

FORUM ZAWODOWE

3(102)2016

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

W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 8** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r.
- 11** Kontowersje dotyczące ordynowania i wypisywania recept przez pielęgniarki
- 16** Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego
- 20** Program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej
- 22** Pacjenci ocenili wdrożenie i realizację pakietu onkologicznego
- 23** Symbolika zawodu pielęgniarki
- 27** Symbolika Zawodu Pielęgniarki i Dyplomatorium 2016 r.
- 30** II Podkarpacki Kongres Położnych
- 31** Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego na temat postępowania pielęgniarskiego w przypadku wynacznienia leku cytostatycznego
- 37** Wykonywanie zawodu w ramach działalności leczniczej
- 37** Postępowanie pielęgniarskie wobec osób chorych na celiakię
- 39** Opieka pielęgniarska nad pacjentem z występującym migotaniem przedsionków
- 40** Opieka nad pacjentem z dusznością spoczynkową w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
- 42** Opieka pielęgniarska nad pacjentką po mastektomii z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej
- 45** Regulamin przyznawania bezwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych

NASZ ADRES

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

Biuro Izby czynne

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

Radca Prawny

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

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

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

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

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

NA DZIEŃ DOBRY

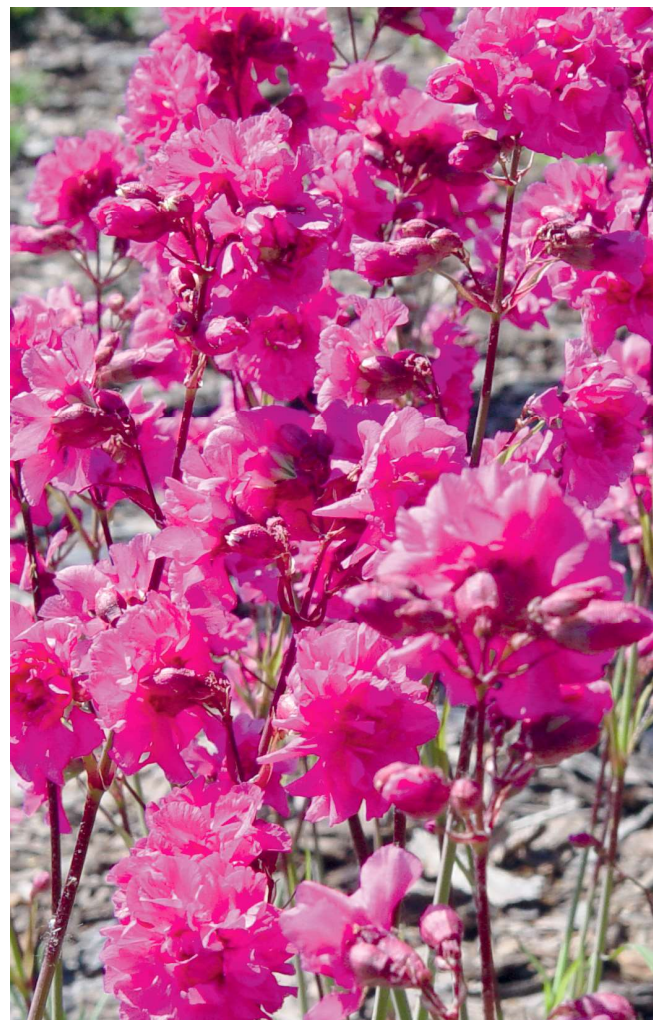
*Czasem wiatr zdmuchnie
smutek przelotny,
Ciepłym tchnieniem znów dłonie ogrzeje,
I przegoni wszystkie kłopoty,
Więc dziękuję wiatrowi, że wieje.*

*Czasem deszcz o szyby zadzwoni
Mokra trawa kroplami łśni
Łzami łatwiej tęsknotę zastąpić,
Więc dziękuję deszczowi za łzy.*

*Czasem słońce w gonitwie do lata
Znowu ogród barwami roznieci
Pozapala iskry na kwiatach,
Więc dziękuję słońcu, że świeci.*

*No, a czasem się do mnie uśmiechniesz
Znikną smutki szaro – niebieskie
Stoisz w progę i słońce masz w oczach,
Więc dziękuję Ci za to, że jesteś...*

Czesław Miłosz



Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie



SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY,

Z przyjemnością przekazuję na Wasze ręce kolejny numer Forum Zawodowego. Jest to wydanie, które ukazuje się już w sezonie urlopowym. Tak bardzo jesteśmy zabiegani zarówno w pracy zawodowej, jak i życiu prywatnym, że trudno nam uporać się z myślą, jak ten czas spędzić, jak go zorganizować, aby przyniósł, jak największe korzyści zarówno dla nas samych, jak i dla naszych rodzin. Wszyscy jesteśmy zmęczeni ciągłym pośpiechem i brakiem czasu na wszystko. Warunki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej są coraz trudniejsze. Coraz głośniej pielęgniarki i położne mówią o tym, że są przemęczone, bo często pracują nie tylko w jednym miejscu, i że w obecnej sytuacji zagrożone jest nie tylko ich zdrowie ale także bezpieczeństwo pacjentów, którymi się opiekują. Ponadto sytuacja demograficzna w całej Polsce stale się pogarsza. Już teraz mamy jeden z najniższych w Europie wskaźników pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców. Jeśli będzie tak dalej, niebawem spadnie on poniżej 4 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców, gdzie średnia europejska jest dwukrotnie wyższa. Co roku około 5 tysięcy absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych nie podejmuje pracy w swoim zawodzie lub podejmuje ją w innym kraju, bo o to zabiegają szpitale w całej Europie. Oferują im godne wynagrodzenie i bezpieczne warunki pracy. Dlatego uważam, że mamy prawo i obowiązek domagać się traktowania nas z należyтым szacunkiem i oczekiwać od naszych decydentów stworzenia odpowiednich warunków

do wykonywania naszych zawodów. Protest, którego niedawno byliśmy świadkami w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie pokazał, jak zdeterminowane poczuciem zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów i swoim własnym są pielęgniarki i położne. To właśnie prowadzona od wielu lat polityka państwa wobec pielęgniarek i położnych doprowadziła do znacznych braków w zatrudnieniu personelu pielęgniarskiego.

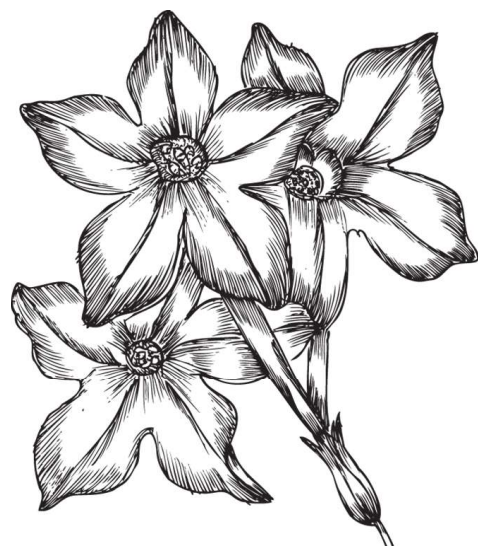
Niepokój budzi także kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej proponowany przez Ministra Zdrowia. W tym celu w imieniu pielęgniarek i położnych wystosowałam pismo do Pani Premier o pilne podjęcie działań, mających na celu powstrzymanie zaproponowanych przez Ministra rozwiązań. Wspólnie także z koleżankami pracującymi w podstawowej opiece zdrowotnej odwiedziłam wszystkie Biura Poselskie funkcjonujące na terenie działania OIPiP w Krośnie, gdzie rozmawiałymy z Posłami o proponowanych założeniach i sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej i podjęciu takich działań, które zapewnią pacjentom bezpieczeństwo i właściwą opiekę, a pielęgniarkom i położnym dalsze funkcjonowanie indywidualnych praktyk i utworzonych przez nie samodzielnych podmiotów leczniczych. Treść wszystkich pism zamieszczam w tym biuletynie.

W Ministerstwie Zdrowia w dalszym ciągu trwają rozmowy naszych przedstawicieli w sprawie środków przeznaczonych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych. Mimo że tych rozmów

było bardzo wiele, nie wszystkie one do dzisiaj przyniosły oczekiwane rezultaty. W dalszym ciągu czekamy na kolejne rozwiązania. Z wielkim niepokojem patrzymy w przyszłość, ale ciągle walczymy i nie poddamy się. Dziękuję Wam za jedność w działaniu i ogromną solidarność. Mam nadzieję, że wśród decydentów znajdą się tacy ludzie, którzy należycie będą postrzegać naszą pracę i bezpieczeństwo pacjenta.

Pragnę także przekazać wszystkim Koleżankom i Kolegom serdeczne życzenia miłych, udanych i bezpiecznych urlopów, słonecznych wakacji, niezapomnianych wrażeń i sił do dalszej pracy.

*Serdecznie pozdrawiam
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie
Renata Michalska*





Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych
IK:556271.KK

Warszawa 16.05.2016 r.

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

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi na Apel Nr 2 XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 16 marca 2016r., w sprawie zapewnienia wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej skierowanego do Prezesa Rady Ministrów przekazanego Ministrowi Zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje w powyższej sprawie następujące wyjaśnienia.

Zgodnie z Porozumieniem podpisanym 23 września 2015 r. przez Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz środowisko pielęgniarek i położnych - reprezentowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - ustalono m.in., że od 1 stycznia 2016 r. wzrośnie stawka kapitacyjna dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Obowiązujące przepisy prawa, mianem pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej podstawowej opieki zdrowotnej, określają pielęgniarkę 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 poz podlega wyborom świadczeniobiorców na podstawie deklaracji wyboru, zgodnie z zasadami określonymi w art. 28 oraz 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015r. poz. 581, z późn. zm.).

Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia w warunkach kontraktowania świadczeń zakres 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 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 przedmiotowych zakresach finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej. Podstawą rozliczeń są listy świadczeniobiorców sporządzone na podstawie deklaracji wyboru pielęgniarki poz, położnej poz, a w przypadku pielęgniarki szkolnej - listy uczniów szkół objętych opieką.

Dla świadczeń lekarza poz, wymienione powyżej przepisy prawa ustalają odrębnie, 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 pielęgniarki 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 osoby w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza poz.

Niemniej jednak zgodnie 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 kapitacyjną 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 dotyczących 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 podkreślić, że wprowadzona przez Prezesa NFZ regulacja nie jest związana z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5
OIPiP.0012.18.2016

Krosno, dnia 24 maja 2016 r.

Pani Beata Szydło **Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowna Pani Premier,

Liczne sygnały docierające do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie od pielęgniarek i położnych rodzinnych prowadzących NZOZ-y, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarskie na terenie województwa podkarpackiego, doniesienia medialne i tocząca się dyskusja nad planowanymi zmianami w ochronie zdrowia budzą w naszym środowisku niepokój i poczucie zagrożenia, dlatego zwracam się z gorącym apelem do Pani Premier o pilne podjęcie działań powstrzymujących kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, przyjęty przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, zmierzający do odebrania możliwości samodzielnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki rodzinne.

Proponowane od początku 2016 roku działania Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła na rzecz zmian w podstawowej opiece zdrowotnej to powrót do poprzednich zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, zmierzający do stworzenia tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej, który nie tylko będzie łamać autonomię naszych zawodów, ale przede wszystkim wyrządzi wielką szkodę i wywoła negatywne skutki dla pacjentów. Podjęte przez Ministra Zdrowia działania ograniczą bowiem dostępność do świadczeń pielęgniarskich poprzez zmniejszenie czasu poświęconego na pracę w środowisku zamieszkania pacjenta, a ograniczona opieka pielęgniarki i położnej skutkować będzie wzrostem patologii w rodzinie, brakiem przygotowania przyszłych matek do macierzyństwa i zaangażowania rodziny do opieki nad nowym członkiem rodziny. Ponadto ograniczone wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i leczniczych w domu pacjenta będzie skutkowało dłuższym powrotem do zdrowia, powikłaniami a co

za tym idzie wzrośnie ilość hospitalizacji osób w podeszłym wieku.

Powołany przez Ministra Zdrowia zespół d/s POZ, którego głównym celem było opracowanie propozycji założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, w przeważającej większości składa się z lekarzy tzw. „Porozumienia Zielonogórskiego” i realizuje dążenia tej wąskiej grupy zawodowej, ignorując słuszne wnioski środowiska pielęgniarek i położnych rodzinnych.

Oburzenie środowiska pielęgniarek i położnych wzbudził fakt, że do prac w zespole ds. opracowania projektu założeń ustaw o POZ, początkowo nie włączono w ogóle przedstawicieli pielęgniarek, największej liczebnie grupy zawodowej w opiece zdrowotnej. Dopiero po licznych interwencjach w skład 17 osobowego zespołu włączono dwie przedstawicielki reprezentujące Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Do składu pozostałych zespołów powołanych przez Ministra Zdrowia nie zostali zaproszeni przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych, którzy wnoszą istotny wkład w opiekę nad pacjentem.

Proponowany przez wspomniany wyżej zespół kierunek zmian, według którego lekarz byłby koordynatorem podstawowej opieki zdrowotnej, a także tworzyłby z pielęgniarką i położną wspólne listy kontraktowania (lekarskiej z pielęgniarską), jest krytycznie oceniony zarówno przez pielęgniarki rodzinne, przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, przedstawicieli środowisk akademickich, jak również przez samych lekarzy rodzinnych niezrzeszonych w tzw. „Porozumieniu Zielonogórskim”, a przede wszystkim przez pacjentów. Proponowany kształt zmian w POZ bardzo krytycznie oceniany jest także przez lekarzy specjalistów. W naszej oce-

nie jest to jedynie zabieg, który w rzeczywistości doprowadzi do ograniczenia czasu poświęcanego pacjentowi, gdyż lekarz nie będzie w stanie zbadać środowiska domowego podopiecznych, jak również zabezpieczyć pozostałych potrzeb pacjenta np. pomoc i wsparcie w trudnych niejednokrotnie warunkach domowych.

Rok 1989 był w Polsce rokiem rozpoczęcia transformacji ustrojowej. Był również czasem wielkiego zrywu zawodowego pielęgniarek i położnych, które dostrzegły konieczność dokonania zmian, wynikiem czego było uchwalenie przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 19 kwietnia 1991 roku stawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Działania samorządu doprowadziły do uchwalenia przez Sejm w dniu 5 lipca 1996 roku ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Po raz pierwszy w dziejach pielęgniarstwa polskiego ustawodawca uznał pielęgniarstwo i położnictwo za zawód samodzielny. Pielęgniarki i położne realizując swoje świadczenia od 1999 roku poniosły ogromne koszty na dostosowanie się do obowiązujących wymogów związanych z kontraktowaniem świadczeń. Funkcjonowanie samodzielnie działających podmiotów leczniczych utworzonych przez pielęgniarki i położne tj. NZOZ-y i praktyki zawodowe obecnie jest zagrożone przejęciem przez inne grupy zawodowe działające w sektorze ochrony zdrowia.

Pielęgniarki i położne poprzez dotychczasowe swoje długoletnie zaangażowanie w opiekę nad pacjentem wsparcie w zdrowiu i chorobie, promocje i edukacje zdrowotną w istotny sposób przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia naszego społeczeństwa. Samodzielnie funkcjonujące praktyki pielęgniarskie doskonale funkcjonują na rynku świadczeń medycznych, co przekłada się na wysoką jakość tych świadczeń. Usługi

świadczone przez samodzielne praktyki pielęgniarek, położnych są bardzo konkurencyjne na rynku usług medycznych dlatego tak dobrze funkcjonują i opierają się naciskom, bo to pacjent dzisiaj wybiera świadczeniodawcę. Gdyby ta forma opieki nie sprawdzała się, to w rzeczywistości samodzielnie funkcjonująca pielęgniarka lub położna nie miałyby racji bytu.

Planowane zmiany dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej mogą odbić się bardzo negatywnie na zdrowiu pacjentów, pogarszając dostępność do świadczeń pielęgniarki rodzinnej, obniżyć ich jakość, a wręcz nawet ich limitowanie. Osoby najbardziej potrzebujące opieki tj. matki z dziećmi, osoby starsze i niesamodzielne, którym opieka pielęgniarek i położnych jest najbardziej potrzebna zostaną w dużej mierze pozostawione same sobie.

Proponowany kształt zmian, tworzenie wspólnych list pacjentów przez lekarza i pielęgniarkę jest nie tylko łamaniem zasady wolnego wyboru personelu, przedmiotowym traktowaniem pacjenta, zaprzeczeniem poszanowania godności osobistej pacjenta, a nade wszystko jest objawem arogancji, z jaką dotychczas nigdy nie spotkali się pacjenci w polskiej służbie zdrowia. Propozycja wspólnego kontraktowania wszystkich zakresów świadczeń przez jednego świadczeniodawcę - lekarza, i obligatoryjna jedna wspólna deklaracja wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z Kartą Praw Pacjenta, która określa prawo pacjenta do wyboru lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego.

Pielęgniarki rodzinne stoją na stanowisku, że kierunek zmian w podstawo-

wej opiece zdrowotnej powinien przede wszystkim uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Wypracowany przez lata model odrębnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych dobrze służył pacjentom. Możliwość samodzielnego kontraktowania świadczeń przez podmioty pielęgniarskie gwarantowała pacjentom wysoką jakość świadczonych usług. Wprowadzony model udzielania świadczeń zapewniał holistyczną, kompleksową i profesjonalną opiekę nad rodziną, jej członkami, społecznością lokalną, co spotykało się z uznaniem pacjentów i było chwalone przez nich głównie za dostępność do świadczeń. Funkcjonujące dotychczas rozwiązania w zakresie kontraktowania świadczeń, pozwalają na równych zasadach funkcjonować różnym podmiotom leczniczym, stworzyły dobre i skuteczne zasady współpracy pomiędzy różnymi zawodami medycznymi, współdziałającymi ze sobą na rzecz pacjenta. Samodzielnie kontraktujące pielęgniarki były niekiedy chętniej wybierane przez pacjentów, niż zatrudnione w praktykach lekarskich, którym po wykonaniu szeregu prac związanych z obsługą lekarza nie starczało czasu na wykonanie zabiegów w domu pacjenta, przygotowania rodziny do odejścia umierającego członka rodziny, wsparcia emocjonalnego w trudnych sytuacjach dla rodziny w walce z różnymi chorobami oraz profilaktykę i promocję zdrowia. Należy nadmienić, że zarówno profilaktyka jak i promocja zdrowia nabierają szczególnego znaczenia zwłaszcza w obliczu wzrostu zachorowań na choroby nowotworowe czy cywilizacyjne. Dlatego też szczególnie niepokoi fakt, iż w proponowanym obec-

nie kierunku zmian w POZ, promocja zdrowia możliwa do realizacji przez pielęgniarki traktowana jest marginalnie.

Opracowane propozycje zmian naruszają zasadę wolności gospodarczej wyrażoną w Konstytucji RP jako jeden z elementów społecznej gospodarki rynkowej. Ewentualna możliwość łącznego kontraktowania świadczeń w zakresie kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej przede wszystkim doprowadzi do likwidacji samodzielnie funkcjonujących podmiotów pielęgniarskich i położniczych, co pociągnie za sobą liczne skutki społeczne.

Pielęgniarki rodzinne stanowczo sprzeciwiają się proponowanym zmianom. Środowisko pielęgniarskie stoi na stanowisku pełnej transparentności i racjonalności w wydawaniu publicznych pieniędzy. Wszelkie zmiany powinny być podejmowane dla dobra pacjenta, nie zaś dla interesu wąskiego grona jednej grupy zawodowej.

Samorząd zawodowy stoi na straży samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych, o którą tak bardzo zabiegaliśmy przez szereg lat, a obecne działania zmierzają w kierunku jej znacznego ograniczenia lub likwidacji.

Apeluję więc do Pani Premier o wsparcie naszej grupy zawodowej w podjętych działaniach w trosce o dobro pacjenta i wszystkich świadczeniodawców i wyrażam zdecydowany sprzeciw wobec kontynuowania prac nad proponowanym kształtem zmian w podstawowej opiece zdrowotnej.

*Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
mgr Renata Michalska*

SEKRETARZ STANU ZASTĘPCA SZEFA KANCELARII PREZESA RADY MINISTRÓW

Paweł Szrot

Warszawa, dnia 30 maja 2016 r.

Pan Konstanty Radziwiłł Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w załączeniu przekazuję według kompetencji, skierowane do Prezesa Rady Ministrów Pani Beaty Szydło, pismo Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położ-

nych w Krośnie z dnia 24 maja 2016 r. dotyczące kierunku zmian w podstawowej opiece zdrowotnej.

Uprzejmie proszę o udzielenie odpowiedzi zainteresowanym i przesłanie jej

kopii do wiadomości Sekretariatu Prezesa Rady Ministrów.

*Z wyrazami szacunku
Paweł Szrot
Sekretarz Stanu Zastępcą Szefa
Kancelarii Prezesa Rady Ministrów*



Ministerstwo Zdrowia

Podsekretarz Stanu
Piotr Warczyński

Warszawa, 2016.06.08

Pani Renata Michalska
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi na pismo z dnia 24 maja 2016 r., znak: OIPiP.0012.18.2016, przekazane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, dotyczące uwag do prac Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, uprzejmie proszę, o przyjęcie poniższego.

W pierwszej kolejności pozwolę sobie zauważyć, iż w trosce o zapewnienie skutecznej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej, w dniu 4 stycznia 2016 r. Minister Zdrowia powołał zespół roboczy, którego celem jest wypracowanie strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W skład zespołu wchodzi przedstawiciele wielu środowisk dzia-

lających w obszarze medycyny rodzinnej w Polsce, w tym lekarzy praktyków, środowiska pielęgniarek i położnych (5 przedstawicielek) oraz środowiska pacjenta. Należy podkreślić, iż zespół zakończy swoje prace nie później niż z dniem 30 czerwca 2016 r., a wypracowana strategia rozwiązań systemowych stanowić będzie podstawę do przygotowania przez resort zdrowia projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, który docelowo zostanie poddany szerokim uzgodnieniom i konsultacjom publicznym.

Jednocześnie, uprzejmie wyjaśniam, iż na posiedzeniu w dniu 17 lutego 2016 r., Zespół w drodze uchwały podjął między innymi decyzję o utrzymaniu dotychczasowych rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń lekarza,

pielęgniarki i położnej POZ, co stoi w opozycji do tezy, dążenia Zespołu, do włączenia świadczeń pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej do struktury podmiotowej praktyk lekarskich POZ, a w konsekwencji likwidacji samodzielnych podmiotów pielęgniarskich i położniczych.

Na marginesie powyższego pozwolę sobie zauważyć, iż wszelkie działania Ministra Zdrowia mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, jak również właściwej organizacji opieki nad pacjentem.

Z poważaniem
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie



Podkarpacka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku

Krosno, dnia 6 czerwca 2016 r.

Pani / Pan Piotr Babinetz, Joanna Frydrych, Stanisław Piotrowicz,
Bogdan Rzońca, Piotr Uruski
Posel na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

W imieniu pielęgniarek i położnych rodzinnych prowadzących NZOZ-y, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarskie na terenie województwa podkarpackiego, będących członkami Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, Krośnie i Przeworsku, chcieliśmy zwrócić uwagę Pani/Pana Posła na sprawy dotyczące proponowanych przez Ministra Zdrowia Kon-

stantego Radziwiłła zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Proponowane od początku 2016 roku działania Ministra Zdrowia zmierzające do stworzenia tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej ograniczą dostęp do świadczeń pielęgnacyjnych i leczniczych wykonywanych przez pielęgniarkę i położną w domu pacjenta, co będzie skut-

kować dłuższym powrotem do zdrowia, powikłaniami i w konsekwencji wzrosnąć ilość hospitalizacji osób w podeszłym wieku. Takie działania wyrządzą wielką szkodę i wywołają negatywne skutki dla pacjentów. Ponadto w dużej mierze zagrożą samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Liczący 17 osób Zespół ds. POZ, powołany przez obecnego Ministra Zdrowia,

który w większości składa się z lekarzy tzw. „Porozumienia Zielonogórskiego”, realizując dążenia tej wąskiej grupy zawodowej i nie uwzględniając licznych i słusznych wniosków środowiska pielęgniarek i położnych rodzinnych miał na celu opracowanie propozycji założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Obecnie po wielu interwencjach w skład zespołu włączono dwie przedstawicielki reprezentujące Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Forsowany kierunek zmian, według którego lekarz byłby koordynatorem podstawowej opieki zdrowotnej, a także tworzyłyby z pielęgniarką i położną wspólne listy kontraktowania (lekarzkiej z pielęgniarską), jest bardzo krytycznie oceniony nie tylko przez same pielęgniarki i położne rodzinne, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, przedstawicieli środowisk akademickich, czy lekarzy rodzinnych niezrzeszonych w tzw. „Porozumieniu Zielonogórskim”, ale przede wszystkim przez naszych pacjentów. Pielęgniarki i położne, które założyły samodzielnie działające podmioty lecznicze tj. NZOZ-y i praktyki zawodowe zyskały w oczach pacjentów uznanie i szacunek oraz w istotny sposób przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia naszego społeczeństwa. Zaproponowane zmiany dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej mogą odbić się bardzo negatywnie na zdrowiu pacjentów, po-

garszając dostępność do świadczeń pielęgniarki/położnej rodzinnej i obniżając ich jakość.

Reprezentując środowisko pielęgniarek i położnych uważamy, że kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien przede wszystkim uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Dotychczasowy sposób kontraktowania świadczeń zdrowotnych sprawdził się i gwarantował pacjentom wysoką jakość świadczonych usług a przyjęte rozwiązania w zakresie kontraktowania świadczeń, pozwalają na równych zasadach funkcjonować różnym podmiotom leczniczym, tworząc dobre i skuteczne zasady współpracy pomiędzy różnymi zawodami medycznymi, współdziałającymi ze sobą na rzecz pacjenta. Samodzielnie kontraktujące pielęgniarki są niekiedy chętniej wybierane przez pacjentów, niż zatrudnione w praktykach lekarskich. Niepokoi również fakt, iż w proponowanym obecnie kierunku zmian w podstawowej opiece zdrowotnej promocja zdrowia traktowana jest marginalnie, a przecież jest ona możliwa do realizacji właśnie przez pielęgniarki i położne.

Proponowany kształt zmian, tworzenie wspólnych list pacjentów przez lekarza i pielęgniarkę jest nie tylko łamaniem zasady wolnego wyboru personelu, ale przede wszystkim świadczy o traktowaniu pacjenta i stanowi zaprzeczenie poszanowania godności osobistej pacjenta. Pragniemy zwrócić uwagę, że propozy-

cja wspólnego kontraktowania wszystkich zakresów świadczeń przez jednego świadczeniodawcę – lekarza, i obligatoryjna jedna wspólna deklaracja wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z Kartą Praw Pacjenta, która określa prawo pacjenta do wyboru lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego.

Chcemy podkreślić, iż zaproponowane przez Ministra Zdrowia rozwiązania w istotny sposób naruszają samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych zagwarantowaną w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

W imieniu samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych prosimy Panią/Pana Posła/Posła o zainteresowanie się powyższą kwestią i podjęcie takich działań, które zapewnią pacjentom bezpieczeństwo i właściwą opiekę a pielęgniarkom i położnym dalsze funkcjonowanie indywidualnych praktyk i utworzonych przez nie samodzielnych podmiotów leczniczych.

*Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
Anita Drążek*

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

*Przewodnicząca Podkarpackiej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Przeworsku
Elżbieta Lewandowska*

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA(1)

z dnia 20 października 2015 r.

w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. z dnia 29 października 2015 r.)

Na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.2) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1

ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanej dalej „ustawą”, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Ustala się wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które mogą być ordynowane

przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Ustala się wykaz wyrobów medycznych, na które pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy, mają prawo wystawiać recepty

i zlecenia, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 4. Ustala się wykaz badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy, mają prawo wystawiać skierowania, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

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

ZAŁĄCZNIK NR 1
Wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położ-

ne, o których mowa w art. 15A ust. 1 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty*

Lp.	Grupa leków	Substancje czynne	Postać i droga podania
1	2	3	4
1	leki przeciwwymiotne	1. Ondansetronum	wszystkie dostępne postacie
		2. Aprepitantum	wszystkie dostępne postacie
		3. Thiethylperazinum	wszystkie dostępne postacie
2	leki przeciwzakaźne do stosowania miejscowego	1. Nystatinum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
		2. Metronidazolium	postacie na skórę i błony śluzowe
3	ginekologiczne leki przeciwzakaźne	1. Nystatinum	postacie do podawania dopochwowego
		2. Natamycinum	postacie do podawania dopochwowego
		3. Clotrimazolium	postacie do podawania dopochwowego
		4. Metronidazolium	postacie do podawania dopochwowego
4	leki stosowane w niedokrwistości	Acidum Folicum	postacie do podawania doustnego
5	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach gardła	Phenoxymethylpenicillinum	postacie do podawania doustnego
6	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach ucha i zatok	Amoxicillinum	postacie do podawania doustnego
7	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach dróg moczowych	Trimethoprim	postacie do podawania doustnego
8	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach przyzębia i tkanki okostnej	Doxycyclinum	postacie do podawania doustnego
9	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach skóry	Oxytetracyclinum + Hydrocortisoni Acetas	postacie do podawania doustnego
10	środki znieczulające działające miejscowo	1. Lidocainum	postacie podawane na skórę i błony śluzowe
		2. Lidocainum	roztwór do wstrzykiwań**
		3. Lidocainum + Prilocainum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
11	leki przeciwbólowe	1. Tramadolium	postacie do podawania doustnego i doodbytniczego
		2. Tramadolium + Paracetamolium	
12	anksjolityki	Hydroxyzinum	postacie do podawania doustnego
13	leki przeciw pasożytnicze	1. Mebendazolium	postacie do podawania doustnego
		2. Pyrantelum	postacie do podawania doustnego
		3. Crofamidonium	postacie do podawania na skórę
14	leki rozszerzające oskrzela	1. Salbutamolium	postacie do podawania wziewnego
		2. Ipratropii Bromidum	postacie do podawania wziewnego
15	witaminy	Cholecalciferolum	postacie do podawania doustnego
16	płyny infuzyjne	1. sól fizjologiczna	dożylnie we wlewie kroplowym
		2. glukoza 5%	dożylnie we wlewie kroplowym
		3. płyn Ringera	dożylnie we wlewie kroplowym
		4. płyn wieloelektrolitowy (PWE)	dożylnie we wlewie kroplowym

* Przy ordynacji leków pielęgniarki i położne powinny korzystać z Wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącego załącznik do aktualnie obowiązującego obwieszczenia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej, a w przypadku wystawienia recepty na lek refundowany - z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

** Dotyczy położnych.

ZAŁĄCZNIK NR 2

Wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty*

Lp.	Nazwa rodzajowa
1	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - Hydrolizaty białek mleka

* Przy ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego pielęgniarki i położne powinny korzystać z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

ZAŁĄCZNIK NR 3

Wykaz wyrobów medycznych, na które pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mają prawo wystawiać recepty i zlecenia*

Lp.	Nazwa wyrobu medycznego
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub w równowartości ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpięście, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończocha kikutowa - po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy
11	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia
12	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda
13	Majteczki po wyłuszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
14	Peruka
15	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia
16	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie ramienia
17	Pończocha kikutowa po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku kończyny górnej
18	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna
19	Materac przeciwoleżynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)
20	Kuła łokciowa ze stopniową regulacją
21	Kuła łokciowa z podparciem na przedramieniu
22	Kuła pachowa
23	Trójnóg albo czwóróg
24	Laska dla niewidomych (biała)
25	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie
26	Opatrunki (emplastrii)
27	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi

* Przy wystawianiu zleceń i recept na wyroby medyczne pielęgniarki i położne powinny korzystać z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

ZAŁĄCZNIK NR 4

Wykaz badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mają prawo wystawiać skierowania

Lp.	Rodzaj badania	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania hematologiczne	morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
2	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	sód potas kreatynina glukoza hemoglobina glikowana (HbA1c) doustny test tolerancji glukozy (DTTG) białko C-reaktywne (CRP) badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM) badanie przeciwciał anti-HCV, anti-HBs badania w kierunku kiły (VDRL)
3	Badania układu krzepnięcia	czas protrombinowy (INR)
4	Badania moczu	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu
5	Badania kału	badanie w kierunku obecności pasożytów badanie w kierunku stwierdzenia krwi utajonej
6	Badania mikrobiologiczne wydzieliny z dróg rodnych*	badanie stopnia czystości pochwy badanie w kierunku dwoinki rzeżączki (GC) badanie w kierunku infekcji Chłamydia trachomatis badanie w kierunku infekcji HPV
7	Badania mikrobiologiczne	szybki test lateksowy posiew moczu z antybiogramem
8	Badania z zakresu serologii grup krwi	oznaczenie grupy krwi ABO i antygeny Rh D oznaczenie przeciwciał anti-Rh
9	Badania radiologiczne**	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
10	Badania elektrokardiograficzne	EKG w spoczynku
11	Badania inne	próba tuberkulinowa RT23

* Dotyczy położnych.

** Dotyczy pielęgniarek.

Kontrowersje dotyczące ordynowania i wypisywania recept przez pielęgniarki

Wprowadzenie

Od kilkunastu lat trwa proces uniezależniania się zawodów pielęgniarki i położnej od innych zawodów medycznych, w szczególności zawodu lekarza, co znalazło wyraz w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011 Nr 174, póź. 1039, z późn. zm.). Art. 2 cytowanej ustawy wprost stwierdza, że „zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi” [1].

W tym kontekście należało oczekiwać, że do zakresu czynności pielęgniarek i położnych zostanie również włą-

czona możliwość ordynowania przez pielęgniarki i położne określonych grup leków, a także możliwość wypisywania przez nie recept (w miejsce recept lekarskich). Możliwość taką wprowadziła ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014, poz. 1136) [2]. W art. 15a tej ustawy określono - podkreślając jednocześnie samodzielną wykonywanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych przez pielęgniarki i położne

- **prawo pielęgniarki i położnej do:**

- **samodzielnego ordynowania leków** zawierających określone substancje czynne (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym do wystawiania na nie recepty;

- **samodzielnego ordynowania określonych wyrobów medycznych**, w tym wystawiania na nie zlecenia albo recepty;

- **wystawiania recept - w ramach realizacji zleceń lekarskich** w proce-

sie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji - na leki (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia.

Jednocześnie zostały określone wymagania, jakie powinny spełniać pielęgniarki i położne, aby móc ordynować i wypisywać recepty na wskazane wyżej leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne:

- **posiadanie dyplomu** ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (samodzielne ordynowanie i wypisywanie recept);

- **posiadanie dyplomu** ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (wystawianie recept w ramach realizacji zleceń lekarskich).

- **posiadanie tytułu specjalisty** w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa;

- **ukończenie kursu specjalistycznego** w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept.

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku dała również delegację ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wykazu wyrobów medycznych, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne i na które mogą one wystawiać recepty. Delegacja ta została zrealizowana rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz.U.2015, poz. 1739) [3].

Załącznik nr 1 do cytowanego rozporządzenia określa wykaz substancji czynnych, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty. Substancje czynne zostały przypisane do określonych grup leków:

- leki przeciwwymiotne (3 substancje czynne);

- leki przeciwwzakazne do stosowania miejscowego (2 substancje czynne);

- ginekologiczne leki przeciwwzakazne (4 substancje czynne);

- leki stosowane w niedokrwistości (Acidum Folicum);

- leki przeciwwzakazne stosowane w chorobach gardła (1 substancja czynna);

- leki przeciwwzakazne stosowane w chorobach ucha i zatok (1 substancja czynna);

- leki przeciwwzakazne stosowane w chorobach dróg moczowych (1 substancja czynna);

- leki przeciwwzakazne stosowane w chorobach przyzębia i tkanki okostnej (1 substancja czynna);

- leki przeciwwzakazne stosowane w chorobach skóry (2 substancje czynne);

- środki znieczulające działające miejscowo (3 substancje czynne);

- leki przeciwbólowe (2 substancje czynne);

- anksjolityki (1 substancja czynna);

- leki przeciw pasożytnicze (3 substancje czynne);

- leki rozszerzające oskrzela (2 substancje czynne);

- witaminy (Cholecalciferolum);

- płyny infuzyjne: sól fizjologiczna, glukoza 5%, płyn Singera, płyn wieloelektrolitowy.

Jak widać, jest nie jest to zbyt szeroki zestaw, zawiera jednak substancje czynne, które zawarte są w tych grupach leków, które są przepisywane zazwyczaj pacjentom z najczęściej występującymi schorzeniami.

Załącznik nr 2 do cytowanego rozporządzenia zawiera tylko jedną pozycję z wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty: jest to dieta eliminacyjna mlekozastępcza - hydrolizaty białek mleka.

Natomiast załącznik nr 3 do cytowanego rozporządzenia zawiera 27 nazw wyrobów medycznych, m.in. zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej, paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi, różnego rodzaju

cewniki, worki do zbiórki moczu i worki stomijne, pończochy kikutowe, poduszki i materace przeciwdoleżynowe, kule łokciowe, balkoniki ułatwiające chodzenie, laski dla niewidomych, opatrunki (emplastrii).

Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 roku w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne [4] w sposób precyzyjny określiło sposób wystawiania recept przez pielęgniarki i położne - analogiczne do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich - (Dz. U. 2012 poz. 260, z późn. zm.) [5].

Wspomniana już ustawa z 2011 roku oraz cytowane rozporządzenie wywołały - w trakcie dyskusji społecznych - wiele kontrowersji, które wynikają nie tylko z kondycji polskiego pielęgniarstwa, lecz również z problemów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Uzasadnienie ustawodawcy i wyniki konsultacji społecznych dotyczących projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wystawiania recept przez pielęgniarki i położne **Minister Zdrowia, kierując do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia z dnia 22 czerwca 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne [6], wskazywał na:**

- zwiększenie dostępności pacjentów do uzyskania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w tym porad recepturowych, bez konieczności odbycia przez świadczeniobiorcę wizyty lekarskiej;

- zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych poprzez poszerzenie katalogu osób uprawnionych do wystawiania recept, zleceń i skierowań na badania diagnostyczne, w zakresie określonym wprowadzonym rozporządzeniem;

- poszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych poprzez nadanie im nowych uprawnień, m.in. w zakresie samodzielnej ordynacji leków oraz wystawianie skierowań na określone badania diagnostyczne. Pielęgniarka i położna, po zbadaniu pacjenta, uzyskuje uprawnienia do wystawienia pacjentowi recepty bądź zlecenia, a także do skierowania go na badanie diagnostyczne,

z wynikiem którego pacjent będzie mógł udać się do lekarza, który już na podstawie zleconego badania znacznie szybciej postawi diagnozę w oparciu o dostarczoną przez pacjenta dokumentację medyczną;

- umocnienie pozycji zawodowej pielęgniarek i położnych poprzez uzyskanie szerszych uprawnień i kompetencji zawodowych, jako potwierdzenie poziomu wykształcenia, przygotowania podyplomowego i doświadczenia zawodowego. Konsultacje publiczne przyniosły szereg uwag szeroko pojętego środowiska medycznego; były to zarówno uwagi negatywne, jak i pozytywne.

Zdecydowanym przeciwnikiem proponowanego rozwiązania było Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, które w swoim stanowisku nr 39/15/P-VH z dnia 10 lipca 2015 roku [7] podtrzymało krytyczne stanowisko samorządu lekarskiego wobec wprowadzenia uprawnień pielęgniarek i położnych do samodzielnego ordynowania leków oraz możliwości wystawiania na nie recept, wyrażone w stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/14A/II z dnia 9 maja 2014 r. [8]. W przytoczonym stanowisku z dnia 9 maja wskazuje się, że „samodzielne ordynowanie leków jest końcowym etapem leczenia, poprzedzonym wywiadem, badaniem przedmiotowym, analizą zleconych badań dodatkowych i innych uzyskanych informacji. Lekarz, lekarz dentyista musi dokonać interpretacji badań dodatkowych, mieć wiedzę o chorobach towarzyszących, przeprowadzić diagnostykę różnicową oraz posiadać wiedzę o działaniu leków i o interakcjach w czasie równoczesnego stosowania różnych leków. W okresie trwania choroby, nawet w chorobach przewlekłych, często istnieje konieczność weryfikacji ordynowanego leku, ewentualnie zmiany jego dawki, postaci.

Wiedzę tę lekarz uzyskuje w czasie długich i trudnych studiów oraz nauki w czasie specjalizacji i ustawicznego kształcenia podyplomowego”. W stanowisku podkreśla się, że „istniejący system kształcenia pielęgniarek i położnych nie zapewnia tej grupie zawodowej odpowiedniej wiedzy i umiejętności w tym zakresie”.

Wskazuje się również na brak wskazania, kto miałby być organizatorem ta-

kiego kursu, jaki miałby być jego program i czas trwania oraz kto ponosiłby jego koszty. Taki program został opublikowany dopiero w dniu 3 listopada 2011 r. przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych [9], co w kontekście wprowadzenia możliwości wypisywania przez pielęgniarki i położne recept już od dnia 1 stycznia 2016 roku nie pozostawia zbyt wiele czasu na odpowiednie ich przygotowanie w tym zakresie.

Sprzeciw budzą również wprowadzone w projekcie przepisy uprawniające pielęgniarki i położne do wystawiania recept na zlecenie lekarza: „nie wiadomo, kto będzie ponosił odpowiedzialność za tak wystawioną receptę - lekarz, który zlecił wystawienie recepty, czy pielęgniarka, która ją wystawiła?” [8].

Podobną opinię wyraziła Naczelna Izba Aptekarska w swoim stanowisku z dnia 24 lipca 2015 r. [10]. W stanowisku tym wskazuje się, iż jedynymi osobami uprawnionymi z mocy ustawy do powtórnego wydania leku pacjentowi, bez konieczności kolejnej wizyty u lekarza, są farmaceuci. Ich wiedza w dziedzinie farmakoterapii oraz uprawnienie do sprawowania opieki farmaceutycznej nad pacjentem najbardziej predestynują ich do wykonywania tych czynności. Kompetencje powierzone pielęgniarkom i położnym w zakresie niniejszego rozporządzenia stanowią część opieki farmaceutycznej, czyli usługi farmaceutycznej przypisanej do wykonywania zawodu farmaceuty, prowadzonej w wielu krajach Europy Zachodniej i przynoszącej istotne oszczędności w systemach ochrony zdrowia” [10].

Negatywną opinię wyraziło również Porozumienie Zielonogórskie w swoich uwagach z dnia 24 lipca 2015 r.: „w sytuacji kiedy lekarz ma możliwość ordynacji leków na roczną kurację, zaproponowane rozwiązania, umożliwiające kontynuację leczenia przez pielęgniarkę (chodzi o okres 120 dni -WP) zdaniem Federacji są zbędne” [11].

W trakcie konsultacji publicznych, odnotowano także szereg opinii pozytywnych na temat propozycji Ministerstwa Zdrowia dotyczącej ordynowania oraz wypisywania recept przez pielęgniarki i położne. Opinie te wskazywały ponadto na ko-

nieczność pewnego doprecyzowania zapisów zawartych w projekcie rozporządzenia.

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w swoim piśmie z dnia 24 lipca 2015 r. pozytywnie odniósł się do proponowanego przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w sprawie wystawiania recept przez pielęgniarki i położne. Zastrzeżenia wzbudził jednak sam proces wprowadzania zmian towarzyszących, a przede wszystkim samo przygotowanie i organizacja szkoleń dla pielęgniarek i położnych, które to szkolenia mają być prowadzone po wejściu w życie niniejszego rozporządzenia. Według cytowanej opinii, szkolenia tego typu „winny być przeprowadzone lub rozpocząć się jeszcze przed rozpoczęciem obowiązywania ujętych w regulacji zapisów. W dużej mierze ułatwiłoby to funkcjonowanie całości rozporządzenia, a tym samym przyczyniłoby się do realnej poprawy sytuacji pacjentów oczekujących na recepty w długich kolejkach do lekarzy. Z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów należy właściwie zabezpieczyć system kształcenia pielęgniarek i położnych w zakresie ustawicznego kształcenia podyplomowego w zakresie nauki o lekach” [12].

W piśmie z dnia 26 czerwca 2015 r. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny dotyczącym projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne, pozytywnie odnoszącego się do proponowanych zmian, wskazuje się również na to, że „nie przedstawiono symulacji finansowej odnoszącej się do nowych uprawnień i prawdopodobnego wzrostu liczby wystawianych ogółem recept przez uprawnione zawody medyczne” [13].

OPINIE ŚRODOWISKA PIELĘGNIARSKIEGO

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w swoim piśmie z dnia 21 lipca 2015 r. zwraca uwagę na fakt braku określonej wyceny świadczeń definiowanych w projekcie rozporządzenia. Zdaniem Konsultanta, „należy wskazać sposób i charakter ich wyceny - jest to nowa komicja wiążąca się z poszerzonym za-

kresem obowiązków i nowym zakresem odpowiedzialności” [14].

Z kolei Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w piśmie z dnia 23 lipca 2015 r. w sprawie uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne nadmienia, że „projektowana zmiana z jednej strony nadaje pielęgniarcom i położnym nowe uprawnienie, które może skutkować poprawą dostępności do świadczeń dla pacjenta, ale jednocześnie wpłynie na większe obciążenia pracą pielęgniarek i położnych zwiększając ich odpowiedzialność, co powinno mieć odzwierciedlenie w zwiększeniu wynagrodzenia za pracę pielęgniarek i położnych” [15].

W kwestii wystawiania recept przez pielęgniarki i położne wypowiedział się również Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa, odnosząc się do uregulowań w tej sprawie zawartych w nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 22 lipca 2014 roku [16]. W przytoczonej opinii podkreśla się, że wprowadzenie nowych regulacji prawnych wzbudziło wiele negatywnych emocji, a nawet kategoryczny sprzeciw ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej [17].

Do pozytywnych opinii zaliczyć można wzrost prestiżu zawodu w związku z uzyskaniem szerszych uprawnień (wypisywanie recept), ponadto specyfika niektórych działań pielęgniarstwa (pielęgniarstwo środowiskowe, pielęgniarstwo opieki długoterminowej, opieka paliatywna oraz hospicyjna) sprawia, że działające w tych działach pielęgniarki już są przygotowane do samodzielnego świadczenia opieki nad chorymi, zaproponowane zmiany są zatem dla tych pielęgniarek bardzo korzystne. Na przykład, „dotychczas pielęgniarka opiekująca się chorym np. z odleżyną musiała zwracać się do lekarza o wypisanie recepty na opatrunek, a odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem była podzielona, pomimo iż to ona dokonywała oceny rany, zakładała opatrunek i monitorowała leczenie rany. Zgodnie z nowymi regulacjami prawnymi pielęgniarka będzie mogła wypisywać receptę na wybrany przez siebie opatrunek i będzie

samodzielnie odpowiedzialna za leczenie rany odleży nowej” [16].

W cytowanej opinii Konsultanta Krajowego zawarto także opinie negatywne środowiska pielęgniarskiego. Opinie te dotyczą odpowiedzialności prawnej za błędnie wypisane recepty, obaw przed dodatkowym obciążeniem, braku informacji o wzroście uposażenia w związku z nowymi uprawnieniami, obowiązku ukończenia kursów specjalistycznych bez określenia źródeł ich finansowania, możliwych konfliktów między pielęgniarkami i lekarzami, wymuszania przez pacjentów wypisywania leków i dzielenia środowiska zawodowego [16].

Wspomniane wyżej **stanowisko nr 17 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 czerwca 2014 r.** wyraża „stanowczy sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez konstytucyjne organy władzy państwowej samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych” [17]. Proponowane przez ustawodawcę zmiany ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (w tym możliwość ordynowania oraz wypisywania recept przez pielęgniarki i położne) nie zostały wcześniej skonsultowane z samorządem zawodowym, który „tym samym sprowadzony został do roli biernego obserwatora zdarzeń, prowadzących nieuchronnie do obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, która to okoliczność skutkować może narażeniem życia i zdrowia pacjentów” [17].

Ze stanowiskiem NRPiP zgodne są okręgowe izby pielęgniarek i położnych, aczkolwiek wskazują one również na pozytywne aspekty nowo wprowadzanych uregulowań prawnych. Dla przykładu, wskazuje się, że doświadczenia innych krajów pokazują, iż „możliwość ordynowania leków i wypisywania recept przez pielęgniarki i położne ułatwia pacjentowi poruszanie się w skomplikowanym systemie ochrony zdrowia” [18].

Podkreśla się, że „ordynowanie leków przez pielęgniarki z pewnością odciążą lekarzy i skróci kolejki”, szczególnie w przypadku, gdy pacjent udaje się do lekarza z gotowym rozwiązaniem (po uzyskaniu porady od pielęgniarki), a lekarz jedynie wypisuje mu receptę (w ten sposób tworzą się niepotrzebne kolejki

do specjalistów, głównie do lekarzy rodzinnych) [18].

Uwzględniając pozytywne aspekty wypisywania recept przez pielęgniarki i położne, L. Dargiewicz przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zwraca jednak uwagę na to, że te pozytywne aspekty dotyczą krajów, w których na jednego mieszkańca przypada kilkanaście pielęgniarek, podczas gdy w Polsce jest to tylko 5,2: „wypisywanie recept i ordynowanie leków wiąże się z olbrzymią odpowiedzialnością. Jeśli czegoś się obawiamy, to tego, że jest to kolejne zadanie nakładane na już nadmiernie obciążoną pracą pielęgniarkę. Na czym ma się skupić pielęgniarka - na opiece nad pacjentem, czy na przedłużaniu recept lub wypisywaniu nowych? - zastanawia się Lucyna Dargiewicz. (...) Od razu pojawia się też pytanie: jaką gratyfikację z tego tytułu otrzymują pielęgniarki? Mają to robić za darmo? - pyta przewodnicząca OZZPiP [18].

Jak wskazuje K. Nowosielska, „za ordynowanie leków pielęgniarki i położne nie dostaną dodatkowych pieniędzy, bo właśnie otrzymują 400 zł podwyżki” [19]. Takiego samego zdania jest B. Cholewka, dyrektor departamentu pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia. Tymczasem, jak wskazują pielęgniarki, „jeśli pacjent teraz przychodzi do przychodni tylko po receptę, doktor rozlicza tę usługę jako poradę lekarską”. Dlaczego więc nie można by zastosować takiej samej zasady w odniesieniu do pielęgniarek i położnych? [19].

K. Rożko i K. Nowosielska wskazują ponadto na zbyt późne opublikowanie programu (co podkreślała również cytowana wyżej opinia Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej) [18,19,12].

Wspomniano już wyżej o braku uregulowań prawnych w zakresie źródeł finansowania procesu nabywania przez pielęgniarki i położne dodatkowych uprawnień, nakładanych na nie przez nowelizację ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a sprecyzowanych w rozporządzeniu z dnia 28 października 2015 roku w sprawie wystawiania recept przez pielęgniarki i położne. **Wychodząc naprzeciw uzasadnionym oczekiwaniom środowiska pielęgniarstwa**

niarskiego w tej kwestii, resort zdrowia pod koniec października 2015 roku ogłosił konkurs pod nazwą „Kształcenie poddyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Jednym z elementów konkursu jest przeprowadzenie kursu specjalistycznego. Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych. Jednostki szkoleniowe (w tym wyższe uczelnie) uczestniczące w tym konkursie muszą zorganizować - zgodnie z wymogami konkursu - co najmniej jedną edycję szkoleniową w co najmniej pięciu województwach. Wydaje się, że jest to wymóg trudny do spełnienia jeżeli chodzi o zasięg szkolenia. Nie wiadomo, co miał na myśli autor wytycznych do wspomnianego konkursu, na pewno jednak nie ułatwią one profesjonalnym organizatorom kształcenia (uczelnie wyższe) organizacji tak potrzebnych pielęgniarkom i położnym szkoleń w zakresie m.in. ordynowania leków oraz wypisywania recept. Uczelnie wyższe z reguły nie dysponują bazą rozlokowaną w wielu województwach, lecz skoncentrowaną w jednej miejscowości (ewentualnie winnej miejscowości będącej siedzibą zamiejscowej podstawowej jednostki organizacyjnej). W tym kontekście, jak się wydaje, udział uczelni wyższych, predysponowanych do prowadzenia takiego typu szkoleń specjalizacyjnych może okazać się bardzo ograniczony, a ich rolę przejmą regionalne jednostki szkoleniowe, które nie zawsze są należycie przygotowane do takiej działalności, a oferowane przez nie ceny za szkolenie (często zaniżane) wydają się wysoce nieadekwatne do sprostania wszystkim wymagom konkursowym.

DOŚWIADCZENIA EUROPEJSKIE W KWESTII WYPISYWANIA RECEPT PRZEZ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

W wielu państwach członkowskich Unii Europejskiej znane są rozwiązania umożliwiające pielęgniarkom i położnym wystawianie recept. Rozwiązania te są zróżnicowane i zależą od systemu opieki zdrowotnej, rozmieszczenia populacji i statusu zawodu pielęgniark

ki i położnej. Dla przykładu, w Wielkiej Brytanii przyznawanie uprawnień do wystawiania recept rozpoczęto od pielęgniarek i położnych środowiskowych, co stało się podstawą do rozszerzenia tych uprawnień również dla innych grup pielęgniarek. Celem głównym wprowadzenia takich uprawnień była poprawa dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Podobne rozwiązania funkcjonują w Irlandii, Hiszpanii, Szwecji, Danii, Holandii.

Jak wskazuje raport Rogal College of Nursing, przypisywanie leków przez pielęgniarki to w brytyjskiej służbie zdrowia rozpowszechniona praktyka. Uprawnienia do wypisywania recept posiada aktualnie około 54 tys. brytyjskich pielęgniarek (spośród około 400 tys.). Wyróżnia się dwa rodzaje upoważnień do wystawiania recept: tryb niezależny (pielęgniarki mogą przypisywać wszystkie leki w ramach swych kompetencji klinicznych), tryb pomocniczy (pielęgniarki mogą wystawić receptę na lekarstwo, które zostało wcześniej uwzględnione w planie leczenia danego pacjenta po badaniu lekarskim; upoważnienie to opiera się na porozumieniu między lekarzem a pielęgniarką) [20].

Jak wskazuje dr Dorota Kilańska z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, doświadczenia krajów, które w latach 70. dały pielęgniarkom uprawnienia do wypisywania recept, pokazują, że jest to korzystne dla., pacjentów i dla pielęgniarek. Na przykład, w Irlandii w 2013 r. pielęgniarki wystawiły 34310 recept dla 28045 pacjentów. Przywołane przez D. Kilańską szwedzkie badanie z 1995 r. potwierdziło, że wypisywanie recept przez pielęgniarki poprawia standardy opieki nad pacjentami i usprawnia komunikację pomiędzy pracownikami medycznymi. Pacjenci brytyjscy zaś uważają, że pielęgniarki lepiej radzą sobie z wypisywaniem leków z receptariusza, bo lepiej znają pacjentów i produkty. D. Kilańska wskazuje również na wyniki badań w tej kwestii prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu; według tych badań aż 90% pielęgniarek pod nieobecność lekarzy leczy pacjentów na dyżurach w szpitalach, przyznając się do modyfikowania dawki leku lub samodzielnego podawania leków bez zlecenia lekarskiego; przytoczony jest

także przypadek, gdy pielęgniarka nie podała pacjentce błędnie przepisanego leku i uchroniła ją przed zgonem (miała jednak z tego powodu sporo kłopotów). Wprowadzenie więc możliwości wypisywania recept przez pielęgniarki zalegalizowałoby dość powszechną w polskim lecznictwie praktykę [21].

Z doświadczeń europejskich wynika więc, że wypisywanie recept przez pielęgniarki przynosi korzyści zarówno dla pacjentów, jak i dla systemu. Pacjenci bardziej przestrzegają zaleceń terapeutycznych, mają łatwość ponownej konsultacji z pielęgniarką. Pielęgniarki postrzegane są jako profesjonalnie przygotowane, uzyskują dobre efekty w komunikacji z pacjentami, co ma bezpośrednie przełożenie na efekty ekonomiczne, satysfakcję pacjentów i oszczędność pracy. Takie zmiany wpływają na bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami ochrony zdrowia oraz na wydajność poszczególnych członków zespołu terapeutycznego.

W cytowanej już opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa również wskazuje się na pozytywny wydźwięk uregulowań prawnych, nadających pielęgniarkom uprawnienia do wypisywania recept, chociaż proces ich wdrażania - sprzeciw lekarzy, brak entuzjazmu pielęgniarek - był podobny do dyskusji na ten temat zachodzącej obecnie w polskiej ochronie zdrowia [16]

WNIOSKI

Z przedstawionych wyżej rozważań można wysunąć następujące wnioski:

- ordynowanie i wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne wywołało wiele sporów kompetencyjnych w środowisku medycznym (pielęgniarki, lekarze, farmaceuci);
- w nowym rozporządzeniu nie odniesiono się do sposobów finansowania uzyskiwania przez zainteresowane pielęgniarki nowych kompetencji w zakresie ordynowania i wypisywania recept;
- program kursu specjalistycznego dotyczącego ordynowania i wypisywania recept przez pielęgniarki i położne został opublikowany zbyt późno, aby zapewnić wdrożenie przepisów rozporządzenia już od dnia 1 stycznia 2016 roku;
- nadal nieuregulowane pozostają kwestie wynagrodzenia pielęgniarek

i położnych, które uzyskują dodatkowe uprawnienia, co przekłada się na zwiększenie zakresu ich obowiązków zawodowych.

*Przedruk „W cieniu czepka”
Nr 1 291/styczeń 2016*

*Doc. dr med. Wiktor Piotrowski
- Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy,
lek. med. Zbigniew Kapusta
- Miedziane Centrum Zdrowia
MCZ w Lubinie*

BIBLIOGRAFIA:

- [1]. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.).
- [2]. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014 poz. 1136).
- [3]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. 2015, poz. 1739).
- [4]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne
- [5]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. 2012 poz 260 z późn. zm.)
- [6]. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne
- [7]. Stanowisko Nr 39/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 lipca 2015 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.
- [8]. Stanowisko Nr 2/14A/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 maja 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.
- [9]. Program kursu specjalistycznego „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych. Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 3.11.2015.
- [10]. Stanowisko Naczelnej Izby Aptekarskiej z dnia 24 lipca 2015 r. dotyczące projektu rozporządzenia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.
- [11]. Uwagi z dnia 24.07.2015 r. Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” dotyczące projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.
- [12]. Uwagi z dnia 24 lipca 2015 r. Instytutu Praw Pacjenta I Edukacji Zdrowotnej do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 22 czerwca 2015 roku w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.
- [13]. Uwagi z dnia 26 czerwca 2015 r. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny dotyczące projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.
- [14]. Pismo z dnia 21 lipca 2015 r. Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w sprawie uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.
- [15]. Pismo z dnia 23 lipca 2015 r. Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.
- [16]. Stanowisko z dnia 18.11.2014 r. Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 22 lipca 2014 roku.
- [17]. Stanowisko nr 17 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw przyjętych przez Radę Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej.
- [18]. Rożko K.: Pielęgniarki z nowymi uprawnieniami pytają o szkolenia (dodatkową zapłatę). Rynek Zdrowia, 6 listopada 2015 r.
- [19]. Nowosielska K.: Pielęgniarki zyskają 1 stycznia 2016 prawo do wystawiania recept. Rp.pl 18.11.2015.
- [20]. RCN Fact Sheet. Nurse Prescribing in the UK. Royal College of Nursing. Policy and International Department, April 2012.
- [21]. Kilańska D.: Recepta farmaceutyczna. Gazeta Farmaceutyczna, wrzesień 2014, s. 22-23.

Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego

z dnia 16 października 2015 r., w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016

Na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z 2014 r. poz. 619 i 1138 oraz z 2015 r. poz. 1365) ogłasza się Program Szczepień Ochronnych na rok 2016, który stanowi załącznik do niniejszego komunikatu.

Główny Inspektor Sanitarny Marek Posobkiewicz

Załącznik do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2015 r. (poz. 63)

PROGRAM SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH NA ROK 2016

Program Szczepień Ochronnych na rok 2016, zwany dalej „PSO”, składa się z następujących części:

I.* Szczepienia obowiązkowe - kalendarz szczepień.

A. Szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży według wieku.

B. Szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie.

C. Szczepienia poekspozycyjne.

II.* Szczepienia zalecane - niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia.

III. Informacje uzupełniające.

* Finansowanie szczepień określonych w części I i II załącznika odbywa się na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581,1240,1269 i 1365).

I. SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE - KALENDARZ SZCZEPIEŃ

(Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, 19 października 2015 poz. 63 - http://dzien-nikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2015/63/akt.pdf) (- tu można zobaczyć całość kom.)

A. SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE DZIECI I MŁODZIEŻY WEDŁUG WIEKU

Wiek	Szczepienie przeciw	Uwagi	
1 rok życia	w ciągu 24 godzin po urodzeniu	WIRUSOWEMU ZAPALENIU WĄTROBY typu B (WZW typu B) – (pierwsza dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnie(według wskazań producenta szczepionki) GRUŻLICY–śródkórnice szczepionką BCG	Szczepienie noworodków przeciw GRUŻLICY oraz przeciw WZW typu B powinno być wykonane jednocześnie lub winnym możliwym terminie przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego. Patrz „Informacje uzupełniające”–część III PSO: szczepienia przeciw WZW typu B, szczepienia przeciw GRUŻLICY, szczepienia dzieci urodzonych przedwcześnie.
2 miesiąc życia (7–8 tydzień)*	WZW typu B (druga dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnie(według wskazań producenta szczepionki)	Drugą dawkę szczepionki przeciw WZW typu B należy podać w 7–8 tygodniu życia jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI.	
	BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI (pierwsza dawka szczepienia podstawowego) – domięśniowo lub podskórnice(według wskazań producenta szczepionki)	Trzy dawki szczepienia podstawowego przeciw BŁONICY,TEŻCOWI,KRZTUŚCOWI szczepionką błonczo-tężcowo-krztuścową (DTP) są podawane w odstępach 6–8 tygodniowych. U dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI szczepionką pełnokomórkową oraz u dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g należy zastosować szczepionkę błonczo-tężcowo-krztuścową z bezkomórkowym komponentem krztuśca (DTaP) – według wskazań producenta szczepionki.	
		W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błonczo-tężcowa (DT) –według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające”–część III PSO.	
	Inwazyjnym zakażeniem HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b (pierwsza dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnice (według wskazań producenta szczepionki)	Trzy dawki szczepienia podstawowego przeciwinwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b są podawane w odstępach 6–8 tygodniowych. Szczepionkę przeciw inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b można stosować jednocześnie z innymi szczepionkami, np. DTP, IPV, WZW typu B, ale w oddzielnych iniekcjach. Patrz „Informacje uzupełniające”–część III PSO.	
3–4 miesiąc życia (po 6–8 tygodniach od poprzedniego szczepienia)*	BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI (druga dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnice(według wskazań producenta szczepionki)	U dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI szczepionką pełnokomórkową oraz u dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g należy zastosować szczepionkę błonczo-tężcowo-krztuścową z bezkomórkowym komponentem krztuśca (DTaP) – według wskazań producenta szczepionki. W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błonczo-tężcowa (DT) – według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające”–część III PSO.	
	OSTRE NAGMINNE PORAZENIE DZIECIĘCE (POLIOMYELITIS), zwane dalej	Szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1, 2, 3 typ wirusa) na przełomie 3 i 4 miesiąca życia jednocześnie z drugą dawką szczepienia podstawowego	
	„POLIOMYELITIS” – (pierwsza dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnice (według wskazań producenta szczepionki)	przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI. Patrz „Informacje uzupełniające”–część III PSO.	

		Inwazyjnym zakażeniem HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b (druga dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	Szczepionkę przeciw inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b można stosować jednocześnie z innymi szczepionkami, np. DTP, IPV, WZW typu B, ale w oddzielnych iniekcjach.
	5–6 miesiąc życia (po 6–8 tygodniach od poprzedniego szczepienia)*	BŁONICY,TEŻCOWI,KRZTUŚCOWI(trzecia dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	U dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI szczepionką pełnokomórkową oraz u dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g należy zastosować szczepionkę błoniczno- -tężcowo-krztuścową z bezkomórkowym komponentem krztuśca (DTaP) – według wskazań producenta szczepionki. W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błoniczno-tężcową (DT) – według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
		POLIOMYELITIS – (druga dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1, 2, 3 typ wirusa) jednocześnie z trzecią dawką szczepienia podstawowego przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
		Inwazyjnym zakażeniem HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b (trzecia dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	Szczepionkę przeciw inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b można stosować jednocześnie z innymi szczepionkami, np. DTP, IPV, WZW typu B, ale w oddzielnych iniekcjach. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
	7 miesiąc życia*	WZW typu B (trzecia dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	
2rocznica	13–14 miesiąc życia	ODRZE,ŚWINCE,RÓŻYCZCE(szczepienie podstawowe) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką atenuowaną skojarzoną. Podawane w wywiadzie przebycie zachorowania na ODRE, ŚWINKE lub RÓŻYCZKE nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia. Szczepionkę należy podać po upływie co najmniej 4 tygodni od wyzdrowienia. Patrz „Informacje uzupełniające”–część III PSO.
	16–18 miesiąc życia*	BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI (czwarta dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	U dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI szczepionką pełnokomórkową oraz u dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g należy zastosować szczepionkę błoniczno- -tężcowo-krztuścową z bezkomórkowym komponentem krztuśca (DTaP) – według wskazań producenta szczepionki. W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błoniczno-tężcową (DT) – według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
		POLIOMYELITIS–(trzecia dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1, 2, 3 typ wirusa) jednocześnie z czwartą dawką szczepienia podstawowego przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
		Inwazyjnym zakażeniem HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b (czwarta dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórniewedług wskazań producenta szczepionki)	Szczepionkę przeciw inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b można stosować jednocześnie z innymi szczepionkami, np. DTP, IPV, WZW typu B, ale w oddzielnych iniekcjach. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.

Okres przed-szkolny	6 rok życia	BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI (pierwsza dawka szczepienia przypominającego) –domięśniowo lub podskórnie(według wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI zawierającą bezkomórkowy komponent krztuśca (DTaP). Należy zachować odstęp, pomiędzy dawkami przypominającymi szczepionki zgodnie ze wskazaniem producenta szczepionki, jednak nie krótszy niż 5 lat. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
		POLIOMYELITIS - (szczepienie przypominające)	Szczepionką atenuowaną OPV poliwalentną (1, 2, 3 typ wirusa) należy szczepić do wyczerpania zapasów szczepionki lecz nie dłużej, niż do dnia 31 marca 2016 roku.
		doustnie (według wskazań producenta szczepionki) domięśniowo lub podskórnie(według wskazań producenta szczepionki)	Od dnia 1 kwietnia 2016 roku należy szczepić wyłącznie szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1, 2, 3 typ wirusa). Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
Szkoła podstawowa i gimnazjum	10 rok życia	ODRZE, ŚWINCE, RÓŻYCZCE (szczepienie przypominające) –domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką atenuowaną skojarzoną. Podawane w wywiadzie przebycie zachorowania na ODRE, ŚWINKE lub RÓŻYCZKE nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia, szczepienie można przeprowadzić po upływie co najmniej 4 tygodni od wyzdrowienia. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
	14 rok życia	BŁONICY,TEŻCOWI,KRZTUŚCOWI(druga dawka szczepienia przypominającego) –domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI ze zmniejszoną zawartością komponentu krztuścowego zawierającą bezkomórkowy komponent krztuśca (dTAp). Należy zachować odstęp pomiędzy dawkami przypominającymi szczepionki zgodnie ze wskazaniem producenta szczepionki, jednak nie krótszy niż 5 lat. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
Szkoła ponad-podstawowa	19 rok życia lub ostatni rok nauki w szkole	BŁONICY, TEŻCOWI (trzecia dawka szczepienia przypominającego) – domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką przeciw BŁONICY i TEŻCOWI(Td). Należy zachować odstęp pomiędzy dawkami przypominającymi szczepionki zgodnie ze wskazaniem producenta szczepionki, jednak nie krótszy niż 5 lat. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.

*Wariant szczepień z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej DTaP-IPV-Hib

Wiek		Szczepienie przeciw	Uwagi
1 rok życia	2 miesiąc życia (7–8 tydzień)	WZW typu B (druga dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	Drugą dawkę szczepionki przeciw WZW typu B należy podać w 7–8 tygodniu życia jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI, POLIO i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b.
		BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI, POLIO i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b (pierwsza dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	Trzy dawki szczepienia podstawowego przeciw BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI, POLIO i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b – szczepionką skojarzoną (DTaP - IPV - Hib) – według wskazań producenta szczepionki. W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błonczo-tężcową (DT) – według wskazań producenta szczepionki – jednocześnie ze szczepionkami przeciw POLIO (IPV) i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b podanych w oddzielnych iniekcjach – według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
	3–4 miesiąc życia (po 6–8 tygodniach od poprzedniego szczepienia)	BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI, POLIO i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b (druga dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnie(według wskazań producenta szczepionki)	W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błonczo-tężcową (DT) – według wskazań producenta szczepionki – jednocześnie ze szczepionkami przeciw POLIO (IPV) i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b podanych w oddzielnych iniekcjach – według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.

5–6 miesiąc życia (po 6–8 tygodniach od poprzedniego szczepienia)	BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI, POLIO i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b (trzecia dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błonczo-żeńcową (DT) – według wskazań producenta szczepionki – jednocześnie ze szczepionkami przeciw POLIO (IPV) i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b podanych w oddzielnych iniekcjach – według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
7 miesiąc życia	WZW typu B (trzecia dawka szczepienia podstawowego) –domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	
2 rok życia	13–14 miesiąc życia ODRZE, ŚWINCE, RÓŻYCZKE (szczepienie podstawowe) –domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	Szczepionką atenuowaną skojarzoną. Podawane w wywiadzie przebycie zachorowania na ODRE, ŚWINKĘ lub RÓŻYCZKĘ nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia, należy ją podać po upływie co najmniej 4 tygodni od wyzdrowienia. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.
16–18 miesiąc życia	BŁONICY, TEŻCOWI, KRZTUŚCOWI, POLIO i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b domięśniowo lub podskórnie (czwarta dawka szczepienia podstawowego) domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki)	W przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw KRZTUŚCOWI należy zastosować szczepionkę błonczo-żeńcową (DT) – według wskazań producenta szczepionki – jednocześnie ze szczepionkami przeciw POLIO (IPV) i inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b podanych w oddzielnych iniekcjach – według wskazań producenta szczepionki. Patrz „Informacje uzupełniające” – część III PSO.

Dalsza część komunikatu GIS w sprawie szczepień w 2016 roku na stronie:

http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2015/63/akt.pdf

Program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej

Kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu oraz połogu - to główny cel programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej, który powstaje w Narodowym Funduszu Zdrowia. Założeniem projektu jest zapewnienie przyszłym mamom uzyskania pełnoprofilowej opieki w okresie fizjologicznej ciąży, porodu oraz w okresie 6 tygodni po urodzeniu dziecka. Program miałby ruszyć w formie pilotażu w wybranych placówkach w całym kraju w połowie tego roku. (informacja uzyskana z: www.nfz.gov.pl)

Kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu oraz połogu to główny cel programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży, który powstaje w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Założeniem projektu jest zapewnienie przyszłym mamom uzyskania pełno-

profilowej opieki w okresie ciąży, porodu oraz w okresie 6 tygodni po urodzeniu dziecka.

Program miałby ruszyć w formie pilotażu w wybranych placówkach w całym kraju od pierwszego kwietnia przyszłego roku.

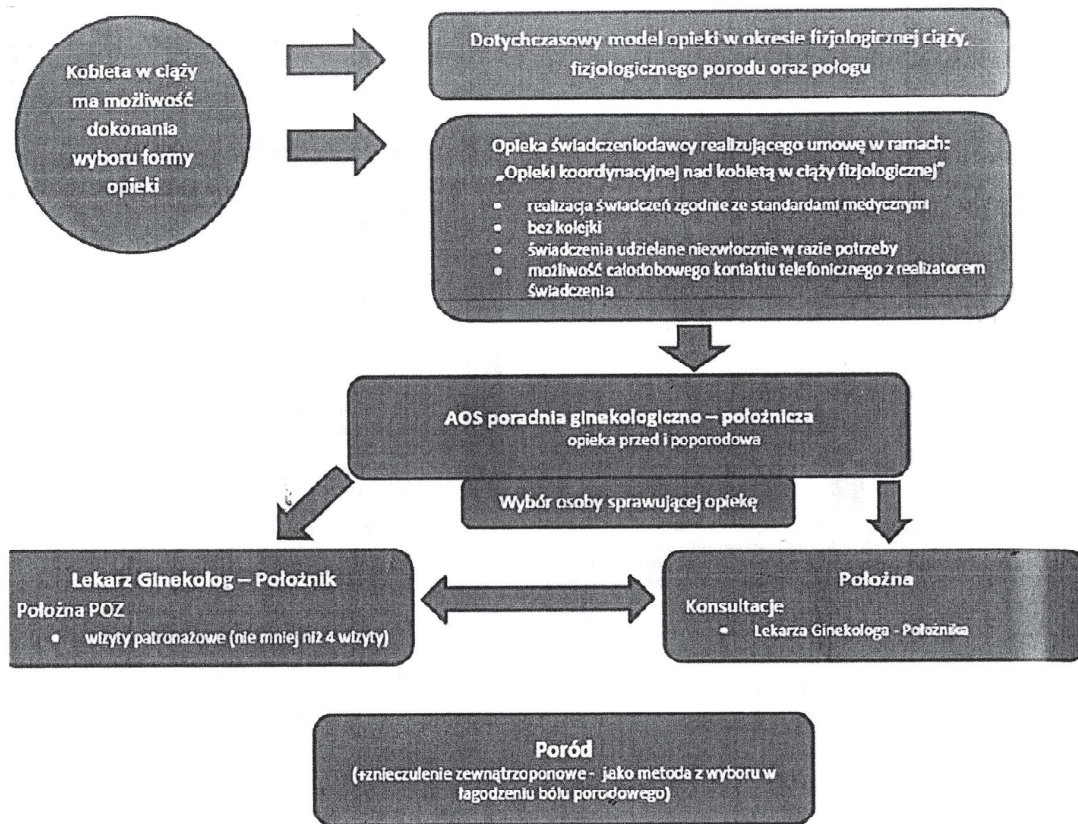
Proponowana forma opieki nad kobietami w ciąży ma docelowo zastąpić obecną formę opieki, która podzielona jest pomiędzy poszczególne zakresy świadczeń, od POZ, poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne. Skutkuje to tym, że utrudnione jest zachowanie ciągłości opieki realizowanej przez ten sam zespół medyczny, jak również terminowe wykonanie wszystkich badań wynikających ze schematu opieki. W chwili obecnej kobieta w ciąży korzysta z ok. 5 porad w ramach ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej, pomimo tego, że ze standardu opieki wy-

nika konieczność wykonania co najmniej 8 porad.

Wprowadzenie nowego modelu opieki koordynowanej ma na celu poprawę jakości opieki nad kobietą w ciąży poprzez:

- kompleksową opiekę oraz poprawę dostępności do świadczeń we wszystkich tygodniach ciąży, podczas porodu i w okresie połogu;
- zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych bez kolejki przez ten sam zespół medyczny;
- udzielanie świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi niezwłocznie w razie potrzeby (dostępność 24h/dobę);
- realizację świadczeń zgodnie z przyjętymi standardami tj.:

a) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej spr-



wowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012, poz. 1100);

b) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardu postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. 2015, poz. 2007);

- możliwość bieżącej konsultacji lub - w przypadku wskazań medycznych - objęcia opieką w ośrodkach III poziomu referencyjnego.

W ramach opieki koordynowanej zespół zapewniałby całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży aż do zakończenia okresu porożu. Opieka obejmować będzie także okres po urodzeniu dziecka, gwarantując wizyty położnej podstawowej opieki

zdrowotnej w domu, w tym praktyczną edukację związaną z opieką nad noworodkiem oraz karmieniem piersią. Dzięki takiemu rozwiązaniu kobieta zyskuje kompleksową opiekę, a co za tym idzie poczucie bezpieczeństwa na każdym etapie ciąży i porodu oraz opieki nad nonajronowym dzieckiem.

Projekt wprowadzenia opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży przewiduje, że w I etapie od kwietnia 2016 roku, wprowadzony zostanie pilotaż dedykowany kobietom w ciąży fizjologicznej.

Będzie on poprzedzony konsultacjami, które przeprowadzone zostaną w styczniu 2016 r., natomiast publikacja zarządzenia planowana jest na marzec 2016 r.

W związku z wejściem w życie w dniu 1 czerwca 2016 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ciąży patologicznej, w II etapie planowane jest wprowadzenie do pilotażu Programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży patologicznej.

Wprowadzenie nowej formy finansowania opieki nad kobietą w ciąży, powinno przynieść pozytywne efekty za-

równo dla kobiet, jak i realizatorów programu. Ciężarne będą mogły uzyskać ciągłą opiekę realizowaną przez jeden zespół medyczny, dokonać wyboru, czy - w przypadku ciąży fizjologicznej - wiodącą osobą, która będzie się nią opiekować będzie położna czy lekarz ginekolog - położnik. Z kolei szpital - koordynator programu - będzie mógł zapewniając jakość, ciągłość i kompleksowość opieki skorzystać z nowego sposobu rozliczenia. Szpital, który zdecyduje się przystąpić do pilotażu może liczyć na wyższe finansowanie oparte o ryczałt. Obecnie średni poziom finansowania opieki nad kobietą w ciąży w ramach AOS i SZP to ok. 4.000 zł (obliczony z danych retrospektywnych dla wszystkich kobiet, które urodziły w roku 2014). W ramach pilotażu placówka, która zapewni kompleksową opiekę może liczyć na wyższe, atrakcyjniejsze finansowanie pod warunkiem zagwarantowania jakości opieki.

Do pilotażu mogą przystąpić te placówki, które deklarują minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczą dostęp do poradni ginekologicz-

no-położniczych oraz położnej. Warto podkreślić, że ciężarna będzie mogła zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży.

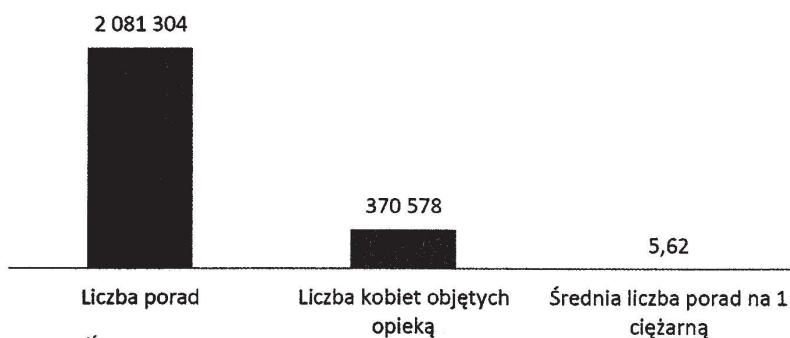
NFZ będzie monitorował parametry jakości poprzez ocenę wybranych kryteriów medycznych wskazanych przez ekspertów (w tym m.in. liczbę cięć cesarskich, umieralność okołoporodową), a także poprzez ocenę satysfakcji pacjentek w specjalnej ankiecie. Pacjentki odpowiedzą w niej m.in. na pytania: czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską w naszej poradni; czy w razie potrzeby, otrzymywała Pani skuteczne leczenie przeciwbólowe; czy w razie potrzeby, położna pomagała w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku; czy, gdyby można cofnąć czas, wybrała by Pani ponownie nasz szpital jako miejsce swojego porodu?

Pierwsze umowy na realizację programu miałyby być podpisywane od 1 kwietnia przyszłego roku. Pilotaż ma potrwać do 30 czerwca 2017 roku.

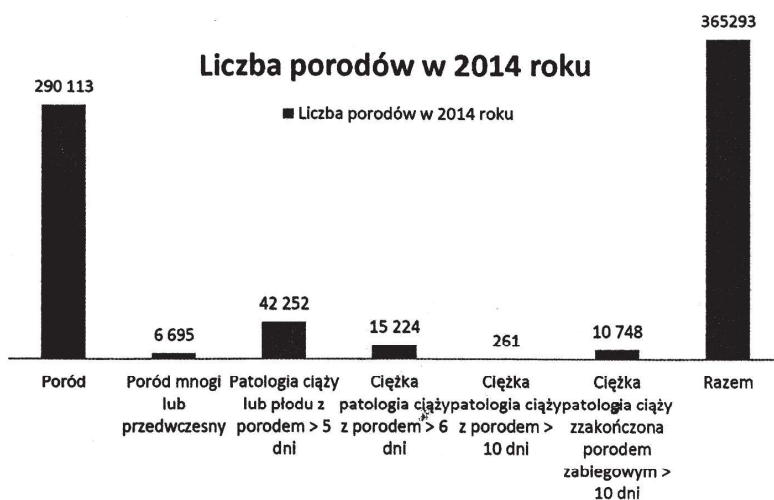
Czy realizacja ww programu będzie korzystna dla położnych rodzinnych - temat będziemy kontynuować w kolejnych numerach biuletynu.

*Przedruk „W cieniu czepka”
Nr 2/292/ luty 2016*

Opieka AOS nad kobietami w ciąży w 2014 roku



Liczba porodów w 2014 roku



Pacjenci ocenili wdrożenie i realizację pakietu onkologicznego

Po roku od wejścia w życie pakietu onkologicznego możemy jednoznacznie powiedzieć, że podstawowe założenia pakietu zostały realizowane, min. skrócił się czas oczekiwania na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, wprowadzono szereg instrumentów i działań usprawniających trudny proces, przez który przechodzą pacjenci onkologiczni, lekarze, pielęgniarki oraz inni specjaliści.

1 stycznia 2015 był dla pacjentów onkologicznych datą przełomową. Od tego momentu zaczęły obowiązywać zmiany, mające ogromny wpływ na system opie-

ki zdrowotnej w Polsce, w szczególności dotyczące właśnie pacjentów onkologicznych. - Swój udział przy tworzeniu tych zmian, zwanych pakietem onkologicznym, miały także organizacje pacjentki od lat postulujące o zmianę sytuacji w polskiej onkologii. Trzy miesiące później Fundacja Wygrajmy Zdrowie w partnerstwie z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” rozpoczęła społeczny monitoring wdrażania i realizacji pakietu onkologicznego po to, by nie zapomniano o podmiotowości pacjenta onkologicznego w systemie. Dziś prezentujemy raport wraz z rekomendacjami koniecznych

zmian - komentuje Szymon Chrostowski, Prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie. Liczymy, że spotkają się one z zainteresowaniem szerokiego grona interesariuszy polskiego systemu ochrony zdrowia. Cieszy nas fakt, że rekomendacje zostały przychylnie przyjęte przez Ministerstwo Zdrowia i znalazły odzwierciedlenie w propozycjach zmian systemowych zapowiedzianych przez Resort.

Autorzy raportu „Społeczny monitoring wdrażania i realizacji pakietu onkologicznego”, dr ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, radca prawny Adam Twarowski, dr Filip Raciborski oraz Ag-

nieszka Dłutek razem z przedstawicielami organizacji pacjenckich poddali ocenie m.in. proces legislacyjny wdrażania pakietu onkologicznego, przeanalizowali dane statystyczne pochodzące z NFZ oraz MZ obrazujące funkcjonowanie pakietu, uwarunkowania systemowe, opracowania i raporty zespołów monitorujących powołanych przy Ministerstwie Zdrowia, a także zebrali i zbadali opinie kluczowych grup odbiorców pakietu: pacjentów onkologicznych, organizacji pacjenckich, lekarzy onkologów, lekarzy POZ oraz pielęgniarek.

Większość analiz przeprowadzonych podczas trwania projektu prowadzi do wniosków:

- podstawowe założenia pakietu są realizowane;
- skrócił się czas oczekiwania na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- wprowadzono szereg instrumentów i działań usprawniających (przynajmniej w zamyśle) trudny proces, przez który przechodzą pacjenci onkologiczni, ich lekarze, pielęgniarki oraz inni specjaliści.

Pakiet onkologiczny nie jest oczywiście pozbawiony wad i ograniczeń m.in. dotyczących sposobu jego wdrażaniu, braku wystarczających konsultacji i analiz przed przygotowaniem zmian ustawowych (szczegółowe analizy znajdzie Państwo w Raporcie). Biorąc pod uwagę wszelkie słabości pakietu onkologicznego należy jednoznacznie podkreślić jego przydatność w procesie dalszego doskonalenia opieki onkologicznej w Polsce. Doświadczenia zebrane w ciągu tych kilkunastu miesięcy są impulsem do dalszych zmian, nawet bardzo gruntownych w organizacji i finansowaniu świadczeń onkologicznych. Są jednak przede wszystkim szansą na wypracowanie

już w bliskiej przyszłości optymalnych rozwiązań, na które liczą zarówno pacjenci onkologiczni, jak również przedstawiciele środowiska medycznego oraz organizatorzy ochrony zdrowia. Wysokie oceny pakietu onkologicznego wśród pacjentów już dzisiaj wskazują na zalety koordynacji i mogą być podstawą do budowania rozwiązań dla innych dziedzin medycyny.

Wśród rekomendacji zmian w pakiecie znalazły się m.in.:

- uproszczenie, uelastycznienie i pełna informatyzacja karty DiLO;
- umożliwienie wystawiania kart DiLO lekarzom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- wprowadzenie do pakietu onkologicznego opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- usprawnienie systemu informacyjnego dotyczącego pakietu onkologicznego w szczególności wobec pacjentów;
- rozwiniecie funkcji systemu informatycznego umożliwiające obsługę pacjentów poczynając od wydania karty DiLO do zakończenia procesu leczenia, ale również dające możliwość dalszej obserwacji pacjenta;
- umożliwienie korzystania z pakietu onkologicznego pacjentom z wieloma nowotworami;
- włączenie do pakietu onkologicznego nowych jednostek chorobowych;
- umożliwienie pacjentom zmiany ośrodka prowadzącego podczas procesu leczenia.

Raport jest zwięzłym projektem „Społeczny monitoring wdrażania i realizacji pakietu onkologicznego” trwającego od marca 2015 roku do kwietnia 2016 roku, finansowanego z funduszy EOG, w ramach programu Obywatele dla Demokracji. Celem projektu była obywatelska kontrola i monitoring sposobu urze-

czywistnienia pakietu onkologicznego, wprowadzającego kompleksowe zmiany w systemie opieki onkologicznej w Polsce po 1 stycznia 2015 r. Projekt został przeprowadzony przy udziale ponad 40 organizacji pacjenckich zrzeszonych w Obywatelskim Porozumieniu na rzecz Onkologii. Do współpracy zaproszeni zostali ponadto specjaliści - lekarze onkolodzy, lekarze rodzinni, pielęgniarki oraz inni eksperci z dziedziny ochrony zdrowia, prawa, farmakoekonomiki, socjologii i psychologii.

Monitorowanie pakietu onkologicznego przebiegało wielotorowo i objęło obszar całego kraju. Ocenie poddano jakość wdrożenia pakietu z perspektywy pacjentów, środowiska lekarskiego, pielęgniarskiego, organizacji działających na rzecz pacjentów onkologicznych, a także czołowych ekspertów ochrony zdrowia. Przeprowadzono ocenę prawną wdrożenia i realizacji pakietu, przeanalizowano skutki jego aplikacji w ujęciu statystycznym i w kontekście uwarunkowań systemowych. W ocenie końcowej wzięto również pod uwagę wnioski Zespołu do spraw pakietu onkologicznego powołanego przez Ministra Zdrowia. Ważnym atrybutem omawianej regulacji był udział organizacji pacjentów w procesie jej opracowania (w szczególności Obywatelskie Porozumienie na Rzecz

Onkologii). Po raz pierwszy w regulacjach dotyczących ochrony zdrowia uwzględniono głos pacjentów i organizacji ich reprezentujących.

Pełna treść raportu: <http://porozumieniedlaonkologii.pl/container/Raport-monitoring-web.pdf>

Więcej informacji:

Fundacja Wygramy Zdrowie
tel. 22 658 23 61

fundacja@wygramyzdrowie.pl

Symbolika zawodu pielęgniarki

16 maja 2016 r.

W dniu 16 maja 2016 roku w Instytucie Medycznym PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku odbyła się kolejna już Uroczystość Symboliki Zawodu Pielęgniarki. Po raz pierwszy odbyła się w Centrum Spor-

towo-Dydaktycznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

Podczas Uroczystości 52 studentów II roku kierunku Pielęgniarstwo otrzyma-

ło czepek pielęgniarski będący symbolem zawodu.

Czepek pielęgniarski to symbol profesjonalnego pielęgniarstwa. Stanowi element identyfikacji zawodowej i jest

pierwszym krokiem włączenia w szeregi zawodowe. Jak podkreśliła Krystyna Wolska-Lipiec „...Obrzędowość towarzyszy najbardziej podniosłym wydarzeniom życia grupy lub społeczeństwa, ma charakter symboliczny i jest realizowana według ustalonych przez grupę obyczajów, odzwierciedlających przyjęte przez nią wartości i nakazujących ich respektowanie. W pielęgniarstwie obrzędowość kojarzona jest z uroczystościami szkolnymi – czepkowania, paskowania, składania przysięgi, ślubowania – lub z ważnymi wydarzeniami zawodowymi. Z obrzędowością związane są symbole, które kształtują wizerunek pielęgniarki, stanowią ważny element komunikacji ze społeczeństwem, wskazują na przynależność danej osoby do grupy zawodowej. Elementem identyfikacji pielęgniarki są symbole zawodowe takie jak: czepki, mundur, lampka oliwna oraz hymn pielęgniarski”.

Znaczenie czepki w pielęgniarstwie:

- symboliczne: pokora i gotowość służenia drugiemu człowiekowi. W kulturze ludowej oznacza stan kobiety – zamężna, wdowa, informuje również o przynależności do grupy zawodowej,
- funkcjonalne: ochrona, zabezpieczenie włosów.

Czepki jako symbol zawodu widnieją na podręcznikach, książkach, pismach zawodowych, jako element loga organizacji pielęgniarskich. Towarzyszy ważnym wydarzeniom i uroczystościom jako symbol – element dekoracyjny: olimpiadom, turniejom, konkursom, świętom zawodowym <http://www.wmpp.org.pl/symbole-pielęgniarskie/czepki.html>

Uroczystość Symboliki Zawodu Pielęgniarki rozpoczęła podniosły moment wniesienia przez studentów symboli zawodowych: lampki oliwnej oraz czepki.

Po wprowadzeniu sztandaru PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku, Dyrektor Instytutu Medycznego dr Krzysztof Jakubowski powitał zaproszonych gości. Wśród obecnych byli: dr Piotr Uruski – poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, władze Uczelni: Jej Magnificencja doc. dr Elżbieta Cipora – rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku, dr Magdalena Konieczny – prorektor ds. Dydaktyki, Lesław Siedlecki – kanclerz PWSZ im. J. Grodka. Na Uroczystość przybyli także: Dyrektorzy Zakładów Opieki Zdrowotnej: Adam Siembał dyrektor Szpitala Specjalistycznego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku, Antoni Kolbuch dyrektor Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Wśród zaproszonych gości obecni byli także: dr Grażyna Rogala – Pawełczyk Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, Renata Michalska – przewodnicząca VII kadencji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Barbara Błażejowska-Kopiczak – przewodnicząca VI kadencji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Katarzyna Kruczek – pielęgniarka naczelnia Szpitala Specjalistycznego, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku, Zenona Radwańska – pielęgniarka naczelnia Szpitala Specjalistycznego, Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza w Brzo-

zowie, a zarazem konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, Zdzisława Winiarczyk – pielęgniarka naczelnia Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku, Jolanta Leń – dyrektor Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Dar-Med w Brzozowie, Ewa Kubat – kierownik Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. św. Brata Alberta w Sanoku, Urszula Hejnosz – pielęgniarka przełożona Samodzielnego Publicznego Miejskiego Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Sanoku, Małgorzata Dżugan – przedstawiciel Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Do-Med w Sanoku, Bożena Jastrzębska – przedstawiciel Okręgowej Izby Pielęgniarek Krośnie, Czesława Kurasz – prezes Powiatowego Centrum Wolontariatu w Sanoku, Krystyna Bętkowska - kierownik Sekcji Oświaty i Promocji Zdrowia Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sanoku, dr Edyta Kwilosz – przedstawiciel Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. S. Pigonia w Krośnie, dr Paweł Uruski – przedstawiciel Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Obecne były także pielęgniarki oddziałowe z zakładów opieki zdrowotnej, w których studenci odbywają zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe.

Honorowym Gościem była Krystyna Wolska-Lipiec – przewodnicząca Głównej Komisji Historycznej i Centralnego Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego w Warszawie.

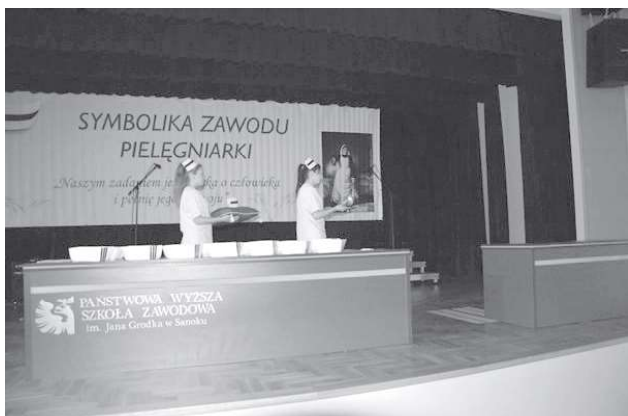
Krystyna Wolska-Lipiec jest emerytowaną pielęgniarką, czynnym działaczem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W latach 1993–2002 była



Fot. 1 Jeden z symboli zawodowych – Lampka oliwna



Fot. 2 Studenci II roku kierunku pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku podczas podniesienia chwili ślubowania



Fot. 3 Wniesienie symboli zawodowych: lampki oliwnej i czepka pielęgniarńskiego



Fot. 4 Zaproszeni goście. Od lewej siedzą w pierwszym rzędzie: Krystyna Wolska-Lipiec, dr Grażyna Rogala-Pawelczyk, doc. dr Elżbieta Cipora, dr Magdalena Konieczny, Stanisław Chęć, Antoni Kolbuch, Czesława Kurasz, w drugim rzędzie siedzą: Renata Michalska, Bożena Jastrzębska, dr Edyta Kwilosz, Urszula Hejnosz

przewodniczącą Zarządu Głównego PTP w Warszawie. Swoimi projektami i zamierzeniami ożywiła działalność tego towarzystwa poprzez liczne inicjatywy takie jak: szkolenia, spotkania, sympozja, zjazdy, konkursy i Olimpiady Pielęgniarskie. Dwukrotnie reprezentowała Polskę na kongresach Międzynarodowej Rady Pielęgniarek razem z Barbarą Janus w Vancouver (1997) oraz Kopenhadze (2002).

Jej dziełem jest powstanie Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego <http://www.wmpp.org.pl/pl/komisja-histeryczna.html>, w którym zgromadziła zebrane przez siebie liczne dokumenty, wspomnienia, fotografie z lat I i II Wojny Światowej oraz spisane losy pielęgniarek i sanitariuszek z czasów niemieckiej okupacji. Od roku 2005 jest Przewodniczącą Główniej Komisji Historycznej, Za-

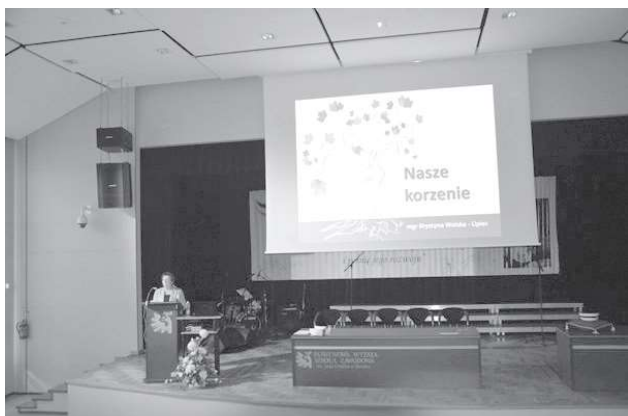
rzędu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Warszawie.

Pani Krystyna jest nadal czynna na rzecz zawodu pielęgniarstwa i kontynuuje rozpoczętą przed laty działalność społeczną. Za podejmowane działania i aktywność społeczną przyznano Jej nagrodę im. Staszki Kuratczyk i Zochy Nawojowskiej za „wieloletnią pracę społeczną na rzecz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i utworzenie Archiwum Historii Pielęgniarstwa Polskiego”.

Otwarcia Uroczystości Symboliki Zawodu Pielęgniarki dokonała Jej magnificencja Rektor PWSZ im. Jana Grodka doc. dr Elżbieta Cipora. Po tym nastąpił najważniejszy moment – ŚLUBOWANIE. Studenci II roku kierunku pielęgniarstwo po zgłoszeniu dyrektorowi Instytutu Medycznego dr Krzysztofowi Jakubowskiemu gotowości studen-

tów przez starostę roku Karolinę Hombek, złożyli na ręce kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Anety Mielnik ślubowanie. Później nastąpił moment nałożenia czepków przyszłym pielęgniarkom i wręczenia symboli czepka przyszłym pielęgniarkom. Aktu nałożenia i wręczenia czepków pielęgniarstwa dokonały: Krystyna Wolska-Lipiec oraz Aneta Mielnik. W pierwszej kolejności czepki otrzymali studenci, którzy uzyskali najwyższe wyniki w nauce. Były to następujące osoby:

1. Sabina Kwiatkowska,
2. Magdalena Słysz,
3. Karolina Hombek,
4. Katarzyna Klecha,
5. Katarzyna Łazoryk,
6. Magdalena Jarema,
7. Paulina Lisowska,
8. Anna Robel.



Fot. 5 Krystyna Wolska-Lipiec podczas prezentacji wykładu pn. „Nasze korzenie”



Fot. 6 Krystyna Wolska-Lipiec oraz Aneta Mielnik podczas nakładania czepków pielęgniarstwa studentkom II roku kierunku pielęgniarstwo

Po otrzymaniu czepek pielęgniarskich studenci odśpiewali Hymn pielęgniarski. Podczas Uroczystości Symboliki Zawodu Pielęgniarki, wyróżnieni zostali studenci działający w Kole Wolontariatu. Wręczenia Dyplomów dokonała Prezes Powiatowego Centrum Wolontariatu w Sanoku Czesława Kurasz. Szczególną aktywnością w Kole Wolontariatu wykazali się następujący studenci:

1. Gabriela Buczek,
2. Gabriela Fic-Śmigiel,
3. Anna Haus,
4. Karolina Hombek,
5. Magdalena Jarema,
6. Katarzyna Klecha,
7. Alicja Kochmańska,
8. Anna Kraczkowska-Polityńska,
9. Grzegorz Kulon,
10. Katarzyna Łazoryk,
11. Dominika Mermer,
12. Anna Robel,
13. Magdalena Słysz,
14. Anna Wójcik.

Okolicznościowo dyplomy oraz nagrody książkowe otrzymali także studenci aktywnie działający w Studenckim Kole Naukowym Pielęgniarek. Wręczyli je Krystyna Wolska-Lipiec oraz Renata Michalska. Wśród wyróżnionych byli studenci:



Fot. 7 Czesława Kurasz - Prezes Powiatowego Centrum Wolontariatu wręcza dyplomy studentom działającym w Kole Wolontariatu



Fot. 8 Krystyna Wolska-Lipiec oraz Renata Michalska podczas wręczenia dyplomów i nagród książkowych dla studentów działających w Studenckim Kole Naukowym Pielęgniarek



Fot. 9 Studenci II roku kierunku pielęgniarstwo z opiekunem roku dr Ewą Smoleń

1. Karolina Hombek,
2. Magdalena Słysz,
3. Magdalena Jarema,
4. Anna Wójcik.

Na zakończenie Uroczystości Symboliki Zawodu Pielęgniarki zaprezentowany został wykład pt.: „Nasze korzenie”, wygłoszony przez Krystynę Wolską-Lipiec. Obecność Pani przewodniczącej Krystyny Wolskiej-Lipiec był dla sanockiego środowiska pielęgniarskiego zaszczytem i ogromnym wyróżnieniem.

Uroczystość uświetnił występ muzyczny przygotowany przez pracowników i studentów Zakładu Edukacji Artystycznej w Zakresie Sztuki Muzycznej PWSZ im. J. Grodka w Sanoku. Występ przygotowali dr Iwona Bodziak, Zofia Kielar oraz Robert Handermänder.

Na zakończenie, studenci wyrazili swoją wdzięczność wszystkim zaproszonym gościom tj. Władzom Powiatu, Uczelni, Kadrze Zarządzającej Zakładami Opieki Zdrowotnej oraz pracownikom nauko-

wym i dydaktycznym Instytutu Medycznego za obecność na uroczystości, a także za możliwość kształcenia w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza.

Studenci II roku kierunku Pielęgniarstwo PWSZ im. Jana Grodka w Sanoku dr Ewa Smoleń - opiekun roku

Symbolika Zawodu Pielęgniarki i Dyplomatorium 2016 r.

18 maja 2016 r. w Zakładzie Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigoń w Krośnie, świętowano uroczystość Symboliki Zawodu Pielęgniarki, jak też uroczystość rozdania dyplomów licencjata pielęgniarstwa studentom studiów stacjonarnych.

Był to dzień szczególny dla studentów II roku pielęgniarstwa, gdyż otrzymali symbol czepka pielęgniarskiego, który utożsamia ich z przynależnością do grupy zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy. Szczególny dzień również dla Absolwentów pielęgniarstwa, ponieważ wręczono im dyplom licencjata pielęgniarstwa, który wraz z prawem wykonywania zawodu otwiera im bramy kariery zawodowej.

Na tak wspaniałą uroczystość do naszej Uczelni przybyło wielu zacnych zaproszonych gości. Obecnością swoją zaszczytlił: Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytocky, Prorektor ds. Rozwoju – doc. dr inż. Stanisław Rymar, Kanclerz PWSZ – mgr Franciszek Tereszkiwicz, Dyrektor Instytutu Gospodarki i Polityki Społecznej – dr n. med. Hanna Kachaniuk, Kwestor PWSZ – mgr Jądwiga Zych, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie – dr Piotr Lenik, Pielęgniarka Naczelna Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie – mgr Dorota Kostrzewa, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa PWSZ w Sanoku – mgr Aneta Mielnik, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgni-

rek i Położnych w Krośnie – mgr Renata Michalska, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa – mgr Krystyna Krygowska, mentorka pielęgniarstwa ziemi krośnieńskiej – Pani Edwarda Kozubal, Dyrektor Krośnieńskiego Hospicjum ks. Marek Zarzyczny, Pielęgniarki Oddziałowe Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie, mgr Zbigniew Moskal z młodzieżą z Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych nr 4 im. Ignacego Łukasiewicza w Krośnie o profilu medyczno-obronnym oraz nauczyciele akademicy.

Wszystkich przybyłych gości, studentów, Absolwentów i ich rodziny powitała Pani Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa - dr n. med. Renata Rabiasz, która dokonała oficjalnego otwarcia uroczystości.

Następnie Absolwenci studiów stacjonarnych złożyli ślubowanie, po czym rozpoczęto uroczyste wręczanie dyplomów licencjata pielęgniarstwa. W pierwszej kolejności wręczono dyplomy z wyróżnieniem, które otrzymali: pani Maria Jachym, pani Natalia Kmetko, pani Agata Kucab, pan Dawid Makowicz, pani Barbara Przewoźnik, pani Natalia Śliwa, pani Agnieszka Pulnar, pani Iwona Winiarska, pani Anna Wolańska.

Podczas uroczystości, po raz pierwszy w dziejach tej Uczelni, miało miejsce uroczyste wręczenie umów o pracę zawarte pomiędzy tegorocznymi Absolwentami a Wojewódzkim Szpitalem Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie. Umowy o pracę otrzymały: pani Ag-

nieszka Pulnar, pani Natalia Śliwa i pani Katarzyna Wityńska.

Po zakończeniu Dyplomatorium rozpoczęła się część uroczystości poświęcana symbolice zawodu pielęgniarki. Studenci II roku studiów stacjonarnych złożyli przyrzeczenie pielęgniarskie i otrzymali emblemat czepka pielęgniarskiego, będące symbolem identyfikacji studentów z zawodem, jaki będą wykonywali w przyszłości.

W drugiej części uroczystości odbył się ciekawy wykład przygotowany przez panią mgr Alicję Śnieżek i panią mgr Annę Futymę, którego temat brzmiał: „Co zrobić gdy nadziei brak”.

Na zakończenie spotkania z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych wszystkim obecnym pielęgniarkom/pielęgniarzom i położnym, życzenia złożyła pani dr Renata Rabiasz. W imieniu Absolwentów słowa podziękowania władzom Uczelni, nauczycielom akademickim i administracji PWSZ Krosno skierował pan Dawid Makowicz.

Studenci II roku dzień Symboliki Zawodu wspominają następująco:

Był środowy poranek, piękna słoneczna pogoda oraz unosząca się w powietrzu magiczna woń bzu. Można było zauważyć uśmiech przechodniów widzących mnóstwo podekscytowanych i zarazem nieco zdenerwowanych studentów szybko kroczących do murów Uczelni. Zapewne większość z nich zastanawiała się cóż to za okazja bo przecież na sesje jeszcze nieco za wcześnie. Przekraczając



bramę Uczelni już z oddali widać, że na dziedzińcu krząta się drugi rok pielęgniarstwa. Czy łatwo poznać, że to właśnie studenci drugiego roku? Tak, każdy ma w ręku idealnie wyprasowany, pachnący świeżym praniem mundurek przygotowany z wielkim zaangażowaniem na najważniejszy dzień naszego dotychczasowego życia zawodowego.

Tak, to właśnie 18 maja 2016 stał się dniem, w którym wkroczymy w kolejny etap naszego kształcenia, przekroczymy bramę, która prowadzi nas do wspólnoty wszystkich Pielęgniarek na świecie a każdy z nas otrzyma tak długo wyczekiwany Symbol Zawodu Pielęgniarki – miniaturkę czepka pielęgniarskiego. Jest to symbol świadczący nie tylko o pracy, którą wykonujemy i będziemy wykonywać przez pozostałą część naszego życia, ale to także symbol, dzięki któremu będziemy rozpoznawalni na szpitalnych korytarzach poprzez zasłyszane słowa: „Popatrz, to pielęgniarka lub pielęgniarz, ma czepkę”. Miniaturka czepka pielęgniarskiego to nie tylko symbol świadczący o przynależności do grupy pielęgniarskiej, to przede wszystkim wskazuje na nasze zaangażowanie w misję, której się poświęcamy, którą żyjemy i którą chcemy pełnić każdego dnia co-

raz lepiej. Jest to również wyraz naszej empatii, chęci niesienia pomocy, otuchy każdemu człowiekowi, który trafi pod naszą opiekę podczas hospitalizacji. Mamy świadomość, że zakładając czepkę nie istnieją dla nas granice kulturowe, rasowe czy wyznaniowe, liczy się tylko człowiek, któremu niesiemy ulgę w chorobie, otaczając go opieką.

Wchodząc na aulę Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie, każdy z nas spoglądał na przygotowane czepki pielęgniarskie wraz z uroczystą przysięgą. Każda z osiemdziesięciu osób spoglądała wzrokiem pełnym nadziei i wyczekiwania podczas kolejnych etapów ceremonii, oczekując tego momentu, kiedy będzie mogła otrzymać swój własny, pierwszy czepkę.

W chwili gdy na auli zgasły lampy, a głównym punktem światła była Lampka Florence Nightingale wnoszona przez dwie studentki ubrane w historyczne stroje pielęgniarskie, moje serce zabiło szybciej. Atmosfera wyczekiwania zmieniła się diametralnie w majestatyczną ciszę, a wszystkie oczy podążały za przemieszczającym się światłem pielęgniarskiej posługi. Doskonale wiedzieliśmy, że już tylko kilka chwil dzieli nas

od wspólnego wyrecytowania słów uroczystego ślubowania.

Po zakończeniu wręczania dyplomów ukończenia studiów naszym kolegom i koleżankom, dziś już Absolwentom Pielęgniarstwa, przyszyła pora na naszą część uroczystości. Wszyscy wstali z wysoko uniesionymi głowami gotowi do pielęgniarskiego przyrzeczenia. Z drżeniem w głosie przysięgaliśmy z czcią i dumą przyjmując dany nam symbol zawodowy pielęgniarki, który od tej chwili miał być naszym symbolem dobra oraz wszystkiego co ludzkie i szlachetne. Przyjęcie symbolu czepka pielęgniarskiego oznacza dla nas również rzetelne przygotowywanie się do przyszłej pracy zawodowej oraz przestrzeganie jej etyki. Moment otrzymania czepka był dla nas jeszcze bardziej wyrazistym bodźcem, aby służyć pomocą słabym i cierpiącym, spotykanym na naszej drodze, którzy potrzebować będą naszej pomocy. Tego dnia zobowiązaliśmy się również dbać o honor naszej Uczelni oraz wzbogacać jej tradycję i dobroć. Każde z tych ważnych słów, które już dziś stają się dla nas wartościami najważniejszymi podsumowaliśmy głośnym wspólnym słowem „Ślubuję”.

Po zakończeniu ślubowania nadszedł najbardziej wyczekiwany przez Nas mo-



ment odebrania Symboli Czepka Pielęgniarskiego. Wszystkie osoby były wyczytywane z imienia i nazwiska po czym podchodziły indywidualnie do wręczenia symbolu. Każdy z Nas miał inny wyraz twarzy, u jednych królował uśmiech, u innych przerażenie i poczucie obowiązku, a jeszcze inni odbierali swoje czepki z rumieńcem podekscytowania na twarzy. W tak ważnych chwilach w naszym życiu ciężko słowami określić co czujemy. Jednak chyba najbardziej trafnym

stwierdzeniem pasującym do odczuć każdego, kto wyciągał dłoń po czepkę będzie: „Poczułam się taka odpowiedzialna i z jednej strony mnie to cieszyło, ale z drugiej zastanawiam się czy po dołam” (studentka Karolina Bzdek).

Chodź emocje, które rodzą się w człowieku w tak ważnych chwilach jego życia są niezmiernie trudne do opisanie to jest pewna, że bez względu na to jak potoczą się nasze losy, jakie miejsce pracy wybierzemy, jaki oddział czy jaki zakątek

świata na pewno do końca życia w każdym z Nas zostanie iszka tego ognia niczym z Lampki Florence Nightingale, która narodziła się w momencie przyjęcia ponadczasowego Symbolu Pielęgniarskiego. (studentka Natalia Frodyma)

Autorzy:

*dr n.med. Renata Rabiasz,
mgr Małgorzata Moskal-Szybka,
mgr Agnieszka Kijowska,
studentka Natalia Frodyma*

II Podkarpacki Kongres Położnych

W dniu 6 maja 2016 r., w przeddzień Międzynarodowego Dnia Położnych w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie odbył się II Podkarpacki Kongres Położnych zorganizowany przez Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie Pielęgniarsstwa Ginekologicznego i Położniczego. W Kongresie uczestniczyło 160 położnych z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Rzeszowie i Przeworsku. Spotkanie rozpoczął Wicewojewoda Podkarpacki Witold Lechowski, który wyraził uznanie dla pracy położnych. W spotkaniu uczestniczyli także: przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Edward Prajsnar, Przewodnicząca ORPIP w Krośnie Renata Michalska, Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie Anita Drażek, oraz Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Położnych w Krośnie Elżbieta Foremna.

Podczas kongresu poruszano wiele ważnych kwestii związanych z profilaktyką chorób nowotworowych u kobiet, które przybliżyła pani dr Beata Niewęglowska-Guzik, profilaktyką depresji poporodowej, żywieniem kobiet w ciąży czy pielęgnacją skóry małego dziecka.

Anna Osńska - dyrektor Polskiego Centrum Edukacji w Warszawie przypomniała przyczyny depresji poporodowej i zwróciła uwagę na te, które można wyeliminować w szkole rodzenia. Uświadomiła jak ważna jest edukacja, budzenie pewności siebie i obniżenie lęku. Omówiła także czynniki sprzyjające stresowi i zwróciła uwagę na śmiech, który odgrywa tak ważną rolę w życiu każdego człowieka. Podkreśliła, że zwiększo-

na aktywność fizjologiczna podczas śmiechu pozytywnie wpływa na umysł, gdyż trzykrotnie wzrasta wymiana tlenu w płucach, a przez to lepiej dotlenia się mózg. Ponadto w czasie śmiechu występują drgania i masowanie całego ciała - śmiech odstresowuje.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarsstwa Ginekologicznego i Położniczego Krystyna Krygowska przybliżyła uczestnikom zagadnienia związane ze standardem opieki okołoporodowej. Szczególną uwagę zwróciła na odpowiedzialność zawodową jaka spoczywa na położnej. Przytoczyła uczestnikom Konferencji także obowiązujące akty prawne:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie

standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porodu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzenia położniczych,

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego,

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W sposób zgodny z obowiązującymi standardami pani Ewa Buczko i Małgorzata Maszczak omówiły plan porodu, który prawidłowo przeprowadzony powoduje, że kobieta rodząca w pełni doświadcza cudu narodzin i podczas tego niezwykłego wydarzenia czuje się komfortowo i swobodnie.



Kolejny wykładowca pan Rafał Dedo przybliżył problemy związane z cukrzycą ciążową, omówił model opieki nad ciężarną chorą na cukrzycę. Zwrócił uwagę na to, aby wszystkie kobiety chore na cukrzycę w okresie planowania ciąży, w czasie ciąży i podczas porodu były pod opieką zespołu diabetologiczno-położniczego mającego doświadczenie w tej dziedzinie.

W dalszej części spotkania został przedstawiony wykład na temat Pielęgnacji skóry małego dziecka. Pani Małgorzata Buba zwróciła uwagę na zasady pielęgnacji, czynniki ryzyka, które zwiększają wrażliwość skóry dziecka na zakażenia, omówiła zasady pielęgnacji kikutu pępownicy i najczęstsze zmiany występujące na skórze noworodka.

Z kolei pani Katarzyna Ukleja omówiła i zademonstrowała noszenie małego dziecka w chustach i nosidłach miękkich, zwracając uwagę na korzyści, jakie niesie ze sobą ich zakładanie zarówno dla dziecka jak i dla matki czy ojca.

Następnie został przedstawiony wykład na temat „Zaprogramujmy nasze dzieci na zdrowie” przygotowany przez sponsorów: panią Martę Stankiewicz i panią Annę Rzeszotek. Poruszono w nim najważniejsze zagadnienia dotyczące programu żywienia małego dziecka, zwrócono uwagę na masę ciała Polaków oraz na karmienie piersią i zdrowie dziecka teraz i w przyszłości. Poruszono kwestie związane z rolą białka w diecie niemowląt i małych dzieci oraz ochrony dziecka przed nadwagą i otyłością. Podsumowując wykład panie uczuli-



ły zebranych, że optymalne żywienie od momentu poczęcia do wczesnego dzieciństwa, wywołuje efekt programowania i długofalowo wpływa na zdrowie dziecka. Zwróciły również uwagę, aby zadbać

o dietę naszych dzieci już dziś, co zapewni im zdrowy start w przyszłość!

*Opracowała
Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*

Zalecenia Konsultanta Krajowego

w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego na temat postępowania pielęgniarzkiego w przypadku wynacznienia leku cytostatycznego

Leczenie systemowe niesie za sobą ryzyko wystąpienia wielu objawów niepożądanych. Z punktu widzenia pielęgniarzkiego najbardziej niepożądane są odczynowe miejscowe po wynacznieniu leku. Ważnym elementem w pracy zawodowej personelu pielęgniarzkiego jest nadzór nad prawidłowym i bezpiecznym podaniem leków przeciw-

nowotworowych. Wiele objawów ubocznych wywołanych przez toksyczne działanie leków cytostatycznych sprawia, że opieka pielęgniarzka nastawiona jest na ich kontrolę i systematyczne łagodzenie. Odpowiednie postępowanie personelu pielęgniarzkiego może w znacznym stopniu poprawić jakość życia zapewniając chorym bezpieczeństwo w trakcie le-

czenia. Według danych opublikowanych w Medycynie Praktycznej do wynacznienia dochodzi nawet w 8% podawanych leków cytostatycznych, ale wywołują one tylko 1% poważnych komplikacji.

Wynacznienie polega na przypadkowym, niezamierzonym przedostaniu się leku cytostatycznego poza naczynie żyłne do otaczających

tkanek lub bezpośrednio nacieczenie tkanek poprzez błędne podanie preparatu cytostatycznego.

Konsekwencje wynacznienia leku cytostatycznego mogą być różne od niewielkiego zaczerwienienia i bólu w okolicy podania leku, aż do głębokich owrzodzeń bądź martwicy tkanek, które wymagają leczenia chirurgicznego. Obrzęk i bolesne zaczerwienienie występuje w ciągu kilku godzin, a nacieczenie tkanek w ciągu kilku dni. Duże wynacznienie np. Doksorubicyny, Winkrystyny, Winblastyny powoduje martwicę, uszkodzenie mięśni, nerwów, głębokie owrzodzenia, zaburzenia funkcji kończyny. Martwica i głębokie owrzodzenie rozwijają się w ciągu od 7 do 28 dni. Pacjenci otrzymujący leki cytostatyczne są narażeni na wynacznienie ze względu na: częste wstrzyknięcia dożylnie, procesy zapalne w obrębie naczyń, obrzęki limfatyczne, ogólne wyniszczenie organizmu. U pacjentów z grup podwyższonego ryzyka należy wdrożyć postępowanie profilaktyczne np. założenie portu naczyniowego. Leczyć należy pamiętać, że przy podawaniu leków cytostatycznych przez port naczyniowy również może wystąpić zjawisko wynacznienia.

1. Czynniki powodujące wzrost ryzyka wynacznienia:

- wiek pacjenta;
- drobne, kruche, twarde naczynia żyłne;
- naczynia żyłne uszkodzone podczas poprzednich podań leków;
- żyły ruchome;
- zaburzenia krążenia w miejscu podania (naczynia żyłne po stronie mastektomii lub wycięcia węzłów chłonnych, obrzęk limfatyczny);
- zespół żyły głównej górnej (zwiększone ciśnienie w naczyniach żylnych);
- czynniki współistniejące (cukrzyca, zaburzenia krążenia obwodowego jak zespół Raynaud'a, uszkodzenia po radioterapii, zaburzenia krzepnięcia);
- otyłość;
- problemy z wczesnym zgłoszeniem objawów wynacznienia (splątanie, wpływ leków działających na ośrodkowy układ nerwowy, choroby psychiczne, strach, obniżona zdolność odczuwania bodźców w wyniku neuropatii obwodowych, zażytych le-

ków lub współistniejących schorzeń, np. cukrzyca);

- wielokrotne próby kaniulacji naczynia;
 - podanie w bolusie;
 - niekorzystne miejsce kaniulacji (np. drobne żyły grzbietu dłoni);
 - nieprawidłowe założenie portu naczyniowego;
 - duża prędkość wlewu / wysokie ciśnienie przepływu.
- ### 2. Podział leków cytotoksycznych z uwagi na konsekwencje wynacznienia
- silnie uszkadzające (kategoria: „S.U.”) - wynacznienie może doprowadzić do martwicy przyległych tkanek, głębokich owrzodzeń, zaburzenia funkcji kończyny,
 - drażniące (kategoria: „D”) - lek może powodować zapalenie żyły, wynacznienie może powodować miejscową reakcję zapalną, rumień, obrzęk, ból, pieczenie,
 - nieuszkadzające (kategoria: „N”) - wynacznienie nie niesie ze sobą ryzyka groźnych powikłań.

S.U. - Leki o silnym działaniu uszkadzającym

- Chlormetyna/CHMT
- Daktynomycyna/ACT-D
- Daunorubicyna
- Doksorubicyna/ADR/DOX
- Epirubicyna/FRB
- Idarubicyna

- Mitomycyna C/Mit-C
- Winblastyna/VBL
- Winkrystyna/VCR
- Windezyna
- Winorelbina/NVB

D - Leki o działaniu drażniącym

- Bendamustyna/
- Cisplatyna/CDDP
- Cyklofosfamid/CTX
- Dakarbazylna/DTIC
- Docetaksel/DCL
- Doksorubicyna liposomalna
- Etopozyd/VP-16
- Fluorouracyl/5-FU
- Ifosfamid/IFO
- Irinotekan/CAMPTO
- Kabazitaksel
- Karboplatyna/CBDCA
- Karmustyna
- Melfalan
- Mitoksantron/DHAD
- Oksaliplatyna/L-OHP
- Paklitaksel/PCL
- Romidepsyna
- Streptozocyna/STZ
- Temsyrolimus
- Topotekan/TPT
- Trabektedyna
- Winflunina

3. Ogólne zasady podawania leków silnie uszkadzających (S.U.)

- unikac wielu wkłuc;

	Kryteria wyboru naczynia żylnego	Odpowiednie miejsce wkłucia
Najbardziej wskazane	IDEALNA ŻYŁA /NAJLEPSZA LOKALIZACJA duże, miękkie, elastyczne żyły przedramienia	Przedramię
	IDEALNA ŻYŁA/MNIEJ ZADOWALAJĄCA LOKALIZACJA duże miękkie, elastyczne żyły grzbietu ręki	Grzbiet ręki
	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA/NAJLEPSZA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły przedramienia	Przedramię
Najmniej wskazane	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA / NIEDOGODNA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły grzbietu ręki; żyły przedramienia niedające się wyczuć lub zauważyć	Grzbiet dłoni
	NIEZADOWALAJĄCA ŻYŁA / NIEDOGODNA LOKALIZACJA drobne, kruche, łatwo pękające żyły przedramienia / grzbietu ręki żyły przedramienia /grzbietu ręki niedające się wyczuć lub zauważyć	Rozważyć dostęp do żyły centralnej

5. Różnicowanie wynacznienia od innych miejscowych reakcji związanych z dożylnym podaniem preparatów cytostatycznych

Charakterystyka	Wyrzut histaminy	Podrażnienie żyły	Skurcz żyły*	Wynacznienie
Prezentowane objawy	Swędzące plamy lub pokrzywka, rzadko ból i pieczenie	Boli uczucie ucisku	Skurcz mięśniówki naczynia	Zazwyczaj ból i pieczenie w miejscu wkłucia, podczas wlewu może wystąpić kłucie
Zabarwienie	Wypukła czerwona smuga, plamy; krostki lub rumień przypominający pokrzywkę wzdłuż naczynia, rozmyty lub nieregularny wzór	Rumień lub ciemne przebarwienie wzdłuż naczynia		Rumień wokół miejsca wkłucia
Czas wystąpienia	Zazwyczaj pojawia się nagle i zanika w ciągu 30-90 min.	Zwykle pojawia się w ciągu pierwszych minut podania. Przebarwienie może pojawić się dopiero później	Zazwyczaj pojawia się natychmiast po rozpoczęciu podania	Objawy zaczynają się pojawiać zaraz po/w trakcie podania i narastają
Obrzęk	Mało prawdopodobny	Mało prawdopodobny		Częsty, nie zanikający przez kilka dni
Powrót krwi żyłnej	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Często nieobecny	Zazwyczaj nieobecny lub utrudniony

* Może być spowodowany zbyt chłodnym lekiem lub zbyt szybkim podaniem

- żyła po wkłuciu nie powinna być używana do podawania leków co najmniej 24 h od zakończenia podawania leku;
- używać kaniul o niewielkich rozmiarach (21G-23G);
- miejsce wkłucia powinno być widoczne (nie zasłaniać), zaleca się stosowanie przezroczystych opatrunków;
- unikać długich wlewów drogą żył obwodowych;
- leki silnie uszkadzające należy stosować, o ile to możliwe przez wkłucia centralne (bezwzględna konieczność w przypadku wlewów ciągłych);
- nie używać pomp infuzyjnych do podania drogą żył obwodowych (wyjątek stanowią schematy, w których lek silnie uszkadzający musi być podany we wlewie ciągłym np. Doksorubicyna w schematach EPOCH w leczeniu chłoniaka nieziarnicznego);
- w przypadku polichemioterapii leki silnie uszkadzające należy podać w pierwszej kolejności;
- w przypadku podawania kilku różnych leków silnie uszkadzających w pierwszej kolejności należy podać lek o najmniejszej objętości;
- po podaniu leku należy przepłukać kaniulę zgodnym płynem infuzyjnym;
- zaleca się podawanie leków silnie uszkadzających pod ścisłym nadzorem personelu pielęgniarskiego. Żył obwodowe u pacjentów onkologicznych charakteryzują się dużym wyniszczeniem. W celu zmniejszenia ryzyka wynacznienia w doborze odpowiedniego miejsca kaniulacji zaleca się stosowanie danego kryterium.

4. Kryteria wyboru miejsca dostępu do żył obwodowych:

W komórkach organizacyjnych, w których podawane są leki cytostatyczne powinny znajdować się zestawy awaryjne na wypadek wynacznienia preparatu cytostatycznego zawierające antidotum (Deksrazoksan, Hialuronidaza):

DEKSRAZOKSAN (SAVENE, CARDIOXANE)

- podanie preparatu należy rozpocząć najpóźniej 6 godzin od wystąpienia wynacznienia antracykliny;

- lek podaje się we wlewie dożylnym trwającym 1-2 godzin przez 3 kolejne dni; dawki w dniach 2 i 3 należy podać o tej samej godzinie, co dawkę podaną dnia 1 (+/- 3 h);
- co najmniej 15 minut przed podaniem należy usunąć z miejsca wynacznienia zimny okład, o ile był stosowany.

HALURONIDAZA (HYLASE)

- zawartość fiolki z preparatem Hylase dessoau rozpuścić w 1 ml 0,9 % roztworu chlorku sodu do iniekcji;
- strzykawką 2 ml pobrać 0,1-0,2 ml przygotowanego roztworu (150 j.m.-300 j.m) i uzupełnić 0,9 % roztworu chlorku sodu do objętości 1-1,8 ml;
- zaopatrzyć strzykawkę w igłę nr 5 i wokół obszaru wynacznienia wykonać od 4 do 5 wstrzyknięć podskórnych roztworu hialuronidazy (ok. 0,2 ml roztworu na każde wstrzyknięcie) nie później niż 30 minut od wystąpienia wynacznienia.

Postępowanie w przypadku wynacznienia leku cytostatycznego

- przerwać podawanie leków bez usuwania wkłucia;
- przygotować zestaw awaryjny na wypadek wynacznienia;
- podjąć próbę aspiracji wynacznionego leku przez pozostawiony venflon, w tym celu należy odłączyć dren lub strzykawkę z podawaną substancją cytotoksyczną i podłączyć w to miejsce 5 mililitrową pustą strzykawkę i za jej pomocą powoli zaaspirować wynaczniony lek;
- zgłosić wynacznienie lekarzowi;
- jeżeli istnieje lek o typie antidotum użytego cytostatyku, należy podać go tą samą drogą w celu uzyskania neutralizacji;
- nie należy podawać leku pod wysokim ciśnieniem, żeby nie rozprzestrzenił wynacznionego preparatu;
- usunąć wkłucie;
- zastosować okład w zależności od podanego leku cytostatycznego;
 - zimny w przypadku wynacznienia Doksorubicyny, Epirubicyny, Cisplatyny, Mitomycyny C, Daktynomycyny. Okłady z lodu powodują zwężenie naczyń, które prowadzi do zlokalizowania wynacznionego leku i zmniejsza miejscowy stan zapalny i ból;

- ciepłe okłady - w przypadku wynaczynienia: Winkrystyny, Winblastyny, Etopozydu, Winorelbiny. Okłady te powodują rozszerzenie naczyń, które prowadzi do rozcieńczenia wynaczynionego leku;

- kończynę, w której doszło do wynaczynienia należy ułożyć wyżej, przynajmniej przez pierwsze 2 doby po wynaczynieniu;
- na zlecenie lekarza podać miejscowo leki przeciwzapalne, w razie bólu leki przeciwbólowe;
- wynaczynienie leku cytostatycznego należy odnotować w dokumentacji jako zdarzenie niepożądane.

6. Metody minimalizacji skutków wynaczynienia

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania, izolacja wynaczynienia:

- Zimny okład (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni)
- Opakowanie zewnętrzne oznaczone niebieską etykietą np Cisplatyna, Endoxan, Dakarbazyna, Etopozyd.

2. Dyspersja i ułatwienie wchłaniania wynaczynionego leku:

- Ciepły kompres (4 x dziennie po 20 min, przez 1 do 2 dni), zastosowanie hialuronidazy
- Opakowanie zewnętrzne oznaczone czerwoną etykietą:
- Docetaksel, Kabazitaksel, Paklitaksel, Winblastyna, Winkrystyna, Winorelbina,
- Viflunina (bez hialuronidazy)

3. Leki niewymagające stosowania ciepłego bądź zimnego kompresu w razie wynaczynienia:

- Opakowanie zewnętrzne oznaczone zieloną etykietą,
- Kategoria wynaczynienia „N” (leki niepowodujące groźnych powikłań po wynaczynieniu)
- Opcjonalnie, na zlecenie lekarza, możliwe zastosowanie zimnego okładu
- Asparaginza, Bleomycyna, Bortezomid, Cytarabina, Fludarabina, Gemcytabina, Kladryjżyna, Metotreksat, Pemetreksed
- Przeciwciała monoklonalne
- Okasliplatyna (UWAGA, kat. D) - nie stosować kompresów

7. W celu zwiększenia bezpieczeństwa podawania leków cytostatycznych i zmniejszenia liczby wynaczynień należy wdrożyć następujące działania takie jak:

a) regularne szkolenia dla personelu pielęgniarskiego w zakresie: i

■ działań niepożądanych (w tym wynikających z wynaczynień),

■ „Kaniulacji żył obwodowych i terapii płynami infuzyjnymi” - praktyczne z fantomem;

b) wprowadzenie etykietowania podawanych leków;

c) stosowanie zamkniętego systemu podawania leków cytostatycznych:

■ wprowadzenie do stosowania łącznika bezigłowego rekomendowanego przez organizację CDC co wpływa na zmniejszenie manipulacji przy kaniuli;

■ stosowanie strzykawek fabrycznie napełnionych roztworem NaCl 0,9% (wskazanych w leczeniu pacjentów z obniżoną odpornością).

d) zwiększenie implantacji portów naczyniowych;

e) systematycznie i szczegółowo prowadzona dokumentacja zdarzeń niepożądanych (wynaczynienie leku cytostatycznego) stanowi źródło informacji o przyczynach i okolicznościach wydarzenia; ,

f) system zgłaszania zdarzeń niepożądanych (wynaczynienie leku cytostatycznego) polegający na braku stygmatyzacji zachęca pracowników do zgłaszania ZN i wnikliwej analizy przyczynowo - skutkowej.

Najważniejsze jest zapobieganie wynaczynieniu, przede wszystkim poprzez kontrolę miejsca wkłucia (kontrola wizualna, próba aspiracji), podczas podawania leków cytostatycznych. W sytuacjach trudnego dostępu do żył obwodowych leki cytostatyczne podaje się przez cewnik do dużych naczyń lub do portu naczyniowego. Przestrzeganie reguł prawidłowego podawania leków cytostatycznych może znacznie ograniczyć objawy związane z wynaczynieniem. Cytostatyki mają z założenia działanie cytotoksyczne i w związku z tym są lekami, których podawanie wymaga szczególnej ostrożności, uwagi i wysokiego poziomu wyszkolenia ze strony personelu pielęgniarskiego. Personel podający preparaty cytostatyczne jest systematycznie

szkolony i zna instrukcję postępowania w przypadku wynaczynienia leku. Każdy przypadek wynaczynienia leku cytostatycznego jest rejestrowany i monitorowany, a kryterium mierzalności jest zapis w rejestrze zdarzeń niepożądanych. Właściwa współpraca personelu z pacjentami i ich rodzinami w zakresie rozpoznawania potrzeb chorego, ich zaspokajania, rozwiązywanie problemów, a także w zakresie działań edukacyjnych umożliwiają zapewnić pacjentom profesjonalnej i bezpiecznej opieki podczas podawania leków cytostatycznych.

*dr n. med. Anna Koper
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa onkologicznego
Centrum Onkologii
im. Prof. Franciszka Łukaszczyka;
85-796 Bydgoszcz,
ul. dr I. Romanowskiej 2,
kopeco@co.bydgoszczpl,
tel. 052/3743204
Bydgoszcz, dnia 5.01.2016 r.*

Piśmiennictwo:

1. Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J.: Opieka pielęgniarska w chemioterapii w: Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne, PZWL, Warszawa 2011:234-261.

2. Rubach M.: Wynaczynienia leków stosowanych u chorych na nowotwory w: Krzakowski M., Podemski P., Warzocha K., Wysocki P., (red.), Onkologia kliniczna, Via Medica, Gdańsk 2014: 317-326.

3. Rubach M.: Wynaczynienia leków przeciwnowotworowych w: Krzakowski M. (red.), Onkologia kliniczna, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006: 550-555.

4. Kaźmierczak B.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii w: Koper A., Wrońska I. (red.), Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003: 1-19.

5. Jędrusik Z., Koper A.: Opieka pielęgniarska w trakcie podawania cytostatyków w: Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007; 1-2:46-47.

6. Koper A., Jędrusik Z.: Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi cytostatykami w: Biuletynie OIPiP, Bydgoszcz. 8/2008.

7. I. Mader, P.R. Furst-Weger, R.M. Mader, E. Nogler-Semenitz, S. Wasserthurer.: Extravasation of Cytotoxic Agents, Wydawnictwo Springer Wien New York, 2010.

8. Medycyna Praktyczna Onkologia 2015/04.

9. Medycyna Praktyczna Onkologia 2013/3.

Opinia w sprawie składu zestawu przeciwwstrząsowego dla pielęgniarek medycyny szkolnej

W odpowiedzi na zapytanie Przewodniczącej Dolnośląskiej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, nr pisma DO-IPiP/83/7/03/16 uprzejmie informuję:

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 28 października 2013 r.) na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) §2. Świadczenia gwarantowane obejmuje: świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania oraz w części III. warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki w tym wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze między innymi:

1) wyposażenie gabinetu: kozetka, stół zabiegowy lub stanowisko pracy - urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki szkolnej, szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, stetoskop,

2) przenośna apteczka pierwszej pomocy wyposażona w:

a) zestaw przeciwwstrząsowy, w skład którego wchodzi:

- Natrii chloridum 0,9% - roztwór do wstrzykiwań,

- Hydrocortisonum hemisuccinatum - proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne,

- Glucosum 20% - roztwór do wstrzykiwań, - płyny infuzyjne:

- Glucosum 5% - roztwór do infuzji,

- Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum - (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml - roztwór do infuzji dożylnych,

b) gaziki jałowe, gazę jałową, bandaże dziane i elastyczne, chustę trójkątną, przylepiec, przylepiec z opatrunkiem, rękawiczki jednorazowe, octawian glinu (altacet), wodę utlenioną, środek odkażający skórę, tabletki przeciwbólowe i rozkurczowe, neospasminę, maseczkę twarową do prowadzenia oddechu zastępczego, szyny Kramera, stację automatyczną, nożyczki, pakiet do odkażania.

Wytyczne 2010 roku zawierały zalecenie, aby osoby udzielające pierwszej pomocy pomogły w podaniu lub samodzielnie podały adrenalinę (należącą do poszkodowanego) osobom z objawami anafilaksji. W nowej wersji wytycznych określono ramy czasowe ewentualnego podania drugiej dawki adrenaliny. Lek ten mogła pielęgniarka i położna podawać do uprawomocnienia się nowelizacji wcześniej obowiązującej ustawy (z dnia 16.12. 2002, Dz. U. z 2002, nr 236), czyli do 26 stycznia 2011 r.

Obowiązujący Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania dla

pielęgniarek, zatwierdzony 19.08.2015 r. przez Ministra Zdrowia określa zakres kształcenia pielęgniarek, w wyniku kursu pielęgniarka potrafi dokonywać wstępnej oceny urazu i nagłego zachorowania ucznia oraz zapewnić ciągłość opieki do czasu przekazania ucznia zespołowi ratownictwa medycznego lub rodzicom; prowadzić resuscytację krążeniowo-oddechową na podstawowym poziomie oraz zapewnić ciągłość opieki do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego; podawać leki bez zlecenia lekarskiego zgodnie z jej uprawnieniami.

Reasumując:

W obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu leków przeciwwstrząsowych, które może podać samodzielnie (bez zlecenia lekarza) pielęgniarka, położna brak jest Adrenaliny/załącznik nr 3/.

Wytyczne Resuscytacji 2015 ERC Polskiej Rady Resuscytacji określają zasady prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci.

Z poważaniem
mgr Ewa Pielichowska
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie
pielęgniarstwa anestezjologicznego
i intensywnej opieki
Wrocław 30.03.2016 r.

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie usuwania przez pielęgniarkę kleszczy

Zgodnie z art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011.174.1039) zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym i polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Art. 2 ust 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. z 2013 r., poz. 654) określa, że świadczenia zdrowotne są działaniami służącymi zachowaniu, ratowa-

niu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Wykonywanie zawodu pielęgniarki zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej polega w szczególności na:

1/ rozpoznaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,

2/ rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,

3/ planowaniu i sprawowaniu opieki nad pacjentem,

4/ samodzielnym wykonywaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,

5/ realizowaniu zleceń lekarskich w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji,

6/ orzekaniu o rodzaju świadczeń opiekuńczo-pielęgniacyjnych,

7/ edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Art. 61 ustawy o zawodach pielęgniar-ki i położnej nakłada na pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji

zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których mowa w art. 66 ustawy i może być uzupełniane w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych.

Biorąc pod uwagę, że usuwanie kleszczy mieści się w czynnościach określanych jako pierwsza pomoc przedlekarska ich usunięcie powinna wykonać każda przeszkolona w tym zakresie osoba, tym bardziej pielęgniarka jako przedstawiciel samodzielnego zawodu medycznego. Po wykonaniu zabiegu pielęgniarka ma obowiązek pouczenia pacjenta o konieczności obserwacji miejsca po usunię-

ciu kleszcza oraz możliwości pojawienia się rumienia wędrującego lub innych objawów tj. gorączka powyżej 38°C, zmęczenie, ból głowy, ból pleców i kończyn, kaszel, katar, objawy żołądkowo-jelitowe, utrata łaknienia, nudności. W sytuacji zaobserwowania powyższych objawów pacjent powinien skontaktować się z lekarzem celem wdrożenia leczenia.

Kraków 09.07.2013 r.

dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewoń kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (takich jak żelazo, antybiotyki).

Podawanie leków drogą dożylną lub domięśniową przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne jest realizacją wydanego zlecenia lekarskiego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. To lekarz decyduje o leczeniu, dawce leku, drodze podania w zależności od stanu pacjenta i choroby. Za to również ponosi odpowiedzialność. Wszystkie leki, które są zarejestrowane w Polsce, a dostępne na receptę do leczenia ambulatoryjnego mogą być podawane zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania i charakterystyką produktu leczniczego.

Każdy lek niezależnie czy jest podawany drogą dożylną, domięśniową czy doustną może, wywołać u niektórych osób reakcje niepożądane. Producenci leków podają w ulotkach załączonych do leku, że dany preparat należy podawać wyłącznie pod bezpośrednim nadzorem personelu medycznego przeszkolonego w zakresie oceny i leczenia reakcji anafilaktycznych. Pacjenta należy obserwować w celu wykrycia działań niepożądanych po każdym podaniu leku. W przypadku wystąpienia reakcji nad-

wrażliwości lub objawów nietolerancji w trakcie podawania leku, leczenie należy natychmiast przerwać. Dostępne musi być wyposażenie do resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz leki stosowane w leczeniu ostrych reakcji anafilaktycznych.

Pielęgniarki realizujące zlecenia lekarskie w zakresie podawania leków są zobowiązane stosować zasady podawania zamieszczone w informacji o leku (ulotce) lub wynikające ze zlecenia lekarskiego. Należy zatem wnikliwie zapoznać się z ulotką dołączoną do leku i przestrzegać zaleceń producenta. Jeżeli zlecenie lekarskie stoi w sprzeczności z zaleceniami bezpieczeństwa jakie podaje producent leku, to należy skonsultować to z lekarzem, który zlecenie wystawił. Ponadto prawo odmowy podania przez pielęgniarkę leku zleconego przez lekarza określa przepis art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1435, z późn. zm.). Pielęgniarka odmawiając wykonania zlecenia lekarskiego podaje wówczas przyczynę odmowy w formie pisemnej.

Podczas realizacji wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zlecenia lekarskiego, zawierającego nazwę i dawkę leku, drogę podania, czasokres, które w pełni pokrywają się z charakte-

rystyką produktu leczniczego oraz gdy preparat dopuszczony jest do leczenia ambulatoryjnego, dostępny na receptę i nie jest zarezerwowany tylko do leczenia w warunkach szpitalnych nie zachodzą podstawy do odmowy wykonania takiego zlecenia przez pielęgniarkę. Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mają obowiązek współpracować z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, również w kwestii realizacji wydawanych zleceń lekarskich.

Osoba ubezpieczona ma gwarantowane świadczenia pielęgniarstwa mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248, oraz z 2014 r. poz. 1440 1914). Nadmieniam, iż zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są wyraźnie określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia 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).

Z poważaniem

KONSULTANT KRAJOWY

w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Beata Ostrzycka

Wykonywanie zawodu w ramach działalności leczniczej

Czy pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualna praktyka jest obowiązana posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu?

W myśl art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011, roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U z 2015r., poz. 618 j z późn. zm.) pielęgniarka wykonująca zawód w ramach i działalności leczniczej jako indywidualna praktyka jest obowiązana spełniać następujące warunki:

1) posiadać prawo wykonywania zawodu;

2) nie może być:

a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,

b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem

środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

3) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

4) dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadać opinie właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych;

5) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

6) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt cytowanej ustawy.

Mając na uwadze powyższe przepisy, pielęgniarka nie musi mieć dwuletniego doświadczenia zawodowego, aby spełniać warunki do wykonywania zawodu w formie praktyki zawodowej. Wymóg posiadania dwuletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu został uchylony przez ustawę z dnia 11 września 2015 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. po. 1640). Pamiętać należy, iż zgodnie z art. 5 ust. 1 w związku z art. 106 ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarka może wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, który prowadzi okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę.

*Jolanta Kubajka-Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze NIPiP*

Postępowanie pielęgniarskie wobec osób chorych na celiakię

Celiakia (choroba trzewna) jest chorobą, w której organizm nie toleruje białka-glutenu znajdującego się w zbożach takich jak pszenica, owies, żyto, jęczmień. Nietolerancja ta objawia się zmianami zachodzącymi w jelicie cienkim, powodując stan zapalny wpływający na zanik kosmków jelitowych. Zanik kosmków jest przyczyną zaburzeń wchłaniania substancji odżywczych w jelicie. Mimo, że choroba trzewna to choroba układu pokarmowego, jej objawy obejmują o wiele szerszy zakres. Można powiedzieć, iż celiakia jest chorobą ogólnoustrojową. Dotyka ona zarówno dzieci jak i osoby dorosłe. Celiakia obejmuje dolegliwości takie jak: bóle i wzdęcia brzucha, utrata masy ciała, biegunki, zmiany usposobienia, niedobory żelaza i witamin, stałe zmęczenie itp. [Szloser, 2015; Grzymisławski, 2010].

U osób chorych na celiakię podstawę stanowi stosowanie diety bezglutenowej. Wobec tego działania pielęgniarki mają głównie charakter edukacyjny.

Dieta bezglutenowa jest formą diety eliminacyjnej. Polega ona na wyeliminowaniu z diety pokarmów zawierających gluten. Ważne by dieta ta uwzględniała zapotrzebowanie organizmu na wszystkie składniki pokarmowe, witaminy. Pielęgniarka jako osoba, która jest jednym z przedstawicieli personelu medycznego ma obowiązek przekazać choremu ze zdiagnozowaną celiakią informacje na temat poszczególnych zasad w diecie. Osoba chora powinna wykluczyć wszystkie produkty zawierające zboża glutenowe, produkty wytworzone na bazie składników bezglutenowych do których gluten został dodany w procesie produkcji. Niekiedy jeden produkt u jednego

producenta może być bezglutenowy, natomiast u innego może zawierać gluten. Symbolem umieszczanym na opakowaniach świadczącym o braku glutenu jest przekreślony kłos. Niedozwolone jest czasowe zaprzestanie diety, spożywanie małych ilości glutenu tzw. podjadanie. Błędy w diecie prowadzą do nieprawidłowości w budowie jelita cienkiego. Osoba cierpiąca na chorobę trzewna powinna być stale edukowana w zakresie diety bezglutenowej. Klasyfikacja produktów dozwolonych ulega stałym modyfikacjom. Ważną kwestią w stosowaniu diety eliminacyjnej jest uzupełnianie jądłospisu innymi dozwolonymi produktami np. kaszy gryczanej i jaglanej, roślin strączkowych, ryżu, dużą ilością owoców i warzyw. Dozwolone w diecie bezglutenowej są mięso, jaja, drób, mleko i jego przetwory, warzywa i owoce. Należy dbać

o to by dieta nie była jednostronna [Cichańska, 2013; Konińska, 2014; Chevallier, 2008; Włodarek, 2014].

Najbezpieczniejszą formę pokarmów, stanowią produkty bezglutenowe, oznaczone na opakowaniach napisem „bezglutenowy”. Za zboże naturalnie pozbawione glutenu uważa się: ryż, kukurydzę, sorgo, proso, młkę abisyńską (teff). Do produktów zalecanych bezglutenowych wlicza się również: amarantus, grykę, soję, ziemniaki, maniok (tapioka), ziarno lnu. Produktami bezglutenowymi są: mąka kukurydziana, mąka sojowa, skrobia kukurydziana, mąka ziemniaczana, warzywa, owoce, nabiał i mleko, ryby, jajka. Za bezglutenowe uznawane są produkty, w których zawartość glutenu mieści się w granicy do 20 ppm tj. 20 mg na 1 kg. Do produktów zabronionych zalicza się wszystkie przetwory z pszenicy, żyta, owsa i jęczmienia; bułki, chleby razowe, zwykłe; zwykłe makarony; płatki owsiane; kasza manna, jęczmienna, owsiana; ciastka, herbatniki, słodczyce zawierające gluten. Należy również zwracać uwagę na inne produkty do których może być dodany produkt glutenowy np. kasza manna oraz bułka mielona są dodawane do wyrobów mięsnych (pasztety, parówki itp.) Czytając listę produktów zakazanych można dojść do wniosku, że gluten znajduje się wszędzie. Dlatego ważne jest aby pielęgniarka zwróciła uwagę jak ważne jest czytanie etykiet, kupowanie sprawdzonych produktów [Ratkowska, 2008; Włodarek, 2014; Konińska, 2014; Szajewska, 2011; Konińska, 2010].

Pielęgniarka powinna zwracać uwagę na to, iż ścisła dieta eliminująca gluten może przysparzać wiele problemów. Jej efektem mogą być: zwiększone spożywanie tłuszczów, zmniejszona ilość błonnika pokarmowego oraz niedobory pokarmowe. Należy zwrócić uwagę, iż niedobory wynikające z nieprawidłowej diety zwiększają ryzyko osteoporozy, chorób układu krążenia i innych groźnych chorób. W diecie tej produkty zbożowe należy zastępować produktami takimi jak gryka, ryż, kukurydza, soja, mąka ziemniaczana, sorgo itp. Produkty te zawierają mniej witamin z grupy B oraz składników mineralnych, w porównaniu do produktów zbożowych. Dodatkowo na niedobory mineralne wpływa

uszkodzona błona śluzowa jelita, która uniemożliwia prawidłowe wchłanianie składników odżywczych.

W wyniku tego dochodzi głównie do niedoborów cynku, żelaza, witamin, kwasu foliowego. Często też występują niedobory wapnia. W wyniku niedoboru kwasu foliowego, witamin z grupy B powstaje niedokrwistość, zwiększa się ryzyko chorób układu krążenia oraz ryzyko zaburzeń rozwoju potomstwa. Chorobą, która często dotyka osoby chore na chorobę trzewną jest osteoporoza wynikająca z zaburzeń wchłaniania wapnia. Bardzo często występują u nich aftry, próchnica zębów czy zapalenia dziąseł. Niedobór witaminy B6 i B12, E i folianów może przyczyniać się do chorób psychicznych, neurologicznych i zaburzeń reprodukcji. Zminimalizowanie negatywnych skutków niedoborów witamin i składników mineralnych jest możliwe poprzez stosowanie urozmaiconej diety. Spożywanie warzyw i owoców, różnych rodzajów kasz zmniejsza niedobory witaminowo – mineralne. Ważne też są produkty jak pestki dyni, słonecznika, sezamu, suszone owoce. Na zachowanie składników odżywczych ważne jest zwrócenie uwagi na wrażliwość produktów na procesy kulinarne np. witamina C wrażliwa jest na działanie temperatury czy tlenu. W sytuacji poważniejszych niedoborów konieczne jest stosowanie preparatów witaminowych i mineralnych, co w najbardziej zrozumiałym sposób pielęgniarka powinna przekazać pacjentowi [Jarosz, 2012; Cichańska, 2013; Konińska, 2014].

Wprowadzenie w życie nowej diety, wykluczającej jeden z podstawowych składników pokarmowych nie jest łatwe. Pacjentowi dla którego choroba trzewna jest czymś nowym, pielęgniarka powinna zalecić wizytę u dietetyka oraz polecić źródła informacji zawierające wiedzę dotyczącą tego zakresu. Opieka pielęgniarska wobec osoby chorej na celiakię pełni głównie funkcję edukacyjną. Pielęgniarka ma za zadanie przygotować pacjenta do samodzielnego radzenia sobie z nowym problemem zdrowotnym oraz poszerzyć wiedzę rodziny na temat choroby trzewnej. Pielęgniarka, jako przedstawiciel zespołu medycznego sprawuje opiekę nad chorym oraz przygotowuje pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.

Jej zadaniem jest również przygotowanie rodziny do zmian jakie będą konieczne do wprowadzenia dla całej rodziny. Zakres jej działań dotyczy łagodzenia objawów jakie wynikają z choroby tj.: zapobieganie efektom ubocznym choroby jakim jest niedożywienie czy powstawanie zaburzeń wodnoelektrolitowych i kwasowo-zasadowych występujących przy biegunce, łagodzenie nudności, objawów biegunki, zmniejszanie dyskomfortu fizycznego i psychicznego pacjenta. Pielęgniarka ma również dbać o miejsce wkłucia kaniuli i chorej zapobiegając możliwości powstania zakażenia. Zadaniem pielęgniarki jest edukacja. Obejmuje ona przekazanie informacji na temat przeprowadzanych badań, łagodzenie lęku i niepokoju. Edukacja ma za zadanie przekazanie szerokiej wiedzy na temat istoty choroby, konieczności wprowadzenia zmian w diecie oraz zmian w miejscu zamieszkania i konieczność zmiany miejsca pracy. Pielęgniarka powinna w sposób zrozumiały dla pacjenta rzeczowo przekazać informacje na temat zasad diety bezglutenowej, jak prawidłowo przygotowywać posiłki, jak kupować produkty i na co zwracać uwagę na opakowaniach. Pielęgniarka musi przekazać chorej jakie konsekwencje niesie ze sobą nieprzestrzeżenie diety. Ważne jest również przekazanie tej wiedzy rodzinie, by oswoiła się ona z nową sytuacją.

*Autor: Natalia Kmetko
Promotor pracy:
dr n. med. Renata Rabiasz*

Bibliografia:

1. Chevallier L.: 51 zaleceń dietetycznych w wybranych stanach chorobowych. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
2. Cichańska B.A.: Celiakia. Dieta Bezglutenowa. Niezbędne informacje i porady. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Celiakię PRZEKREŚLENY KŁOS, Bydgoszcz 2013.
3. Grzymisławski M., Stankowiak-Kulpa H., Włochal M.: Celiakia- standardy diagnostyczne i terapeutyczne 2010 roku, Forum zaburzeń metabolicznych 2010, T.1., 1, s. 12-21.
4. Jarosz M., Dzieniszewski J. (red.): Celiakia porady lekarzy i dietetyków. PZWL, Warszawa 2012
5. Konińska G., Grabowicz J.: Gdzie jest gluten?, Bez glutenu 2010, 1, s.10-13
6. Konińska G., Marczevska A., Żródlak M. (red.): Celiakia i dieta bezglutenowa prak-

tyczny poradnik. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej, Warszawa 2014.

7. Ratkowska B., Wojtasik A., Kunachowicz H.: Łatwość rozpoznawania produktów spożywczych do stosowania w diecie bezglutenowej na podstawie informacji na etykietach,

Bromatologia Chemia i Toksykologia 2008, 3, s. 253-257.

8. Szajewska H., Choroby jelita cienkiego. [W:] Choroby wewnętrzne stan wiedzy na rok 2011. Red. Szczeklik A. Medycyna Praktyczna, Kraków 2011, s. 876-881.

9. Szloser M., Gąsiorowska W.: Święta bez pszenicy. Wyd. Bukowy Las, Wrocław, 2015.

10. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L., Głabska D.: Dietoterapia. PZWL, Warszawa 2014.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z występującym migotaniem przedsionków

Właściwe postępowanie oraz opieka pielęgniarska jest nieodłącznym elementem kompletnego przeciwdziałania zarówno występującemu migotaniu przedsionków jak i innym zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu ludzkiego. Ważnym podkreślenia jest fakt, iż rola personelu pielęgniarskiego nie sprowadza się tu jedynie do wykonywania zleceń lekarskich, ale dotyczy szeregu samodzielnych czynności podejmowanych na rzecz pacjenta. Pielęgniarka/pielęgniarski poczynając od przyjęcia na oddział pacjenta z podejrzeniem migotania przedsionków powinni brać udział w zdiagnozowaniu oraz zróżnicowaniu charakteru zaburzenia. Muszą oni zbadać czy rytm u pacjenta jest miarowy czy też nie, konieczne jest przeprowadzenie wywiadu, by móc ustalić co spowodowało napad, szczególną uwagę powinno się zwrócić na ewentualne spożycie alkoholu lub obfitego posiłku przez nowoprzyjętego, występowanie u niego otyłości, a także stanów zapalnych, bowiem te czynniki są najczęściej podawane przez literaturę jako determinanty migotania przedsionków. Należy określić jak często schorzenie pojawia się oraz jak długo trwa. Podczas zbieranego wywiadu należy zwrócić uwagę na występujące współistniejące choroby, szczególnie na: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, chorobę naczyń mózgowych, chorobę wieńcową oraz miażdżycę. Już podczas przyjęcia konieczne jest zapewnienie dostępu dożylnego w razie konieczności szybkiego podania leków. Ciężkość występujących objawów oceniamy za pomocą ska-

li EHRA [Camm A.J, 2010, s. 499; Rosiak M., 2010, s. 286-289].

Pacjenta zaraz po przyjęciu na oddział należy uspokoić i poinformować o konieczności hospitalizacji oraz zaznajomić go z topografią oddziału, dzięki temu poczuje się pewniej i bezpieczniej podczas pobytu w szpitalu. Zapewnienie spokoju pacjentowi podczas pobytu na oddziale spowoduje zmniejszenie się możliwości powstania najczęstszego problemu występującego ze strony układu nerwowego zgłaszanego przez pacjentów z zaburzeniami rytmu serca, a mianowicie problemów z zasypianiem [Maciąg D., 2014, s. 36-57].

Choremu należy zapewnić intensywny nadzór kardiologiczny, dzięki ciągłemu monitorowaniu aktywności elektrycznej serca, personel medyczny będzie w stanie ocenić obecny stan pacjenta oraz powikłania do których może dojść. Jednym z powodów konieczności stałego nadzoru jest możliwość pogorszenia stanu pacjenta, dojścia do nasilenia zaburzeń hemodynamicznych, a w konsekwencji do zatrzymania krążenia. Związane jest to z występującym brakiem okresu czynnego napełnienia, oraz wzrostem częstości pracy serca i jego niemiaryowością [Kaszuba D., 2011, s. 273-278].

Kolejnym ważnym elementem, na który warto zwrócić uwagę jest możliwość zasłabnięcia i omdlenia spowodowana niedotlenieniem mózgu, szczególną uwagę pielęgniarka powinna zwrócić na możliwość wystąpienia urazów w wyniku upadku. Jak pokazują badania zasłabnięcia i utrata przytomności doty-

czy od 80% do 85% hospitalizowanych z powodu zaburzeń rytmu. Prócz stałej obserwacji niezwykle istotne jest tu wykonywanie regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi i tętna. Przy występujących zawrotach głowy, pielęgniarka/pielęgniarski powinni niezwłocznie ułożyć chorego w pozycji płaskiej, unieść mu nogi powyżej poziomu serca oraz poinformować lekarza o pogorszeniu się stanu pacjenta. Problematyka ta warta jest poruszenia ponieważ migotanie przedsionków dotyczy głównie ludzi starszych, u których upadki mogą powodować ograniczenie samodzielności, obniżenie jakości życia, w negatywny sposób wpływają na funkcjonowanie seniora w rodzinie, ale mogą również prowadzić do długotrwałej niepełnosprawności. W państwach Unii Europejskiej wśród osób w wieku geriatrycznym, problematyka urazów tyczy się niemalże 105 tys. osób, wśród których stwierdza się prawie 40 tys. zgonów z powodu upadków [Chudzik M., 2004, s. 169-176; Szabla Z., 2008, s. 343-351].

Ważnym problemem, z którym musi się zmierzyć pielęgniarka podczas tego zaburzenia jest dyskomfort i ból w klatce piersiowej oraz uczucie duszności. W prowadzonych badaniach uczucie kołatania serca zgłasza 80% mężczyzn oraz 75% kobiet. Jeszcze częściej wśród pacjentów z migotaniem przedsionków występuje duszność, gdzie problem z jej występowaniem zgłaszało 93% mężczyzn i 89% kobiet. Pierwszym działaniem podjętym przez personel medyczny powinno być uspokojenie pacjenta,

wpływając na zmniejszenie zdenerwowania pacjenta, wpłyniemy na oba czynniki wywołujące dyskomfort. Uspokojenie się pacjenta spowoduje zmniejszenie liczby oddechów oraz stopnia nasilenia duszności, ale również zmniejszy odczuwanie kołatania serca. Niezmiernie ważne jest ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej, właściwa pozycja ułatwi oddychanie chorej, przez co zmniejszy poziom odczuwanej duszności. Niektóra literatura zaleca w ww. sytuacji wykonanie próby Valsalvy [Maciąg D., 2014, s. 36-57; Kaszuba D., 2011, s. 273-278; Talarska D., 2011, s. 101-102].

Prócz powstrzymania anomalii poprzez podanie zleconych leków bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na edukację, pacjent musi być świadomy jakie są czynniki, które mogą powodować kolejny napad. Autorzy analiz badawczych ukazują pielęgniarkę jako najbardziej bezpośrednie źródło wiedzy o chorobie dla pacjentów. Pielęgniarka/pielęgniarsz przedstawiani są również jako osoby, które lepiej niż ktokolwiek inny potrafią ocenić potrzeby pacjenta oraz jego gotowość do uczenia się. Zgodnie z zebranymi wynikami personel pielęgniarski jest źródłem wiedzy o chorobie dla 61% hospitalizowanych. Pacjentowi należy zwrócić uwagę na ograniczenie wypijania kawy i alkoholu, oraz na rezygnację z palenia papierosów. Chory powinien też unikać stresu, obfitego posiłku oraz dużego wysiłku fizycznego. Ważne jest wyrobienie pozytywnych nawyków żywieniowych

u osób z nadwagą i otyłością, należy przeprowadzić rozmowę edukacyjno-motywacyjną, która dotyczyłaby zmiany dotychczasowego stylu życia. By przygotować pacjenta na potencjalnie mogące wystąpić nawroty choroby, należy go nauczyć samobadania tętna, oraz interpretacji wyników badania. W przypadku, gdy pacjent będzie miał zlecone leki na stałe edukacyjna rola pielęgniarki będzie polegała na przekonaniu go o konieczności systematycznego ich spożywania [Kamińska S. M., 2013, s. 21-26; Kaszuba D., 2011, s. 273-278; Kosicka B., 2007, s. 188-189].

Podczas napadu migotania przedsionków chory może być osłabiony i nie być w stanie samodzielnie wykonywać niektórych podstawowych czynności. Jak pokazują badania odnośnie oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarek, liczą oni głównie na drobna pomoc i nie chcą by ich wyręczać czy wykonywać za nich danych czynności. Takie działanie daje dwukrotne korzyści, po pierwsze pielęgniarka nie wykonuje czynności, które pacjent mógłby przy niewielkim wysiłku wykonać sam, po drugie nie powoduje u pacjentów zjawiska uzależnienia się od pomocy od innej osoby [Kosicka B., 2007, s. 188-189; Kamińska S. M., 2013, s. 21-26].

*Autor: Dawid Makowicz
Promotor pracy:
dr n. med. Renata Rabiasz*

Bibliografia:

1. Camm A. J.: Wytyczne dotyczące postępowania u chorych z migotaniem przedsionków. *Kardiologia Polska*, 2010, 498-499, 502-509.
2. Chudzik M. i wsp.: Wpływ stałej elektrostymulacji serca na parametry hemodynamiczne i jakość życia u pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków. *Folia Cardiol.* 2004, tom 11, nr 3, 169-176.
3. Kamińska S. M.: Rola pielęgniarki rodzinnej w prewencji upadków. *Family Medicine & Primary Care Review*. Szczecin 2013; 15, 1: 21-26.
4. Kaszuba D., Nowicka A. (red.): *Pielęgniarstwo Kardiologiczne*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, 273-279.
5. Kosicka B., Wrońska I.: Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. *Problemy pielęgniarstwa*. Lublin 2007, tom 15, zeszyt nr 2-3, 188-189.
6. Maciąg D., Cichońska M.: Ocena jakości życia pacjentów z zaburzeniami rytmu serca po wykonaniu ablacji RF. *Nauki medyczne, kultura fizyczna i zdrowie*. Ostrowiec Świętokrzyski 2014, 3(1), 36-57.
7. Rosiak M.: Czynniki ryzyka rozwoju migotania przedsionków, nie zawsze ciężkiej i nie zawsze izolowanej choroby serca. *Wydawnictwo VIA Medica*, Łódź 2010, 286-289.
8. Szabla Z. i wsp.: Problemy pielęgnacyjne i stopień ich rozwiązywania w ocenie chorych leczonych przezskórnie angioplastyką wieńcową z powodu ostrego zespołu wieńcowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, tom 16, zeszyt nr 4, 343-351.
9. Talarska D. (red.): *Pielęgniarstwo internistyczne*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, 101-102.

Opieka nad pacjentem z dusznością spoczynkową w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest powszechna u osób powyżej 40. roku życia. Trwa od kilku do kilkunastu lat, z czego przez większość czasu przebiega bezobjawowo.

W większości rozpoznaną chorobę mają ludzie starsi, którzy często zmagają się z dodatkowymi jednostkami chorobowymi, charakterystycznymi dla

wieku podeszłego. Dużym problemem jest to, że choroba jest nieuleczalna, a częste zaostrzenia występujące w czasie choroby dodatkowo pogarszają stan chorego. Dodatkowym problemem są bardzo wysokie koszty leczenia pacjenta dotyczące m.in. zakupu drogich leków, inhalatorów, środków pielęgnacyjnych oraz częstych pobytów w szpitalu. Ogól-

nie postępowanie w POChP ma na celu poprawę ogólnego stanu zdrowia, złagodzenie objawów choroby, zapobieganie powikłaniom, a co za tym idzie możliwość zmniejszenia śmiertelności [Konstańska I., 2009, s. 144-149, Jahnz-Różyk K., 2009, 426-432].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jak wiele innych zmusza niekiedy pacjen-

tów do hospitalizacji. Często przyczyną hospitalizacji pacjenta jest zaostrzenie choroby, bardzo często występujące nagłe. Zadaniem pielęgniarki jest zapewnić nie jak najlepszej opieki choremu pacjentowi, w celu zaspokojenia jego potrzeb w zakresie samoobsługi i samo pielęgnacji. Pielęgniarka pełni w opiece nad pacjentem wiele funkcji, wśród których jest między innymi funkcja edukacyjna mająca na celu przede wszystkim zmotywowanie pacjenta do zaprzestania lub przynajmniej ograniczenia nałogu palenia papierosów. [Niżankowska-Mogilnicka E., 2007, 402-410]

Opieka pielęgniarki zaczyna się już od momentu przyjęcia pacjenta na oddział; musi zapoznać go ze strukturą oddziału, pokazać o ile pacjent jest w stanie, gdzie jest gabinet zabiegowy, toaleta, czy pokój lekarzy. Później z pacjentem lub jego rodziną jeśli nie ma możliwości należy przeprowadzić wywiad. Pielęgniarka musi określić tryb przyjęcia do szpitala (nagły, planowany), określić jego status społeczny (mieszkający z rodziną, samotny, wdowiec). Pielęgniarka potrafi ocenić ogólny stan fizyczny: stan higieny, wygląd skóry, oceni ryzyko wystąpienia odleżyn przy pomocy odpowiednich skal, określi stan samoopieki i jego deficyty, rozpozna główne problemy pielęgnacyjne i potrzeby pacjenta. Oceni stan świadomości pacjenta, nastrój i reakcję na hospitalizację. Pielęgniarka monitoruje czynności życiowe pacjenta, podaje leki na zlecenie lekarza. Ocenia ryzyko wystąpienia duszności, jakie czynniki ją wywołują, rozpoznaje i monitoruje obecność takich objawów jak kaszel, obecność sinicy, dolegliwości tj.: zawroty i bóle głowy, brak apetytu, czy nudności. Potrafi także dostrzec objawy świadczące o zaostrzeniu stanu chorobowego (zmiana w charakterze kaszlu, wyglądzie i konsystencji płwociny itp.). sprawując opiekę nad pacjentem z POChP powinna nauczyć się rozpoznawać niepokojące objawy, które mogą być objawem pogorszenia się stanu zdrowia. Bardzo ważna jest kontrola saturacji, dzięki której możliwe jest sprawdzenie stopnia wysycenia krwi tlenem. Pielęgniarka powinna nauczyć pacjenta unikania sytuacji, mogących doprowadzić do powstania duszności, a w przypadku pojawienia się takich objawów odpowiedniej reakcji.

Pacjent z POChP boryka się często z wieloma chorobami współistniejącymi, dlatego pielęgniarka szczególną uwagę powinna zwrócić na aktywność fizyczną chorego, a w przypadku zaburzeń ruchu, lub unieruchomienia jak najszybszego wprowadzenia profilaktyki przeciwoleźynowej. Pielęgniarka powinna instruować pacjenta i pomagać mu w przyjmowaniu leków podawanych wziewnie, ponieważ często pacjenci nie potrafią właściwie korzystać z inhalatorów, przez co leczenie jest często nieefektywne. Powinna uczestniczyć w tlenoterapii i rehabilitacji oddechowej. Pacjenci bardzo często zapadają na infekcje dróg oddechowych. Jest to spowodowane zaleganiem wydzieliny w drogach oddechowych i gromadzeniem się w nich bakterii. Pielęgniarka opiekująca się pacjentem powinna unikać zarówno przegrzania jak i wychłodzenia pacjenta, by zapobiec infekcjom, powinna zachęcić chorego do szczepień przeciw grypie, spożywania pokarmów bogatych w witaminy i minerały, szczególnie w witaminę C. Pielęgniarka powinna również nauczyć pacjenta ćwiczeń oddechowych, dzięki którym możliwe jest utrzymanie procesu oddychania na optymalnym poziomie. Bardzo ważne dla pacjenta jest również regularna aktywność fizyczna, odpowiednio dobrana do stanu chorego, dzięki której zostanie utrzymana dobra kondycja ogólna i odpowiednia sprawność mięśni. Jeśli pacjent będzie przestrzegał regularnej aktywności fizycznej, wpłynie to na jego życie codzienne, poprawi nastrój, zwiększy jego samodzielność i sprawi, że pacjent zachowa ją na dłużej, a także przeciwdziała depresji. [Cichoń – Apanasewicz U., 2012, s 14-25, Jassem E., 2010, s 126-132, Spence A., 2008, s 368-372, Kózka M., 2010 69-76]

W opiece nad pacjentem z dusznością spoczynkową w przebiegu POChP bardzo ważną rolę odgrywa pielęgniarka, ponieważ nie tylko wykonuje ona zlecenia lekarskie czy troszczy się o utrzymanie higieny i podstawowych potrzeb pacjenta, ale również spełnia ona inne role, które mają na celu edukację pacjenta, zapewnienie mu wsparcia psychicznego, dzięki czemu pacjent stosując się do zaleceń jest w stanie nawet nieznacznie poprawić komfort swego życia, a także dzięki dobrym radom i wsparciu pielęgn-

niarki może zapewnić sobie spokój i poprawę nastroju.

*Autor: Natalia Śliwa
Promotor pracy:
dr n. med. Renata Rabiasz*

Bibliografia:

1. Konstańska I., Krakowiak P., Jassem E.: Nierozwiązane problemy opieki nad chorymi na zaawansowaną postać POChP, *Medycyna paliatywna w praktyce*, 3 - 2009, s 144-149
2. Jassem E [red.:] *Zintegrowana opieka medyczna u chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc* [w:] *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78, 2: 126-132
3. Cichoń – Apanasewicz U.: *Zadania i kompetencje pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wybranych stanach internistycznych*. Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, 2012, s 14-25
4. Spence A., Hasson F., Władron M.: *Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease*. *Int.J. Palliat. Nurs.* 2008; 14: 368-372
5. Jahnz-Różyk K., Targowski T., From S.: *Porównanie kosztów leczenia umiarkowanych i ciężkich zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce*. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 76: 426-432.
6. Kózka M., Płaszewska – Żywko L. : *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym*, Warszawa 2010, Wydawnictwo PZWL s 69-76
7. Niżankowska-Mogilnicka E. [red.]: *Prevalence of COPD and Tobacco smoking in Malopolska region — results from the BOLD study in Poland*. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2007; 117: 402-410.

Opieka pielęgniarska nad pacjentką po mastektomii z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej

Pielęgnowanie chorej po odjęciu piersi z występującym obrzękiem limfatycznym jest specyficzne ze względu na występujące upośledzenia dotyczące sferę fizyczną i psychiczną. Opieka nad chorożą i wcześniej wdrożona rehabilitacja ma umożliwić uzyskanie optymalnej sprawności psychofizycznej poprzez właściwie dobrany zestaw ćwiczeń, przestrzeganie zasad postępowania w życiu codziennym, a także wsparcie psychiczne. [Woźniowski M., 2010, s. 181-182]

Postępowanie wobec chorej bezpośrednio po zabiegu obejmuje:

- pomiar podstawowych parametrów życiowych, obserwowanie opatrunku, rany, sprawdzanie drożności drenów, ilości wydzieliny, jej barwy i gęstości; [Nowicki A., 2009, s.182]
- kontrolowanie obrzęku po stronie operowanej kończyny górnej poprzez pomiar obwodu i zwrócenie uwagi na konsystencję obrzęku; [Nowicki A., 2009, s. 183]
- ułożenie kończyny górnej po stronie operowanej na specjalnym klinie w taki sposób, aby cała kończyna była na nim podparta; [Mika K., 2005, s. 91]
- nadzorowanie i prowadzenie ćwiczeń ruchowych, które mają za zadanie zapobiegać powikłaniom w postaci zapaleń i podrażnień skóry a także obrzękom. W 1-3 dobie po zabiegu operacyjnym należy wdrożyć takie ćwiczenia jak: ściskanie dłoni, odwieżdżenie i łączenie palców w poziomie; zgięcie następnie wyprost kończyny górnej w stawie łokciowym; chwytanie rękami za łokcie (kończyna po stronie operowanej spoczywa na zdrowej); unoszenie kończyn w górę; wyprostowanie kończyn górnych i wykonanie kolejno ruchu w bok i do góry. Zwracając uwagę na stan ogólny chorej ćwiczenia te należy powtarzać 15-30 razy, 2-3 razy dziennie. Ćwiczenia te wykonuje się do granicy bólu,

bez jej przekraczania. Po wykonaniu każdego ćwiczenia należy wstrząsnąć kończyną przez ok 5 s oraz wykonać głęboki oddech; [Nowicki A., 2009, s. 182-184]

- wykonywanie ćwiczeń oddechowych, które przeciwdziałają zastojowi limfy w kończynie po stronie operowanej. Głębokie oddychanie powoduje wahania ujemnego ciśnienia w klatce piersiowej, które korzystnie działa na powrót krwi żyłnej do serca i ułatwia zassanie chłonki do układu żylnego. Ćwiczenia polegają na wykonaniu głębokiego wdechu przez nos a wydechu przez usta w pozycji leżącej na plecach, siedzącej oraz stojącej. Ćwiczenia oddechowe muszą być prowadzone rytmicznie; [Dziura I., 2008, s.38-40]
- stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej poprzez wykonywanie przez chorą ćwiczeń kończyn dolnych, a także podawanie na zlecenie lekarza leków przeciwkrzepliwych;
- wzmacnianie u chorej woli leczenia, skuteczności terapii a także akceptację utarty piersi. [Mika K., 2005, s. 92]

W opiece nad chorożą pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę z uwagi na stały kontakt z pacjentką. Nawiązanie dobrej relacji, stwarzanie poczucia bezpieczeństwa, a także budowanie zaufania ułatwia dalszą współpracę co skutkuje efektywniejszym leczeniem. Istotą dobrej opieki jest poznanie przez pielęgniarkę oczekiwań chorej, jej lęków i obaw. Upośledzenie fizyczne: ograniczenia zakresu ruchu i siły mięśniowej, powstały obrzęk limfatyczny są następstwem mastektomii, które powodują u chorej poczucie mniejszej wartości. Zwalczanie powstałego obrzęku limfatycznego jest procesem długotrwałym, trudnym i nie zawsze przynoszącym pozytywne zakończenie. Zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie chorej do walki

z obrzękiem, aby w jak najlepszym stopniu przywrócić sprawność fizyczną i psychiczną, a także zapewnić jak najlepszą jakość życia w społeczeństwie. [Chachaj A., 2007, s. 444-448]

Dla kobiet po mastektomii z obrzękiem limfatycznym niezbędne okazuje się poznanie i przestrzeganie zasad postępowania w codziennym życiu. Znaczące ukazuje się zaznajomienie z pozycjami ułożenia kończyny po stronie operowanej, bowiem dzięki wysokiemu ułożeniu kończyny w czasie snu i wypoczynku powstają warunki fizyczne, w których ciśnienie hydrostatyczne słupa krwi i chłonki ułatwia ich dopływ, a tym samym zapobiega powstawaniu lub powiększaniu się obrzęku. Kolejno podaje się, iż stanowisko pracy kobiety powinno być przystosowane do warunków niepełnosprawności. W czasie pracy kończyny również powinny być ułożone wysoko. Koniecznym jest także noszenie stanika z wkładką – protezą piersi, której ciężar powinien odpowiadać ciężarowi piersi. Bez względu na przeciwwskazaniem jest noszenie ciasnej bielizny uszytej z szorstkich materiałów a także noszenia uciskającej biżuterii. Istotnym zaleceniem jest ochrona miejsca operowanego przed skałeczeniem, oparzeniem czy przeciążeniem wysiłkiem fizycznym. Długotrwałe noszenie nawet lekkich przedmiotów jest również przeciwwskazane. Podczas kąpieli dbanie o odpowiednią temperaturę wody (34-38°C). Skóra okolicy zabiegu powinna być odpowiednio pielęgnowana, gdyż jest ona wrażliwa i konieczne jest jej natłuszczenie po kąpieli. Jest to jedno z podstawowych zaleceń zdrowotnych. Oczywiście jak w przypadku każdej przebytej choroby tak i w przypadku nowotworu piersi racjonalne odżywianie jest jednym z czynników przyczyniających się do skutecznej walki z chorobą. Istotne jest dostarczenie do organizmu odpowiedniej ilości witamin

i mikroelementów. [Barnaś E., 2009, s. 15-19]

Opieka pielęgniarska nad pacjentką po mastektomii z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej to także przekazanie zaleceń zdrowotnych w zakresie samoopieki. Zwrócić uwagę należy na samokontrolę drugiej piersi, gdyż przebieg operacji nie daje gwarancji przed pojawieniem się nowotworu w pozostałej piersi. Samobadanie piersi składa się z następujących czynności: oglądania piersi w pozycji stojącej przed lustrem, dotykania w pozycji leżącej z uwzględnieniem badania skóry gruczołu piersiowego, otoczki i brodawki, miększu piersi i pachy. Warto pamiętać, że nie każde

stwardnienie, zmiana wyglądu brodawki czy wyczuwalny guzek są rakiem jednakże każdy niepokojący objaw należy skonsultować z lekarzem.

Autor: Ilona Budnik

Promotor pracy:

dr n. med. Renata Rabiasz

Bibliografia:

1. Barnaś E. i wsp.: Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Przegląd Menopauzalny* 2009 (1), s.15-19.

2. Chachaj A., Małyszczak K., Lukas J. i wsp.: Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu

niem raka piersi. *Współczesna Onkologia* 2007 (11), s.444-448.

3. Dziura I.: Postępowanie zachowawcze w obrzęku limfatycznym. *Rehabilitacja w Praktyce* 2008 (3), s.38-40.

4. Mika K. A.: Po odjęciu piersi. *Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa* 2005, s.25-26, 75-76, 91.

5. Nowicki A., Szwed A., Laskowski R.: Depresja i lęk u kobiet przed i po amputacji piersi. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2008, 80(7), s. 673-689.

6. Woźniewski M., Kornafel J. (red.): *Rehabilitacja w onkologii. [W:] Rehabilitacja po leczeniu raka piersi. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław* 2010, s.181-182.

XIII Kongres Pielęgniarek Polskich Warszawa 2016

„PRZYSZŁOŚĆ PIEŁĘGNIARSTWA ZACZYNA SIĘ DZISIAJ”

Warszawa 09.05.2016 r.

Szanowna Pani Przewodnicząca OIPiP w Krośnie

W imieniu Komitetu Organizacyjnego zwracamy się z prośbą o umożliwienie Państwa przedstawicielom, czynnego lub biernego uczestnictwa w XIII Kongresie Pielęgniarek Polskich, który organizowany jest przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie i Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kongres odbędzie się w dniach 15-17 września 2016 r. w Warszawie. Zwracamy uwagę, iż do dnia 31 maja obowiązują niższe opłaty za uczestnictwo w Kongresie.

Problematyka Kongresu będzie obejmowała: systemy opieki zdrowotnej, zasoby ludzkie i środowisko pracy, rzecznictwo, lobbying i przepisy prawne,

przywództwo - zarządzanie, etykę, prawa człowieka, bezpieczeństwo pacjenta, edukację pielęgniarską w opiece klinicznej, rozwój kompetencji i roli zawodowej pielęgniarek, opiekę koordynowaną z uwzględnieniem najnowszych technologii, innowacji i telemedycyny, nie pominiemy historii pielęgniarstwa i współczesnych dylematów naszego zawodu.

Szczegółowy program Kongresu dostępny jest na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: <http://kongres.ptp.na1.pl> natomiast termin nadsyłania prac upływa 31.05.2016 r.

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o upowszechnienie informacji odnośnie

Kongresu, w tym także w czasopiśmie wydawanych przez Państwa Izbę i wyrażamy nadzieję, że członkowie Państwa Izby zechcą uczestniczyć w tym ważnym wydarzeniu.

Z wyrazami szacunku

*Przewodnicząca Komitetu Naukowego
dr n. hum. Beata Dobrowolska*

*Prezes Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego
dr n. o zdr. Grażyna Wójcik*

*Przewodnicząca Komitetu
Organizacyjnego
dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz*

POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSKIE
ZARZĄD GŁÓWNY 01-842 WARSZAWA, AL Reymonta 8/12
POLISH NURSES ASSOCIATION - GENERAL COUNCIL
ZGPTP/100/2016/

Warszawa, 4 maja 2016 r.

Renata Michalska Przewodnicząca OIPiP Krosno

W imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego składam na ręce Pani Przewodniczącej, najserdeczniejsze podziękowania dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

w Krośnie, za udzielone wsparcie i zaangażowanie w organizację Konkursu Pielęgniarka Roku 2015.

Państwa zaangażowanie w promowanie liderów zawodu, jak i udzielone

wsparcie finansowe, stanowi niezwykle istotny element w umacnianiu idei Konkursu Pielęgniarka Roku. Jednocześnie udział przedstawicieli samorządu zawodowego w uroczystej Gali, pozwolił na

uświetnienie całej Uroczystości. Będziemy także zobowiązani za promowanie Finalistów etapu wojewódzkiego na terenie Państwa Izby.

Składając podziękowanie wyrażamy nadzieję na możliwość dalszej współpracy przy organizacji kolejnej już edy-

cji Konkursu. Chcielibyśmy także poinformować, że aktualnie rozpoczynamy ewaluację zasad organizacji i regulaminu Konkursu, tak aby dostosować to przedsięwzięcie do oczekiwań środowiska pielęgniarskiego i pracodawców.

Z wyrazami szacunku
dr n. o zdr. Grażyna Wójcik
Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego



Ze smutkiem zawiadamiamy, że po długotrwałej walce z chorobą odeszła nasza koleżanka

JOLA TYMCZYSZYN

Osoba o wielkim sercu.

*Cieszyła się zaufaniem pacjentów i personelu.
Swoją obecnością wносиła spokój i życzliwość.*

*Będzie nam brakowało jej uśmiechu, głosu i dobra,
które każdemu z nas wyświadczyła.
Odeszła, ale Jej obecność pozostaje w naszych sercach.*

*Cześć jej pamięci.
Personel Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu.*



*W dniu 23 kwietnia 2016 roku zmarła **BOŻENA OGRODNIK** pielęgniarka oddziałowa Oddziału Dziecięcego ze Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie.*

Bożena Maria Ogrodnik urodziła się 22 stycznia 1963 r. w Brzozowie.

Po ukończeniu Liceum Ogólnokształcącego rozpoczęła Medyczne Studium Zawodowe w Sanoku.

W 1984 roku uzyskała tytuł zawodowy pielęgniarki dyplomowanej i rozpoczęła pracę w oddziale dziecięcym w charakterze pielęgniarki odcinkowej. Z tym oddziałem była związana przez całe swoje życie. Przez ponad 31 lat służyła chorym dzieciom.

W 2006 roku komisja konkursowa wybrała ją na stanowisko pielęgniarki oddziałowej. Wybranie jej na to stanowisko wyzwołoło w niej proces podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

W tym samym roku rozpoczęła studia I stopnia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Sanoku

– tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa uzyskała w 2008 r. Dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego i tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa uzyskała 25 czerwca 2014 roku.

W tym samym roku rozpoczęła specjalizację z pielęgniarstwa pediatrycznego. Dzień jej pogrzebu to dzień wyjazdu na egzamin specjalizacyjny.

Nikt z nas nie przewidział, że przyjdzie jej w tym dniu zdawać inny egzamin, egzamin ze swojego życia przed naszym Panem. Całe swoje życie podporządkowała pracy zawodowej.

Każda z nas pielęgniarek będzie zawsze nosić ją w swoim sercu jako skromną, cichą, serdeczną i pomocną koleżankę.

**Pielęgniarki, pielęgniarze i położne ze Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie
Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza**

Załącznik do uchwały Nr 64/VII/2016 ORPiP w Krośnie z dnia 16 czerwca 2016r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania bezzwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych”

Regulamin przyznawania bezzwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych

§ 1

1. Fundusz przeznaczony na pomoc socjalną dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie stanowią środki finansowe pochodzące ze składek członkowskich.

2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w uchwale budżetowej Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

3. Użyte w uchwale określenia oznaczają:

1) OIPiP - Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

2) ORPiP - Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

3) PORPiP - Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

4) Zapomoga nieopodatkowana – skorzysanie ze zwolnienia od podatku używanej wartości zapomogi wymaga spełnienia następujących warunków:

- przyczyną udzielenia zapomogi jest zdarzenie losowe, długotrwała choroba, klęska żywiołowa lub śmierć.

- wysokość zapomogi nie przekracza kwoty określonej w art. 21 ust.1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307).

5) Zapomoga opodatkowana – zapomoga w wysokości powyżej kwoty określonej w art.21 ust.1 pkt 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307).

6) Zdarzenie losowe – zdarzenie nagłe, które wystąpiło niespodziewanie, było niemożliwe do przewidzenia i uniknięcia (nawet przy zachowaniu należytej ostrożności), a jego zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego członka samorządu np.: nagła choroba, nieszczęśliwe wypadki powodujące uszczerbek na zdrowiu, zdarzenia spowodowane siłami przyrody (powódź, trzęsienie ziemi, zapadanie lub usuwanie ziemi, trąba powietrzna, huragan, gradobicie) pożar, zawalenie budynku, upadek

drzew, urządzeń technicznych powodujących uszkodzenie mienia, wybuch gazów, zalanie wodą, kradzież itp. Zdarzeniem losowym może być również działanie innego człowieka na szkodę.

Wskazane powyżej wyliczenie ma charakter wyłącznie przykładowy i nie stanowi katalogu zamkniętego.

Za zdarzenia losowe nie mogą być jednak uznane skutki działań lub zaniedbań samego poszkodowanego.

7) Klęska żywiołowa – rozumie się przez to katastrofę naturalną lub awarię techniczną, których skutki zagrażają życiu lub zdrowiu dużej liczby osób, mieniu w wielkich rozmiarach albo środowisku na znacznych obszarach, a pomoc i ochrona mogą być skutecznie podjęte tylko przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków, (powódź, susza, rozległy pożar terenu, trzęsienie ziemi, wybuch wulkanu, tsunami, huragan, tornado, obfite opady śniegu oraz lawiny śnieżne, ekstremalny upał lub mróz, szczególnie w dłuższym okresie, osuwiska ziemi, katastrofy kosmiczne – upadek meteorytu, eksplozja meteoru, bliskie przejście komety, wybuch bliskiej supernowej).

Wskazane powyżej wyliczenie ma charakter wyłącznie przykładowy i nie stanowi katalogu zamkniętego.

8) Długotrwała choroba – za chorobę długotrwałą uważa się każdą chorobę, która ma długotrwały przebieg i wymaga leczenia w sposób stały lub przez długi okres, w tym choroby przewlekłe, nieuleczalne, wrodzone, poświadczone odpowiednimi dokumentami np. (zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia, itp.).

9) Członek rodziny – mąż, żona, dziecko (dziecko uczące się do 25 roku życia oraz dziecko niezdolne do samodzielnej egzystencji bez względu na wiek).

4. Pomoc socjalna przeznaczona jest na udzielanie pomocy materialnej w formach:

1) zapomóg z tytułu indywidualnych zdarzeń losowych,

2) zapomóg z tytułu klęski żywiołowej,

3) zapomóg z tytułu długotrwałej choroby,

4) zapomóg pośmiertnych.

5. Decyzję w sprawie przyznania pomocy socjalnej określonej w niniejszym regulaminie podejmuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium ORPiP w Krośnie na podstawie indywidualnej opinii Komisji Finansowo-Socjalnej.

§ 2

1. Pomoc finansowa może być przyznana członkowi samorządu, który znalazł się w trudnej sytuacji materialnej w związku ze zdarzeniami wskazanymi w §1 ust. 3 w formie: zapomogi opodatkowanej lub nieopodatkowanej – czyli doraźnej, bezzwrotnej pomocy finansowej w postaci jednorazowego świadczenia pieniężnego mającego na celu wsparcie finansowe członka samorządu.

2. W przypadku śmierci członka samorządu pomoc finansowa może być przyznana członkowi rodziny jako zapomoga opodatkowana.

3. Wysokość pomocy finansowej przyznanej na rzecz konkretnego wnioskodawcy uzależniona jest od rodzaju zdarzenia uzasadniającego udzielenie pomocy.

§ 3

1. Pomoc finansowa w formie zapomogi, o której mowa w § 2 ust. 1 może być przyznana jeden raz w roku kalendarzowym członkom OIPiP lub członkowi jego rodziny.

2. W przypadku małżeństwa (2 członków samorządu), każdy z małżonków może otrzymać jedną zapomogę.

3. W przypadku śmierci członka rodziny zapomoga pośmiertna może być przyznana członkowi samorządu niezależnie od innych form pomocy socjalnej otrzymanej w danym roku.

4. Pomoc finansowa może być przyznana na wniosek:

1) członka samorządu OIPiP w Krośnie,

2) pełnomocnika OIPiP w Krośnie, w zakładzie lub współpracowników osoby, której dotyczy wniosek, w sytuacji gdy

uznają, że osoba zainteresowana nie wy-
stąpi o pomoc samodzielnie,

3) członka rodziny w przypadku śmierci
członka samorządu.

5. Warunkiem otrzymania pomocy finan-
sowej jest:

1) złożenie wniosku,

2) regularne odprowadzanie składki
członkowskiej na konto OIPiP w Krośnie
przez okres co najmniej roku przed złoże-
niem wniosku z wyłączeniem niepracują-
cych, którzy: posiadają statut emeryta,
rencisty lub pobierają świadczenie przed-
emerytalne,

3) dołączenie do wniosku dokumen-
tów uzasadniających potrzebę pomocy,
w szczególności:

a) zaświadczeń lekarskich, kart leczenia,
faktur, rachunków dotyczących zdra-
żenia, protokołów z policji, zdjęć, aktu
zgonu, itp.,

b) oświadczenia o dochodach na człon-
ka rodziny jeżeli wnioskującym jest czło-
nek samorządu,

c) szczegółowej informacji o sytu-
acji materialnej członka samorządu jeżeli
wnioskującym nie jest osoba, której doty-
czy wniosek.

§ 4

1. Wniosek, o którym mowa w § 3 ust. 5
pkt 1, należy złożyć w Biurze OIPiP.

2. Wzór wniosku o przyznanie pomocy
finansowej w formie zapomogi stanowi
załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

3. Wnioski rozpatruje Komisja Finan-
sowo-Socjalna i przedstawia do akceptacji
ORPiP w Krośnie lub Prezydium ORPiP.

4. Wnioski niekompletne (np. brak
podpisów, opinii pełnomocnika – jeżeli
była wymagana, pieczętki, itp.), niepra-
widłowo wypełnione lub nieczytelne, je-
żeli nie zostaną uzupełnione i poprawio-
ne przed posiedzeniem Komisji nie będą
rozpatrywane.

5. Posiedzenia Komisji Finansowo-So-
cjalnej odbywają się w Biurze OIPiP, nie
rzadziej niż jeden raz w miesiącu, z wy-
łączeniem miesiąca lipca lub sierpnia.

6. Komisja Finansowo-Socjalna podej-
muje decyzję zwykłą większością głosów,
w obecności co najmniej połowy jej czło-
nków, w tym przewodniczącego lub wice-
przewodniczącego.

7. Każde posiedzenie Komisji Finanso-
wo-Socjalnej jest protokołowane, a pro-
tokół podpisuje przewodniczący lub
wiceprzewodniczący Komisji Finansowo-
Socjalnej.

8. Wysokość pomocy finansowej pro-
ponuje Komisja Finansowo-Socjalna wraz
z uzasadnieniem wg Taryfikatora pomo-
cy finansowej, który stanowi załącznik nr
1 do niniejszego regulaminu.

§ 5

1. Środki finansowe mogą być wypła-
cone członkowi samorządu, któremu przy-
znano zapomogę lub osobie przez nią
upoważnionej na piśmie.

2. Upoważnienie powinno zawierać:

1) imię i nazwisko, pesel, nr dowodu
osobistego, adres zamieszkania osoby
upoważnionej,

2) określenie przedmiotu upoważnie-
nia - do czego osoba ta jest upoważniona,

3) imię i nazwisko oraz czytelny włas-
noręczny podpis członka samorządu
ubiegającego się o zapomogę,

4) datę wystawienia upoważnienia.

3. W przypadku śmierci członka samo-
rządu po przyznaniu zapomogi lub gdy
członek samorządu nie jest zdolny sa-
modzielnie wskazać osobę upoważnio-
ną, przyznane środki finansowe wypła-
cane będą współmałżonkowi, pełnoletnim
dzieciom lub osobie wskazanej przez OR-
PiP bądź Prezydium ORPiP.

4. Osoba, której przyznano zapomogę
nieopodatkowaną składa oświadczenie
o otrzymaniu bądź nie otrzymaniu zapo-
mogi nieopodatkowanej z innego źródła.

§ 6

1. Obsługę administracyjną Komisji Fi-
nansowo-Socjalnej zapewnia Biuro OIPiP.

2. O podjętej decyzji wnioskodawcy,
o których mowa w § 3 ust. 1, zostaną po-
wiadomieni w ciągu 7 dni od daty posie-
dzenia uprawnionego organu.

3. Wnioskodawca, o którym mowa w §
3 ust. 1, w razie negatywnego rozpatrze-
nia wniosku, może złożyć odwołanie do
ORPiP na piśmie, w ciągu 21 dni od dnia
otrzymania odpowiedzi.

4. Odwołanie, o którym mowa w ust. 3,
podlega rozpatrzeniu podczas najbliższe-
go posiedzenia ORPiP.

5. Rozstrzygnięcie ORPiP jest ostatecz-
ne.

§ 7

Pomoc finansowa otrzymana na pod-
stawie nieprawdziwych oświadczeń lub
fałszywych dowodów podlega zwrotowi
wraz z odsetkami ustawowymi zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 8

Osoby uczestniczące w procedurze
przyznawania pomocy finansowej zobo-

wiązane są do zachowania szczególnej
poufności przekazywanych przez wnio-
skodawców danych oraz kierowania się
zasadą bezstronności, sprawiedliwej oce-
ny oraz właściwej gospodarności środka-
mi.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych w ni-
niejszym regulaminie decyzję podejmu-
je ORPiP.

§ 10

Regulamin wchodzi w życie z dniem 16
czerwca 2016 r.

*Przewodnicząca
Komisji Finansowo-Socjalnej
Ewa Czupka*

Załącznik Nr 1

TARYFIKATOR POMOCY FINANSO- WEJ

Wysokość kwot zapomóg:

1. W przypadku śmierci członka sa-
morządu - członkowi rodziny w kwocie
500,00 zł (słownie: pięćset złotych),

2. W przypadku śmierci członka ro-
dziny – członkowi samorządu w kwocie
500,00 zł (słownie: pięćset złotych),

3. W przypadku długotrwałej choroby:
a. Członka samorządu zapomoga
w kwocie:

■ w przypadku pierwszego rozpoznania
lub wznowy ciężkiej długotrwałej cho-
roby do 1000,00 zł. (słownie: do jeden
tysiąc złotych),

■ kontynuacja wyżej wymienionego le-
czenia w kolejnych latach do 700,00 zł
(słownie: do siedemset złotych),

b. członka rodziny zapomoga w kwocie:
■ w przypadku pierwszego rozpoznania
lub wznowy długotrwałej choroby do
700,00 zł (słownie: do siedemset zło-
tych),

■ kontynuacja wyżej wymienionego le-
czenia w kolejnych latach do 500,00 zł
(słownie: do pięćset złotych),

4. Wysokość zapomogi w przypadku
kłęski żywiołowej lub zdarzenia losowe-
go jest uzależniona od rozmiarów szkody
i możliwości finansowych OIPiP.

5. Wysokość zapomogi w przypadku
określonym w ust. 4 nie może być mniej-
sza jak 300,00 zł (słownie: trzysta zło-
tych) i większa jak 1000,00 zł (słownie:
jeden tysiąc złotych).

6. Wysokość zapomóg przyznawanych
członkom samorządu: emeryt, rencista
lub pobierający świadczenie przedemery-
talne, ustala się w kwocie do 50% stawek
podstawowych.

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ**

- w formie zapomogi

Wnioski nieczytelnie wypełnione i niekompletne zostaną odrzucone

.....
miejsowość, data

imię i nazwisko

kod miejscowość ulica/ nr domu/ nr mieszkania / telefon

zawód stanowisko/ *dotyczy tylko członka samorządu*

nazwa i adres zakładu pracy / oddział / *dotyczy tylko członka samorządu*

nr rachunku bankowego wnioskodawcy/ *dotyczy tylko członka samorządu*

**Komisja Finansowo- Socjalna
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Krośnie**

I. Uzasadnienie wniosku (opis sytuacji)

II. Informacja o sytuacji rodzinnej:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń oświadczam, że miesięczny dochód brutto na członka rodziny wynosi _____:

Oświadczam, że **nie otrzymałam/ em** lub **otrzymałam/em*** zapomogę nieopodatkowaną z innego źródła w wysokości _____:

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że jestem członkiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz znam regulamin udzielania pomocy finansowej członkom okręgowej izby pielęgniarek i położnych w Krośnie i zobowiązuję się do jego przestrzegania i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb komisji finansowo- socjalnej OIPiP w Krośnie.

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy/
dotyczy tylko członka samorządu)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku :

- Oświadczenie o dochodach na członka rodziny jeżeli wnioskującym jest członek samorządu.
- Oświadczenie o otrzymaniu bądź nie otrzymaniu zapomogi nieopodatkowanej z innego źródła.
- Inne dokumenty nie wymienione wyżej (zaświadczeń lekarskich, kart leczenia, faktur, rachunków dotyczących zdarzenia losowego, protokołów z policji, zdjęć, akt zgonu, itp.)

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

III. Dane wnioskodawcy (należy wypełnić jeżeli wnioskodawcą jest Pełnomocnik ORPiP w zakładzie lub współpracownik osoby, której dotyczy wniosek lub członek rodziny).

Imię i Nazwisko

Miejsce pracy

Telefon

Nr rachunku bankowego na który należy przekazać przyznaną pomoc finansową

.....

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

IV. Wypełnia zakład pracy:

.....
(pieczętka zakładu pracy)

Pani / Pan

(imię i nazwisko)

opłaca regularnie składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

od – do

(Podać datę)

(Data)

(Pieczętka i podpis osoby upoważnionej)

V. Biuro OIPiP

- 1. Data wpływu wniosku Podpis pracownika.....
- 2. Sprawdzenie w rejestrze pielęgniarek i położnych czy osoba, której dotyczy wniosek jest członkiem **Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie**: TAK NIE
Podpis pracownika.....

VI. Komisja Finansowo- Socjalna

- 1. Kompletność danych i dokumentów: TAK NIE

Stwierdzone braki:

.....

/20.....

Uzupełnienie braków do dnia:.....

Wezwanie do uzupełnienia:

- pismo z dnia

- informacja ustna z dnia

osoba poinformowana (imię i nazwisko)

- 2. Propozycja Komisji Finansowo- Socjalnej z dnia _____

Spełnienie wymagań formalnych:

TAK

Proponowana wysokość zapomogi nieopodatkowanej:..... (kwota) wg Taryfikatora zapomóg

Uzasadnienie w protokole Komisji Finansowo- Socjalnej Nr z dnia

Proponowana wysokość zapomogi opodatkowanej: (kwota) wg Taryfikatora zapomóg

Uzasadnienie w protokole Komisji Finansowo- Socjalnej Nr..... z dnia

 (Podpis przewodniczącego/ zastępcy Komisji Finansowo- Socjalnej)

VII. Decyzja ORPiP / PORPiP (niewłaściwe skreślić)

Uchwała Nr ORPiP / PORPiP (niewłaściwe skreślić) z dnia

przyznana zapomoga opodatkowana/nieopodatkowana (niewłaściwe skreślić) w wysokości

.....

odmowa.....

.....**(uzasadnienie)**

 (Podpis uprawnionego pracownika Biura OIPiP)

Krosno, 22 czerwca 2016 r.

Podziękowanie

W imieniu własnym pragnę złożyć serdeczne podziękowanie pielęgniarce **Annie Świerad**, która od 2 lat opiekuje się moim niepełnosprawnym mężem Zdzisławem Uliaszem w ramach opieki długoterminowej domowej.

Pani pielęgniarka Anna Świerad jest osobą punktualną, obowią-

kową, troskliwą, dokładną, bezinteresowną, czułą na cierpienie, zawsze stara się ulżyć w bólu, bardzo cierpliwa, wyrozumiała, serdeczna, zawsze pogodna.

Życzę Pani dalszego zdrowia, sił w pokonywaniu tak ciężkiej, odpowiedzialnej pracy, okazane

zrozumienie oraz życzliwe i pełne empatii podejście do mojego chorego męża.

Życzę długich lat i wszelkiej pomysłowości w dalszej pracy zawodowej oraz życia osobistym.

Lucja Uliasz

Gratulacje

Ciężka dwuletnia praca wszystkich uczestników szkoleń, wykładowców i innych osób odpowiedzialnych za szkolenia specjalizacyjne zaowocowała sukcesem.

Koleżankom, które zdały na wysokim poziomie egzaminy specjalizacyjne w dziedzinie **pielęgniarstwa pediatrycznego i neonatologicznego** składamy serdeczne gratulacje oraz życzenia sukcesów zawodowych, realizacji planów, spełnienia nadziei z jakimi rozpoczęły szkolenie i wykorzystania zdobytej wiedzy, gratyfikacji finansowej oraz satysfakcji w pracy z pacjentem.

*Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Krośnie*

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 06 VII 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, w Biurze projektów OKPPIP przy ul. Rymanowskiej 3 - tel. 17/ 77 88 481, kom. 510 976 425, email: projektszansa@interia.pl oraz placówkach w Krośnie - tel. 13/ 43 72 781 i Tarnobrzegu - tel. 15/ 823 23 23