczną wiedzę dotyczącą ANN. W takim wypadku pacjent będzie rozumiał konieczność przestrzegania rygorystycznych zaleceń, nauczy się samoobserwacji, która ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu i opanowywaniu zaostrzeń uciążliwych objawów choroby.

Leczenie farmakologiczne podzielić można ze względu na sposób podawania leków. Jest to leczenie ogólne i miejscowe - donosowe. Głównymi zaletami leczenia miejscowego są:

- uzyskanie dużego stężenia leku w narządzie(nos),
- szybsze działanie leku,
- uniknięcie efektów ubocznych występujących przy leczeniu ogólnym.

#### **Rodzaje stosowanych leków:**

#### **1. Glikokortykosteroidy donosowe (dnGKS).**

Uznawane są za najskuteczniejszą formę leczenia ANN. Dzięki bardzo silnemu działaniu przeciwzapalnemu są bardzo skuteczne w znoszeniu blokady przewodów nosowych, znacznie redukują kicha-

nie, ilość wydzieliny i świąd nosa. Stosowane w zalecanych dawkach bardzo rzadko prowadzą do wystąpienia objawów ubocznych takich jak: suchość i atrofia śluzówki, a także skłonność do krwawień. Ryzyko to znacznie zmniejsza prawidłowa technika podawania leków, dlatego tak ważna jest edukacja pacjenta. Niektóre z tych leków mogą być stosowane raz na dobę, co ułatwia pacjentowi stosowanie się do zaleceń lekarskich i w znacznym stopniu poprawia komfort życia.[5]

#### **2. Leki przeciwhistaminowe**

W leczeniu ANN stosuje się leki przeciwhistaminowe II generacji, które skutecznie zmniejszają objawy wywołane przez histaminę (kichanie, świąd i wydzielanie). Po podaniu ogólnym minimalizują objawy ze strony innych narządów takie jak pokrzywka, czy obawy spojówkowe. Główną wadą tego sposobu leczenia jest niepożądany wpływ na układ nerwowy poprzez wywołanie senności czy zaburzeń koncentracji.

Leki przeciwhistaminowe mogą być również stosowane miejscowo - donosowo lub dospojówkowo. Początek działania jest szybki - następuje już po 15 minutach od podania. Działanie jest podobne do leków stosowanych ogólnie z jedną tylko różnicą - działanie ogranicza się do miejsca aplikacji.[5]

#### **3. Kromony donosowe**

Zazwyczaj stosowane rzadko ze względu na mniejszą skuteczność. Podawane w przypadkach występowania przeciwwskazań lub objawów ubocznych działania innych leków. Zaletą tego typu leków jest brak występowania działań ubocznych, wadą konieczność stosowania kilka razy dziennie.[2]

#### **4. Immunoterapia alergenowoswoista (ITA)**

Uznawana za jedyny przyczynowy sposób leczenia ANN. Celem prowadzenia immunoterapii jest stopniowe uzyskanie tolerancji immunologicznej, a w konsekwencji zminimalizowanie objawów i zapobieganie rozwojowi astmy oskrzelowej i innych alergii. W Polsce może być stosowana drogą podskórną lub podjęzykową. Jest to leczenie długotrwałe średnio 3/5 lat.[2,5]

#### **5. Leki obkurczające błonę śluzową nosa -@-mimetyki.**

Leki te mogą być stosowane maksymalnie przez kilka dni, w przypadku ciężkiej niedrożności nosa. Zalecane jedynie dożylnie z powodu ryzyka powstania nieżyty polekowego.[2]

#### **Wpływ choroby na jakość życia pacjentów**

Alergiczny nieżyt nosa w bardzo dużym stopniu wpływa na pogorszenie jakości życia pacjentów. Objawem szczególnie oddziałującym na codzienne życie jest zatkanie nosa. U dzieci często dochodzi do zaburzeń nastroju (występuje niepokój, zaburzenia koncentracji, rozdrażnienie, depresja). Stany te stanowią podstawę od rozpoznania zespołu „poirytowanego dziecka.” Dzieci z ANN znacznie częściej niż rówieśnicy opuszczają zajęcia szkolne, co wpływa na gorsze wyniki w nauce. Dzieci cierpią z powodu zaburzeń snu, które prowadzą do:

- obniżonej jakości życia dzieci i opiekunów,
- obniżonej zdolności uczenia się,
- zmęczenia fizycznego i psychicznego
- upośledzona koncentracja i słabsza wydolność psychofizyczna w szkole. [7].

*Studentka studiów niestacjonarnych drugiego stopnia, kierunek pielęgniarstwo PWSZ w Tarnowie lic. Joanna Kania*

#### **Bibliografia:**

1. Smoliński B., „Epidemiologia alergii i astmy w Polsce- badania ECAP” Terapia 2008; 4: 127-31.
2. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, „Zasady postępowania w alergicznym nieżycie nosa”, Wydawnictwo „AKTIS” Łódź 2012.
3. Ligęziński A., Jurkiewicz D., „Alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa wywołane przez roztocza kurzu domowego” [w:] Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób górnych dróg oddechowych o podłożu immunologicznym. Urban&Partner, Wrocław, 1999.
4. Rutkowski R., Koszyła-Hojna B., Rutkowska J., „Alergiczny nieżyt nosa- problem epidemiologiczny, ekonomiczny i społeczny XXI wieku.” Pneumonologia i Alergologia Polska 2008, tom 76, nr 5 s.348-352.
5. Mazurek E., Kurzawa R., Mazurek H. „Alergiczny nieżyt nosa u dzieci” [w:] Terapia. 11 Listopad 2014, s.31-42.
6. <http://www.mp.pl/artykuly/11739>
7. Emeryk A., „Postępowanie w alergicznym nieżycie nosa u dzieci.” Alergia, 2008,3,s.33-36

# Tradycja i symbole zawodowe

Strój, lampka, hymn, przysięga

**Dzisiaj pielęgniarki nie noszą czepków. Na pewno w codziennej pracy może to być wygodniejsze. Ale czy czegoś nie utraciono w ten sposób? Czy same pielęgniarki czują się bez nich lepiej? Jak to postrzegają pacjenci? I czy w ogóle strój, czepki i inne elementy łączące z tradycją zawodu dzisiaj są jeszcze ważne?**

Zawód pielęgniarki, jak niewiele innych, cechuje duże poczucie przynależności do wspólnoty zawodowej, w czym ogromne znaczenie ma kultywowanie tradycji i odwoływanie się do symboli. Wspólnym symbolem pielęgniarek, właściwym dla wszystkich przedstawicieli zawodu na świecie, jest białe serce na granatowym tle symbolizujące między innymi opiekuńczość, humanitaryzm, wiedzę.

Najważniejszymi atrybutami odnoszonymi się do pielęgniarstwa jest strój pielęgniarki - mundur i czepki - lampka Florencji, hymn i przysięga.

## Strój: czepki, mundur

Początkowo czepki w codziennej pracy pielęgniarki odgrywał rolę przede wszystkim funkcjonalną chronił włosy w trakcie zabiegów szpitalnych. Był też uwarunkowany tradycją nakrywania włosów przez kobiety. Później, oprócz swojej funkcji czysto użytkowej, zaczął mieć znaczenie symboliczne i wyróżniające - stał się jasnym sygnałem, że ta osoba jest pielęgniarką. Symbolizował pokorę i gotowość niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Przez lata czepki miały różnorodny kształt - w zależności od szkoły, czasu - wykonywane były też z różnorodnych materiałów. Mogły mieć dodatkowe elementy, jak granatowy welon dla uczennicy szkoły Krakowskiej (zał. 1911 r.), który zakładany był w celach reprezentacyjnych.

Pierwszy czepki przekazywany był uczennicom szkoły pielęgniarskiej w czasie uroczystości czepkowania. Kolejną uroczystością symbolizującą zdobycie dalszej wiedzy pielęgniarskiej było paskowanie, czyli zakładanie czarnej aksamitki na czepki. W Polsce po raz pierwszy paskowanie wprowadzono w szkole

warszawskiej - uczennice otrzymywały aksamitną tasiemkę na pół roku przed ukończeniem szkoły. Noszenie paska na czepku regulowane było pismem ówczesnego Ministerstwa Zdrowia (18.11.1950) - pielęgniarki mogły nosić paski w kolorze czarnym, położne w kolorze czerwonym, dietetyczki granatowym.

Strój pielęgniarki też ma symboliczne przesłanie; biały kolor jest wyrazem tolerancji i chęci niesienia pomocy każdemu potrzebującemu, bez względu na rasę, kulturę, status społeczny. Ale przez lata mody pielęgniarskiego stroju były różnorodne, urozmaicone: szare długie suknie i białe chustki na głowach nosiły diakonisy oraz szarytki ze Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia - był to strój pielęgniarski, na którym często później się wzorowano. Ulegał zmianom wraz z obowiązującą modą stroju kobiecego oraz oceną jego funkcjonalności.

W zbiorach muzeum, które pozostaje pod opieką Głównej Komisji Historycznej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, znajduje się wiele czepków, z różnych okresów, różnych formatów. Zbiory cały czas są uzupełniane. Krystyna Wolska-Lipiec - przewodnicząca Komisji Historycznej PTP, wieloletni wychowawca pielęgniarek, mówi o pozyskiwaniu nowych eksponatów:

W naszym wirtualnym muzeum mamy opisaną postawę sióstr ze zgromadzenia św. Wincentego a Paulo, szarytek, które nosiły duże kornety, m.in. siostry Izabelli Zofii Łuszczkiewicz, represjonowanej po wojnie, straszliwie torturowanej, siostry Wandy Żurawskiej założycielki Szkoły Pielęgniarstwa przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego na warszawskiej Pradze. Trwają rozmowy w sprawie kornetu - mamy obiekty, bardzo zależy nam na posiadaniu go w naszych zbiorach, bo to przecież też nakrycie głowy pielęgniarek - zakonnice, które przez dziesiątki lat czyniły tę posługę w szpitalach w całej Polsce i nie tylko. Zrobimy miejsce, bo kornet jest częścią stroju, który jest konsekrowany, więc na pewno godnie go zabezpieczymy.

Od 1990 roku uchylono obowiązek noszenia czepka na rzecz plakietki - identy-

fikatora. Czy dobrze się stało? Co o tym sądzą pielęgniarki? Na pewno ich zdania są podzielone. W niektórych szpitalach pozostał zwyczaj noszenia czepków, w większości jednak pielęgniarka nie odróżnia się niczym szczególnym od innych osób z personelu medycznego. Czy to dobrze?

Czepki teraz odgrywa rolę tylko przywileju, symbolu, wykorzystywanego w celach reprezentacyjnych - mówi Krystyna Wolska-Lipiec. Na szczęście wraca się do symboli i ceremoniału czepkowania w naszych uczelniach. Ale zatraciło się najważniejszy element komunikacji między nami a pacjentem i rodziną, bo identyfikator widzi ten, kto ma dobry wzrok. A dodatkowo w stanie emocji, stresu, jaki niesie ze sobą sytuacja chorobowa, nie widzi się szczegółów, drobniaków. Tu jest pierwsza pomoc, pierwszy kontakt. Ten czytelny jasny komunikat, bardzo ważny między nami, rodziną i pacjentem, został zagubiony. Przecież inny jest poziom percepcji w chwili zagrożenia: zwyczajnie po ludzku boimy się, nie rejestrujemy takiego elementu jak identyfikator. Czepki był widoczny z dala, to był sygnał, że ta osoba może mi pomóc, dawał poczucie bezpieczeństwa.

## Lampka i medal Florencji

Lampka była używana przez Florencję Nightingale - uważaną za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa - przy doглядaniu chorych. Później stała się symbolem wiedzy, pomocy w każdym czasie i sytuacji, niezawodności, opiekuńczości. Również logo PTP zawiera w sobie symbol lampki.

Lampka to przepiękny symbol, jest nie tylko odwołaniem do postaci Florencji - „pani z lampą”, ale jest również symbolem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek - wyjaśnia Krystyna Wolska-Lipiec. To stylizowana lampka Florencji, którą można różnie interpretować - osoba z rozłożonymi dłońmi, niosąca światło, ciepło, bezpieczeństwo lub lampka oświetlająca glob ziemski. W wielu pismach, broszurach, książkach niemal wszystkie znaczki organizacji krajów należących do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek mają

w znaczkach przynajmniej element lampki. My też w symbolu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego mamy lampkę - jako płomień. W naszych zbiorach mamy znaczki z całego świata, lada moment będziemy je pokazywać.

Florence Nightingale jest też patronką najbardziej prestiżowego w tym zawodzie międzynarodowego odznaczenia: Medalu Florence Nightingale, przyznawanego przez Międzynarodowy Czerwony Krzyż. Pierwsze medale wręczono w 1920 roku, i mało kto wie, że wśród odznaczonych znalazła się również Polka - Maria Concetta Chudzińska-Józefowicz. Wyróżnienie to otrzymała na wniosek rządu Włoch i Włoskiego Czerwonego Krzyża. Pierwszą na ziemiach polskich uhonorowaną Medalem Florence Nightingale była Maria Tarnowska w 1923 roku. Do 2011 roku medal otrzymały 102 Polki. Krystyna Wolska-Lipiec z dumą z koleżanek podkreśla: „Polek jest na liście najwięcej”.

### Hymn polskich pielęgniarek

Wykonywany jest w czasie uroczystości zawodowych. Powstał na zamówienie Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża w 1935 roku. Autorem melodii i tekstu był Jan Kielarski. Przez lata słowa hymnu były wielokrotnie zastępowane innymi tekstami, zmieniane, aby w 1989 r. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego zatwierdził obowiązującą dziś wersję:

*W świat niesiemy swe serca gorące  
Najpiękniejszą głosimy ideę  
Aby ludziom dać pokój i słońce  
By cierpiącym przywrócić nadzieję.*

*Zawód nasz przeszedł wielkie dni chwały  
Gdy o wolność się walki toczyły  
Pielęgniarki na frontach też były  
I ofiarnie swą służbę pełniły.*

*W służbie naszej przodować będziemy  
Dla Ojczyzny - Jej dobra pracować  
A gdy trzeba i ginąć będziemy  
Aby życie człowieka ratować.*

*My nie chcemy ni wojen, ni bojów  
Dość krwi bratniej i ofiar faszyzmu  
My jesteśmy siostrami pokoju  
Służyć chcemy idei humanizmu.*

### Ślubowanie

Myszę, że trochę za mało mówi się o ślubowaniu, jest to temat, który powinien wejść do zajęć z etyki, bo to są zobowiązania - mówi Krystyna Wolska-Lipiec.

Dziś ludzie łatwo zwalniają się ze zobowiązań, ślubów. Lekarze mają przysięgę Hipokratesa, my - ślubowanie Florencji Nightingale. Powstało ono w 1893 roku, czyli 33 lata po utworzeniu pierwszej szkoły pielęgniarstwa, a jeszcze przed powstaniem międzynarodowej Rady Pielęgniarek. W latach 90. XIX wieku powołano specjalną komisję, która nadała zebrany propozycjom ostateczną wersję tekstu ślubowania. To humanistyczny, bardzo głęboki, piękny tekst:

*„Przysięgam uroczyście przed Bogiem w obecności Wszystkich tu zebranych, że w życiu moim będę zawsze postępować nieskazitelnie, a w pracy zawodowej zawsze będę zastępować na zaufanie. Będę daleka od tego wszystkiego, co szkodliwe i zgubne, nigdy sama nie zażyję, ani też nikomu nie podam nic takiego, co mogłoby mu szkodzić. Będę dokładać wszelkich starań, aby przyczynić się do podnoszenia poziomu mojego zawodu, a także będę zachowywać w tajemnicy wszystkie informacje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych pacjenta, które zostaną mi powierzone w czasie praktyki zawodowej.*

*Będę lojalnie pomagać lekarzowi w jego pracy oraz pracować z poświęceniem dla dobra tych, którzy będą powierzeni mojej opiece”.*

### Tradycja i dzień powszedni

Z punktu widzenia Pani doświadczenia dydaktycznego proszę ocenić, jak dzisiaj młode pielęgniarki odnoszą się do historii, czy one czują, że wchodzą w nurt, który niesie tradycję, piękne ideały. Czy może raczej dziś ten zawód jest traktowany jak każdy inny.

Być pielęgniarką z prawdziwego zdarzenia w dzisiejszych czasach jest niewątpliwie bardzo trudno. Pielęgniarka, kompetentna, wrażliwa, przeżywa wciąż konflikt między realiami, często mocno zbiurokratyzowanymi, a tym, z czym chciałaby się identyfikować. Uważam, że wiele zależy od ośrodków kształcenia, podstawowego i podyplomowego. Dziś w kultywowaniu tradycji ogromną rolę odgrywają uczelnie, które celebryją uroczystości ważne dla pielęgniarstwa. Coraz więcej mówi się o historii zawodu, wzorcach osobowych, organizowane są konferencje poświęcone tradycji i dokonaniom naszych poprzedniczek. My w Komisji Historycznej zauważamy wzrost zainteresowania tą tematyką nie tylko wśród młodzieży studenckiej, ale i wśród koleżanek pielęgniarek. Wiele osób odwiedza nasze Archiwum, poszukując materiałów do prac dyplomowych, lub spotyka się z nami w celu zapoznania się z dokumentami ilustrującymi dokonania zasłużonych dla zawodu i kraju pielęgniarek. O wzroście zainteresowania świadczy również liczba wejść na stronę wirtualnego muzeum pielęgniarstwa i bogata korespondencja. Nie jest źle! To daje nadzieję, że etos zawodu nie zaniknie.

MAŁGORZATA CHROBAK  
Przedruk z MPiP nr 3,  
marzec 2016 r.

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: RS Druk, Rzeszów. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 20 V 2016 roku.



## ***Szanowni Państwo Pielęgniarki i Pielęgniarze oraz Położne z woj. podkarpackiego***

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie informuje, że w związku z uzyskaniem z Ministerstwa Zdrowia dotacji na realizację projektu **„Recepta na pielęgniarskie kwalifikacje”** nasze placówki szkoleniowe w Rzeszowie, Krośnie i Tarnobrzegu będą organizować na obszarze woj. podkarpackiego nieodpłatne, dofinansowane ze środków UE kursy specjalistyczne:

- ➔ **Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I**  
(dla mgr i specjalistów) – 8 grup po 20 osób;
- ➔ **Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. II**  
(dla licencjatów) – 6 grup po 20 osób;
- ➔ **Wywiad i badania fizykalne** – 6 grup po 20 osób;
- ➔ **Wykonywanie i interpretacja zapisów EKG** – 3 grupy
- ➔ **Wykonywanie badania spirometrycznego** – 1 grupa
- ➔ **Opieka pielęgniarska na chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów** – 1 grupa
- ➔ **Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi** – 1 grupa

oraz kursy kwalifikacyjne w trzech dziedzinach:

- ➔ **Pielęgniarstwo onkologiczne** – 1 grupa
- ➔ **Pielęgniarstwo psychiatryczne** – 1 grupa
- ➔ **Pielęgniarstwo geriatryczne** – 1 grupa

Łącznie w proponowanych przez OKPPiP powyższych kursach dofinansowanych jest 420 miejsc. Każdy uczestnik będzie mógł skorzystać z jednego wybranego kursu projektowego. Zainteresowani skorzystaniem z ww. nieodpłatnych szkoleń mogą zgłaszać się do Ośrodka z własnej inicjatywy, bez konieczności uzyskania oddelegowania przez pracodawcę.

**Preferowaną w projekcie grupą uczestników są pielęgniarki i pielęgniarze oraz położne współpracujący z POZ** (niezależnie od rodzaju i formy zatrudnienia w POZ).

Pierwsze kursy rozpoczną się w czerwcu 2016 i będą systematycznie wdrażane do końca 2017r. Bliższe informacje na temat naboru i rekrutacji na [www.okppip.pl](http://www.okppip.pl), w Biurze projektów OKPPiP przy ul. Rymanowskiej 3 - tel. 17/ 77 88 481, kom. 510 976 425, email: [projektszansa@interia.pl](mailto:projektszansa@interia.pl) oraz placówkach w Krośnie – tel. 13/ 43 72 781 i Tarnobrzegu - tel. 15/ 823 23 23