

FORUM

ZAWODOWE

5(92)2014



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

W numerze

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

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

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

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

www.oipip.krosno.pl

e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek

udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00

Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00

Podania o zapomogi prosimy składać

do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

SZKLANKA

*Piliśmy z jednej szklanki wodę,
Co była w ręku moim cała,
Dłoń moja twoją dłoń spotkała
I nie wiem, czy krawędzi szkła,
Czy dłoni mojej, gdy zadrzała,
Dotknęły wargi twe, co wodę
Musnęły tylko mimochodem,
Aby się na krawędzi szkła
Spotkać z moimi, które chłodem
Przejęła przezroczystość szkła.*

Mieczysław Jastrun

Komunikat Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

W związku z wejściem w życie w dniu 1 stycznia 2012 r. nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039 ze zm.) uprzejmie przypominamy, że zgodnie z jej art. 97 ust. 1 osoby, które przed dniem wejścia w życie tej ustawy ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem 1 stycznia 2012 r., mogą je uzyskać, jeżeli w terminie do 1 stycznia 2015 r. złożą stosowny wniosek.

Równocześnie pragniemy zaznaczyć, iż stosownie do brzmienia art. 97 ust. 2 powyższej ustawy po dniu 1 stycznia

2015 r. prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa, jak również ustaje prawo do złożenia wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu.

Komunikat niniejszy jest także adresowany do osób, które posiadają prawo wykonywania zawodu wydane w oparciu o poprzednio obowiązujące przepisy i legitymują się dokumentem "zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu", którego nie wymieniły po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 1999 roku w sprawie wzoru zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i wzoru zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, (Dz. U. Nr 97, poz. 1137). Wyżej wskazane rozporządzenie zostało bowiem zastąpione nowym roz-

porządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2013 roku w sprawie wzorów dokumentów o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 222).

Osoby, które dotychczas nie złożyły wniosków w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu lub posiadają zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu niespełniające wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 1999 roku w sprawie wzoru zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i wzoru zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, powinny zgłosić się do właściwej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na terenie której zamierzają wykonywać zawód.

Rozstrzygnięcie konkursu „NAJPIĘKNIJSZE ZDJĘCIE Z WAKACJI 2014 r.”

Zespół Redakcyjny Biuletynu „FORUM ZAWODOWE” z dnia 14 października 2014 r. w składzie:

1. Dorota Krochmal
2. Barbara Błażejowska-Kopiczak
3. Ewa Czupka
4. Renata Michalska

rozpatrzył osiem zgłoszeń do konkursu „Najpiękniejsze zdjęcie z wakacji 2014 r.”

Do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wpłynęły zdjęcia od następujących osób:

1. Czeleń Wiesława
2. Fundakowska Aneta
3. Kocoń Ewa
4. Kubit Ilona
5. Papciak Jadwiga
6. Raźniewska Barbara
7. Sidor Małgorzata
8. Zięba Anna

Zespół Redakcyjny Biuletynu dokonał wnikliwej analizy i uznał, że wszystkie osoby, które nadesłały bardzo ciekawe i różnorodne zdjęcia zasługują na nagrody. Najciekawsze zdjęcia przekazał na stronę tytułową biuletynu zawodowego „Forum Zawodowe” Nr 5/2014.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 14 października 2014 r. przyznało osiem równorzędnych nagród po 250,00 PLN dla każdej osoby.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.0000.218.2014.MB

Warszawa, 30 lipca 2014

Pan Bronisław Komorowski Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Prezydencie,

Niniejszym, w imieniu Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych pragnę prosić Pana Prezydenta o skorzystanie z prerogatywy przyznanej art. 122 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i przekazanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej ustaw o:

- zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw,
- zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia,
- zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, z umotywowanym wnioskiem do ponownego rozpatrzenia.

W uzasadnieniu powyższej prośby pragnę zwrócić uwagę na fakt, iż na mocy cytowanych aktów prawnych samorządy zawodowe, w tym samorząd pielęgniarek i położnych pozbawione zostały możliwości zajmowania stanowiska w istotnych sprawach, dotyczących stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia i sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, w toku niezwykle pospiesznych, prowadzonych niejednokrotnie w nocy prac legislacyjnych, pominięto bez jakiegokolwiek uzasadnienia wszystkie uwagi zgłaszane przez samorządy zawodowe do projektów tych ustaw. Tak Strona Rządowa, jak i przedstawiciele Parlamentu, za wyjątkiem niektórych posłów opozycji, nie podjęli z samorządami zawodowymi choćby próby debaty popartej argumentami natury merytorycznej w sprawach dotyczących samorządów zawodowych. Co więcej, już w trakcie prac Sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 21 lipca 2014 r. posłowie mieli świadomość błędów i wątpliwości zawartych

w przedłożonych projektach. Uchybienia powyższe zostały jednak pozostawione do rozpatrzenia Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej, który poprawek żadnych nie wniósł. Tego rodzaju sytuacja prowadzi do wniosku nie tylko o lekceważeniu liczącego ponad 300 tys. członków samorządu pielęgniarek i położnych, jak i pozostałych samorządów, ale także o naruszeniu wynikającej z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasady przyzwoitej legislacji.

Pragnę podkreślić, iż brak dialogu z tak licznymi samorządami zawodowymi godzi w dobro publiczne. Trzeba bowiem zwrócić uwagę na wyjątkowość sytuacji, w której poza organami władzy publicznej niewiele jest instytucji, które umocowanie do swego działania czerpią z najwyższego hierarchicznie aktu normatywnego Rzeczypospolitej Polskiej. Wszelkie swe prerogatywy bowiem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji, samorząd realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny. Jak wyjaśnił Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 17 maja 2006 r. (sygn. VI SA/Wa 499/06) z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, który to samorząd - jako osoba prawa publicznego ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa.

Nadto, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038), samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położ-

nej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Połączenie tego faktu z sytuacją, w której przebieg prac parlamentarnych nie daje się pogodzić z będącą fundamentem demokracji zasadą poprawności legislacyjnej wyrażaną wielokrotnie przez Trybunał Konstytucyjny, który wskazywał, iż nakaz przestrzegania zasad prawidłowej legislacji jest jednym z zasadniczych elementów zasady państwa prawnego wyrażonej w art. 2 Konstytucji RP. Przestrzeganie bowiem zasad poprawnej legislacji ma szczególne znaczenie nie tylko dla ochrony jednostki i innych podmiotów prywatnych, lecz także dla zapewnienia skuteczności prawa oraz zaufania i szacunku dla prawa ze strony jego adresatów - w tym wypadku - samorządów zawodowych.

Według Trybunału Konstytucyjnego uchwalany przepis powinien być na tyle precyzyjny, aby zapewniona była jego jednolita wykładnia i stosowanie a ponadto, powinien być tak sformułowany, aby zakres jego zastosowania obejmował tylko te sytuacje, w których działając racjonalnie ustawodawca istotnie zamierzał wprowadzić regulację ograniczającą korzystanie z konstytucyjnych wolności i praw (tak np.: wyrok z 30 października 2001 r., sygn. K 33/00, OTK ZU nr 7/2001, poz. 217; podobnie m.in. wyrok z 27 listopada 2006 r., sygn. K 47/04, OTK ZU nr 1G/A/2006, poz. 153). W wyroku z 29 października 2003 r., sygn. K 53/02, Trybunał Konstytucyjny przypomina, że konsekwentnie reprezentuje stanowisko, iż z wyrażonej w art. 2 Konstytucji RP zasady państwa prawnego wynika nakaz przestrzegania przez ustawodawcę zasad poprawnej legislacji. Nakaz ten jest funkcjonalnie związany z zasadami pewności i bezpie-

czeństwa prawnego oraz ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa. Zasady te nakazują, aby przepisy prawa były formułowane w sposób precyzyjny i jasny oraz poprawny pod względem językowym. Wymóg jasności oznacza obowiązek tworzenia przepisów klarownych i zrozumiałych dla ich adresatów, którzy od racjonalnego ustawodawcy oczekiwać mogą stanowienia norm prawnych niebudzących wątpliwości co do treści nakładanych obowiązków i przyznawanych praw (OTK ZU nr 8/A/2003, poz. 83; por też min. wyrok z 11 stycznia 2000 r., sygn. K 7/99, OTK ZU nr 1/2000, poz. 2).

Tymczasem tytułem przykładu można wskazać, iż w ustawie o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadzono zasadę, zgodnie z którą pielęgniarka i położna mają prawo ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty. Brak jest jednak w treści ustawy definicji substancji bardzo silnie działającej, a jednocześnie ten sam akt prawny upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia jedynie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, które ordynować będą mogły pielęgniarki i położne. Nie pozwala zaś na określenie substancji bardzo silnie działających, to jest zawartych w lekach, których pielęgniarki i położne ordynować nie będą mogły.

Tego rodzaju stan rzeczy doprowadzi do sytuacji, w której pielęgniarka i położna nie będą dysponować wiedzą, jakie w istocie leki mogą ordynować, co doprowadzi do niewykonalności uchwalonego aktu prawnego.

Z kolei w uzasadnieniu wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 lipca 2010 r. sygn. Kp 9/09 (publ. OTK-A 2010 r. Nr 6, poz. 59, M.P. Nr 51, poz. 690) wyjaśniono, że „Ważnym elementem zasady poprawnej legislacji jest także przestrzeganie wymogów spójności logicznej i aksjologicznej systemu prawnego. Z tego względu, „poprawność legislacyjna to także stanowienie przepisów prawa w sposób logiczny i konsekwentny, z poszanowaniem zasad ogólnosystemowych oraz z zachowaniem należytych aksjologicznych standardów. Niezgodne z tą zasadą byłoby więc wprowadzanie do obrotu prawnego przepisów (nawet jeśli celowość takich przepisów mogłaby się wydawać słuszną), które tworzą regulacje prawne niekonsekwentne i niedające się wytłumaczyć w zgodzie z innymi przepisami prawa. Celowość i ewentualna zasadność wprowadzania w życie danych regulacji prawnych nie może być wytłumaczeniem dla tworzenia prawa w sposób chaotyczny i przypadkowy. Dowolność i przypadkowość wprowadzanych w życie przepisów prawnych jest zatem złamaniem zasady poprawnej legislacji które stanowi naruszenie art. 2 Konstytucji” (wyrok z 21 lutego 2006 r., sygn. K 1/05, OTK ZU nr 2/A/2006, poz. 18; podobnie m.in. wyrok z 23 października 2007 r. sygn. P 28/07, OTK ZU nr 9/A/2007, poz. 106),”

Sytuacja, w której na mocy przedstawionych Panu Prezydentowi do podpisu aktów prawnych nastąpiła derogacja uprawnień samorządów zawodowych w poszczególnych sferach ochrony zdrowia, a jednocześnie korporacyjne przepisy rangi ustawowej prerogatywy tego rodzaju samorządom zawodowych, przyznają prowadzi w naszej ocenie do wniosku o naruszeniu tej zasady. Na mocy wszak chociażby art. 4 ust. 1 pkt 8) ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia jest zadaniem naszego samorządu. Wyrażam głębokie przekonanie, że w świetle powyższych okoliczności samorzady zawodowe winny chociażby uzyskać merytoryczną odpowiedź na zgłaszane przez nie uwagi, co w sprawie wskazanych ustaw nie miało miejsca.

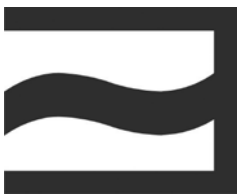
Mając powyższe argumenty na uwadze pragnę raz jeszcze prosić Pana Prezydenta o skorzystanie z prawa weta i nie pospisywanie ustaw o:

- zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw,
- zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia,
- zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, z umotywowanym wnioskiem do ponownego rozpatrzenia.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 28 lipca 2014 r.

Pan Tadeusz Jędrzejczyk **Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szanowny Panie Prezesie,

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie kwestii, które są przedmiotem zapytań kierowanych od pielęgniarek realizujących świadczenia pielęgnacyjne

i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Zgodnie z § 8 ust. 3 Zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia

2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, ww. świadczenia udzielane w warunkach do-

mowych, realizowane są we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz z położną podstawowej opieki zdrowotnej”.

Wg opinii pielęgniarek, przepis ten jest różnie interpretowany przez przedstawicieli Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, dlatego też proszę o wyjaśnienie następującego przypadku. Pacjent przewlekle chory, przebywający w warunkach domowych, objęty opieką przez pielęgniarkę „opieki długoterminowej domowej” i jednocześnie zadeklarowany do pielęgniarki poz, ma jako stałe zlecenie podawanie leków np. drogą domięśniową / dożylną - 2 razy dziennie. W sytuacji, gdy pielęgniarka realizująca świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z powodu objęcia opieką dużej liczby pacjentów ciężko i przewlekle chorych nie ma możliwości wykonania drugiej (zleconej przez lekarza) iniekcji, wówczas wydaje się, że obowiązek ten powinien spoczywać na pielęgni-

ce poz. Zdarzają się przypadki, że pielęgniarki poz odmawiają wykonania tego zlecenia, bo jak twierdzą „to nie jest ich zakres obowiązków”. Uważam, że brak możliwości współpracy w zakresie podziału czynności w ciągu jednego dnia pomiędzy wskazane pielęgniarki może stanowić istotną przyczynę braku gwarancji jakości udzielanych świadczeń i przerwaniem kontynuacji leczenia.

W związku z powyższym proszę o wskazanie, jak należy prawidłowo interpretować brzmienie przepisu zawartego § 8 ust. 3 Zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Kolejnym problemem sygnalizowanym przez pielęgniarki jest procedura konkursu ofert, przeprowadzanego w roku bieżącym. Narodowy Fundusz Zdrowia w ogłoszeniu konkursowym określa wartość zamówienia, w którym

wskazuje: „... wynosi nie więcej niż...”. Wobec faktu, iż wartość osobodni w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych zakupionych przez Fundusz jest niższa niż sugerowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pozostaną wolne środki finansowe. Pomimo takiej sytuacji, Wojewódzkie Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia nie zwiększyły zaplanowanej wcześniej do zakupu liczby osobodni. Sytuacja ta rodzi obawę, iż środki finansowe zostaną wykorzystane do zakupu innych świadczeń zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę powyższe, proszę o informację, jakie są w związku z tym plany Narodowego Funduszu Zdrowia, czy zostanie zwiększona liczba zakupionych osobodni, czy środki te zostaną przeznaczone na sfinansowanie nadwykonań świadczeń w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych.

Z poważaniem
Prezes

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Narodowy Fundusz Zdrowia
Centrala w Warszawie
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Znak: NFZ/CF/DSOZ/2014/076/0948/W/24051/AZ

Warszawa, dnia 8.08.2014 r.

Pani dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 28 lipca 2014 r. znak: NIPIP-NRPIP-DM.0021.97.14, dotyczące realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w zakresie pielęgnarskiej opieki długoterminowej, proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

I. Zgodnie z przepisami zarządzenia nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zwanego dalej „zarządzeniem”, pielęgnarska opieka długoterminowa jest opieką nad przewlekle chorymi, którzy w ocenie ska-

lą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów, przebywającymi w domu, nie wymagającymi hospitalizacji, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

W tym miejscu należy nadmienić, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1480) oraz zgodnie z przepisami powyższego zarządzenia, pielęgniarka opieki długoterminowej może objąć opieką określoną liczbę pacjentów.

Jednocześnie § 8 ust. 3 zarządzenia określa, iż świadczenia pielęgnacyjne

i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych, realizowane są we współpracy m. in. z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej udziela świadczeń gwarantowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248), obejmujących m.in. wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy oraz w domu pomocy społecznej w przypadkach uzasadnionych medycznie.

Jednocześnie nadmienić należy, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r.

w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 214, poz. 1816) określają, że przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje m. in. z pielęgniarką opieki długoterminowej domowej.

Świadczenia opieki długoterminowej domowej są świadczeniami planowanymi a nie nagłymi, dlatego też w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty pielęgniarski długoterminowej domowej jest rozbieżny z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. iniekcje, zmiany opatrunków, wówczas pielęgniarka opieki długoterminowej domowej informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich, zgodnie z § 13 ust. 2 pkt 16 przedmiotowego zarządzenia. Wówczas pielęgniarka POZ powinna zapewnić udzielanie świadczeń realizowanych w domu pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, dotyczącymi udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Zakres wzajemnej współpracy pielęgniarek w okresie obejmowania pacjenta, zarówno opieką długoterminową jak i podstawową opieką zdrowotną, powinien zapewnić wymianę informacji, dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jego potrzeb zdrowotnych, jednak nie należy go utożsamiać z wzajemną zastępowalnością w realizacji świadczeń będących przedmiotem umowy.

II. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się na podstawie przeprowadzonych przez dyrektorów OW NFZ postępowań konkursowych, zgodnie z przepisami 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.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Wobec powyższego zarówno Prezes Funduszu, jak również dyrektor danego OW NFZ, nie ma wpływu na cenę zaproponowaną przez świadczeniodawcę do postępowania konkursowego w złożonej ofercie.

Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcie umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Celem działania komisji konkursowej nie jest jednak zawarcie umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert zadaniem komisji konkursowej jest wybór najkorzystniejszych ofert.

Procedura postępowania konkursowego nie gwarantuje oferentom kontynuacji dotychczas posiadanych umów podpisanych z NFZ, nie zapewnia również wartości wynegocjowanych kwot na takim samym jak w latach ubiegłych. Ko-

misja Konkursowa negocjując z oferentami wartości przyszłych umów, bierze pod uwagę zapewnienie świadczeniobiorcom jak najlepszej dostępności do kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu.

Środki finansowe przeznaczone na finansowanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej sukcesywnie rosną, co obrazuje załączona do pisma Tabela 1. Nieuprawnione jest zatem stwierdzenie o systematycznym obniżaniu finansowania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej domowej. Tabela 2. zawiera dane, z których jasno wynika, że na świadczenia realizowane przez pielęgniarki w domu pacjenta, sukcesywnie wzrasta kwota finansowania przedmiotowych świadczeń oraz liczba zrealizowanych świadczeń (osobodni). W 2010 r. wartość umów zawartych na pielęgniarską opiekę długoterminową domową wynosiła 274 267 848 zł, w 2013 r. wartość umów wynosiła 328 047 223 zł, a w I poboczu 2014 r. wartość zawartych umów wynosiła 262 764 976 zł. Wzrasta również liczba zakontraktowanych świadczeń w omawianym zakresie - w 2010 r. liczba świadczeń (osobodni) wynosiła 9 893 430, w 2013 r. wynosiła 12 968 611 osobodni, a w I półroczu 2014 r. 10 607 808 osobodni,

Tabela 1 DYNAMIKA WZROSTU NAKŁADÓW FINANSOWYCH NA ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ w latach 2010 - 2014 (stan na dzień 29-04-2014)

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	2010			2011			2012			2013			2014	Dynamika wzrostu % na podstawie planu finansowego 2014/2010 [24/2]
	plan wg stanu na dzień 31.12.2010 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania	plan wg stanu na dzień 31.12.2011 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania (6/3)	plan wg stanu na dzień 31.12.2012 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania (9/6)	plan wg stanu na dzień 31.12.2013 r.	wykonanie	Dynamika wzrostu % na podstawie wykonania (12/9)	plan wg stanu na dzień 24.03.2014 r.	
I.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
RAZEM NFZ	904 543,00	888 128,58	115,49%	955 695,00	947 028,53	106,63%	1 028 193,00	1 020 811,11	107,79%	1 082 103,00	1 074 938,72	105,30%	1 098 185,00	121,41%

Sporządziła A. Zielińska na podst. danych NFZ wg stanu na 29 kwietnia 2014 r.

Tabela 2 ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE ZAKRESU ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ wg stanu na 8 lipca 2014 r.

nazwa zakresu	liczba świadczeniodawców					wartość umowy					liczba osobodni				
	2010	2011	2012	2013	2014*	2010	2011	2012	2013	2014*	2010	2011	2012	2013	2014*
ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	1146	1231	1350	1314	1270	274 267 848,15	303 654 077,32	317 656 868,49	328 047 223,58	262 764 976,46	9 893 430	11 608 305	12 478 489	12 968 611	10 607 808

nazwa zakresu	średnia cena osobodni				
	2010	2011	2012	2013	2014*
ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	27	26	25	24	25

Sporządziła A. Zielińska wg raportu NFZ, stan na 8 lipca 2014 r.
*Umowy zawarte do 31 czerwca 2014 r.

I tak np. w Mazowieckim OW NFZ cena oczekiwana w ogłoszonym postępowaniu konkursowym na 2014 r. i lata następne, wynosiła 23 zł, natomiast pielęgniarki składały oferty, proponując realizację przedmiotowych świadczeń w cenie 17,90 zł za osobodzień. W województwie warmińsko-mazurskim cena oczekiwana przez oddział NFZ wynosiła 28 zł, a najniższa cena złożonej ofer-

ty wynosiła 21 zł, w województwie lubelskim cena oczekiwana w ogłoszonym postępowaniu konkursowym wynosiła powyżej 26 zł, natomiast pielęgniarki składały oferty proponując realizację przedmiotowych świadczeń w cenie 16 zł. Wobec powyższego nieuprawnione jest stwierdzenie, że stawki za osobodzień w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej obniżane są przez

Narodowy Fundusz Zdrowia. W załączeniu przekazuję również dane dotyczące cen zakontraktowanych świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej w latach 2010 - 2014, zawarte w Tabeli 3., sporządzonej na podstawie informacji przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Ponadto, proponowane przez świadczeniodawców ceny za osobodzień w pie-

Tabela 3 Kontraktowanie świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej w latach 2010 - 2014 i latach następnych (ceny)

Oddział/Wojewódzki	2010 r.			2011 r.			2012 r.			2013 r.			2014 r.			Oczekiwana przez OW NFZ cena w ogłoszonych postępowaniach konkursowych na 2014 r. i lata następne	2014 r.		
	Cena			Cena			Cena			Cena			Cena				Cena		
	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia	mini.	max.	średnia		mini.	max.	średnia
Dolnośląski	29,00 zł	30,00 zł	29,98 zł	29,00 zł	30,00 zł	29,97 zł	29,00 zł	30,00 zł	29,97 zł	25,00 zł	28,00 zł	27,54 zł	25,00 zł	28,00 zł	27,54 zł	28,00 zł			
							styczeń 2012												
							25,00 zł	28,00 zł	27,54 zł										
							luty-grudzień 2012												
Kujawsko-Pomorski	30,00 zł	27,00 zł	27,07 zł	27,00 zł	26,00 zł	26,98 zł	27,00 zł	26,00 zł	26,98 zł	27,00 zł	26,00 zł	26,97 zł	23,39 zł	26,00 zł	25,63 zł	26,00 zł			
Lubelski	28,00 zł	28,00 zł	28,00 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,98 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,99 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,96 zł	16,00 zł	26,00 zł	23,96 zł	23,96 zł	21,46 zł	23,96 zł	21,67 zł
													I półrocze 2014 r.				II półrocze 2014 r.		
Lubuski	9,60 zł	24,00 zł	23,60 zł	23,70 zł	24,00 zł	23,99 zł	24,00 zł	24,00 zł	24,00 zł	21,60 zł	24,00 zł	22,90 zł	21,60 zł	24,00 zł	21,95 zł	24,00 zł			
Lódzki	20,00 zł	27,00 zł	23,09 zł	21,00 zł	27,00 zł	23,03 zł	21,00 zł	27,00 zł	22,70 zł	22,50 zł	26,50 zł	22,11 zł	22,50 zł	26,50 zł	22,65 zł	25,00 zł			
Małopolski	21,00 zł	26,00 zł	24,38 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	23,00 zł	27,00 zł	24,50 zł	23,00 zł	27,00 zł	24,50 zł	27,00 zł			
Mazowiecki	19,50 zł	25,00 zł	24,50 zł	17,90 zł	25,00 zł	23,52 zł	17,90 zł	25,00 zł	23,03 zł	17,90 zł	25,00 zł	22,97 zł	17,90 zł	25,00 zł	22,97 zł	23,00 zł			
													I półrocze 2014 r.						
Opolski	28,00 zł	32,00 zł	31,88 zł	24,50 zł	29,00 zł	27,79 zł	24,44 zł	29,00 zł	27,67 zł	21,70 zł	27,84 zł	26,34 zł	21,70 zł	27,84 zł	26,30 zł	26,00 zł			
													I półrocze 2014 r.						
Podkarpacki	28,00 zł	30,00 zł	29,93 zł	25,00 zł	27,50 zł	27,40 zł	20,00 zł	27,50 zł	27,33 zł	20,00 zł	27,50 zł	27,32 zł	25,00 zł	27,50 zł	27,34 zł	26,00 zł			
													I półrocze 2014 r.						
Podlaski	18,00 zł	28,00 zł	27,40 zł	18,00 zł	28,00 zł	27,37 zł	20,00 zł	23,50 zł	22,06 zł	20,00 zł	23,50 zł	22,08 zł	20,00 zł	23,50 zł	22,08 zł	23,50 zł			
Pomorski	22,00 zł	28,00 zł	27,25 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,28 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,42 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,44 zł	11,20 zł	28,00 zł	27,38 zł	28,00 zł	25,00 zł	28,00 zł	25,93 zł
													I półrocze 2014 r.				II półrocze 2014 r.		
Śląski	29,00 zł	29,00 zł	29,00 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	23,00 zł	26,00 zł	25,73 zł	26,00 zł			
Świętokrzyski	20,00 zł	25,00 zł	23,20 zł	26,00 zł	26,00 zł	26,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	27,00 zł	25,00 zł	28,00 zł	25,50 zł	25,00 zł	28,00 zł	25,27 zł	28,00 zł			
Warmińsko-Mazurski	26,00 zł	28,00 zł	27,73 zł	19,00 zł	28,00 zł	26,87 zł	21,00 zł	28,00 zł	27,77 zł	21,00 zł	28,00 zł	27,81 zł	21,00 zł	28,00 zł	27,76 zł	28,00 zł			
Wielkopolski	25,98 zł	31,70 zł	30,60 zł	25,98 zł	31,70 zł	30,55 zł	23,80 zł	27,00 zł	26,67 zł	23,80 zł	27,00 zł	26,68 zł	22,92 zł	26,00 zł	25,70 zł	26,00 zł			
Zachodniopomorski	26,00 zł	32,00 zł	30,78 zł	24,00 zł	28,00 zł	26,09 zł	24,00 zł	28,00 zł	26,12 zł	24,00 zł	28,00 zł	26,11 zł	24,00 zł	24,00 zł	24,00 zł	24,00 zł	21,55 zł	24,00 zł	22,07 zł
													I półrocze 2014 r.				II półrocze 2014 r.		

Sprowadziła A Zielińska. Dane pozyskane od Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich wg stanu na dzień 14 lipca 2014 r.

łęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, którzy zostali wybrani w postępowaniach konkursowych na realizację przedmiotowych świadczeń w I poł. 2014 r., wynoszą od 16 zł do 28 zł.

Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę, że procedura postępowania konkursowego nie gwarantuje oferentom kontynuacji dotychczas posiadanych umów podpisanych z NFZ, nie gwarantuje również wartości wynegocjowanych kwot na

poziomie z lat ubiegłych. Komisja konkursowa negocjując z oferentami wartości przyszłych umów, bierze pod uwagę zapewnienie świadczeniobiorcom jak najlepszej dostępności do kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dostępnych środków finansowych, a nie indywidualny interes oferenta.

Zgodnie z upoważnieniem ustawowym, zadaniem Funduszu jest zabezpieczenie świadczeń poprzez zawarcie

umów ze świadczeniodawcami, spełniającymi warunki określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 3 Id ustawy o świadczeniach.

*Z poważaniem
Zastępca Dyrektora
Departamentu Świadczeń
Opieki Zdrowotnej NFZ
Leszek Szalak*

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Apel samorządów zawodów medycznych do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o pilną debatę w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce

Polski system ochrony zdrowia od lat jest przedmiotem uzasadnionej krytyki ze strony obywateli, organizacji pacjentów, pracowników ochrony zdrowia, zarządzających placówkami medycznymi, samorządów zawodowych, działaczy samorządu terytorialnego, przemysłu medycznego i ekspertów. Wskaźniki dostępu do opieki i jej jakości, a w rezultacie także wskaźniki zdrowia, lokują Polskę na najgorszych miejscach w statystykach europejskich. Najlepiej, obok samych pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, znają te problemy pracownicy ochrony zdrowia udzielający na co dzień tzw. „świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia”.

W związku z narastającym niezadowolaniem społecznym, powodowanym wydłużającymi się kolejkami w placówkach medycznych po uzyskaniu tzw. świadczeń „gwarantowanych”, problem ten stał się bodźcem do pospiesznego projektowania i wprowadzania kolejnego „pakietu” zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia.

Niestety, działania polityków podtrzymują niedofinansowanie systemu, postępującą biurokratyzację i piętrząc utrudnienia w dostępie do leczenia chorych. Są one dobitnymi przykładami na

to, że proponowane przez rząd i jego agendy sposoby poprawy sytuacji wywierają efekt odwrotny do oczekiwanego, a jeżeli coś poprawiają, to głównie stan budżetu płatnika, czyli NFZ. Twierdzenia autorów kolejnych niefortunnych zarządzeń, że działają „dla dobra pacjenta” oraz oparte na tym dyskredytowanie osób i środowisk proponujących inne rozwiązania lub sprzeciwiających się złym pomysłom, są w istocie tylko chwytami propagandowymi.

Jeszcze bardziej niepokojący i nie do zaakceptowania jest pośpiech we wprowadzaniu nowych, rzekomo dobrych rozwiązań. W procesie legislacyjnym praktycznie nie uwzględnia się propozycji i uwag samorządów zawodów medycznych. Uchwalanie „pakietu kolejkowego” było pod tym względem szczególnie

jaskrawym przykładem postępowania niezgodnego z zasadami obywatelskiego państwa prawa. Pod hasłami skracania kolejek, wprowadzono w ogromnym pośpiechu przepisy podporządkowujące Ministrowi Zdrowia kolejne elementy systemu ochrony zdrowia, zrywając w ten sposób całkowicie z podstawowymi kierunkami reformy ochrony zdrowia, którą miano decentralizować i uniezależnić od polityki.

Za przejaw nieliczenia się z rzeczywistością i faktycznymi potrzebami pacjentów oraz placówek medycznych należy uznać pominięcie zagadnień finansowania świadczeń, które miałyby uzyskać priorytet (np. świadczeń onkologicznych). Organizacje pracowników medycznych od lat wskazują na zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia. Wiedzą oni z własnego doświadczenia, że system można w nieskończoność „poprawiać”, „uszczelniać”, „racjonalizować”, czy reorganizować, ale bez zwiększenia nakładów na leczenie i ustalenia przejrzystych zasad finansowania, działania te nie przyniosą zadowalających efektów. Współczesna medycyna wymaga coraz liczniejszego wysoko wykwalifikowanego personelu, drogich środków i urządzeń. Nie zastąpi ich rozbudowywana sprawozdawczość i biurokratyczny nadzór.

Ochrona zdrowia nie może być elementem przetargów politycznych ani wyborczego konkursu popularności. Pracownicy ochrony zdrowia oczekują, że ich doświadczenie zostanie wykorzystane w tworzeniu zasad funkcjonowania systemu. Niezrozumiałe i nieuzasadnione przekonanie administratorów o nieomyślnej trafności niedopracowa-

nych, dyktowanych polityczną potrzebą pośpiesznych rozwiązań, szczególnie widoczne podczas uchwalania ustaw „pakietu kolejkowego”, musi ustąpić miejsca rzeczowej dyskusji. Dlatego też apelujemy do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o zorganizowanie pilnej debaty z przedstawicielami samorządów zawodów medycznych w sprawie narastają-

cych zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce. Wnosimy także o powołanie grupy ekspertów składającej się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz samorządów zawodów medycznych.

Samorządy zawodów medycznych, reprezentujące kilkaset tysięcy pracowników ochrony zdrowia, jak zawsze, tak i teraz są gotowe do merytorycznej de-

baty, która pacjentom zapewni odpowiedni dostęp do bezpiecznej opieki medycznej o wysokiej jakości, a pracownikom medycznym godne warunki leczenia chorych.

*Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych*

Zmiany w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), daje pielęgniarkom, położnym możliwości między innymi na samodzielne ordynowanie niektórych leków, określonych wyrobów medycznych, w tym również wystawiać na nie recepty.

Uprawnienia takie otrzymała pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, a także pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa.

Ponadto pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo w ramach realizacji zleceń lekarskich w pro-

cesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zyskały prawo do wystawiania recept na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuowania leczenia pacjenta.

Oprócz uprawnień dotyczących samodzielnej ordynacji i w ramach realizacji zleceń lekarskich niektórych leków, pielęgniarki i położne również otrzymały prawo do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, w tym badań diagnostyki laboratoryjnej, za wyjątkiem tych badań, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Pielęgniarki i położne zgodnie z nową ustawą będą mogły wykonywać te zadania po uprzednim wykonaniu badania

fizykalnego. Warunkiem skorzystania z powyższych uprawnień jest ukończenie kursu specjalistycznego „Badanie Fizykalne”, jak również ukończenia kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków.

Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz skierowania na określone badania diagnostyczne pielęgniarki i położne będą mogły wystawiać nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 roku.

*Sporządziła
Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

Przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia krytycznie o nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Zdecydowany sprzeciw Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wobec uchwalonej wczoraj przez Sejm nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej został poparty przez Przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia Tomasza Latosa (PiS).

W programie „Polski punkt widzenia” (Telewizja TRWAM) Przewodni-

czący Komisji Zdrowia ostro skrytykował uchwalone przez Sejm ustawy z tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego, w tym nowelizację ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (od 11 min. programu). Powołując się na stanowisko NRPiP podkreślił, że „pielęgniarki i tak są przeciążone pracą, a teraz dokładamy im jeszcze dodatkowe obowiązki, za któ-

re, należy domniemywać (bo to nie jest nigdzie zapisane), nie dostaną dodatkowych pieniędzy”. Podniósł też kwestię podziału na „lepsze” (mające uprawnienia) i „gorsze” (pozbawione ich) pielęgniarki, jaki nowelizacja ustawy wprowadziła oraz wzrostu odpowiedzialności wynikającej z ordynowania leków.

Uchwała Nr 195/VI/2014 w sprawie zasad wykonania obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

Uchwała Nr 195/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2014 r. w sprawie zasad wykonania obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.), uchwała się, co następuje:

W celu realizacji przez pielęgniarki i położne ustawowego obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, uchwała się co następuje:

§1. 1. Doskonalenie zawodowe pielęgniarki, położnej obejmuje doskonalenie zawodowe w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego, zgodnie z art. 66 w związku z art. 61 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) oraz w ramach samokształcenia.

2. Poprzez samokształcenie rozumie się samodzielne zdobywanie wiadomości, umiejętności i sprawności praktycznych z określonej dziedziny pielęgniarstwa lub położnictwa.

§ 2. 1. Pielęgniarka, położna może realizować obowiązek aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa, położnictwa również poprzez:

1. udział w kursie / szkoleniu podyplomowym nieobjętym przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, mającym zastosowanie na stanowisku pracy;

2. udział w kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym;

3. udział w szkoleniu wewnątrzzakładowym / wewnątrzoddziałowym;

4. udział w pracach komisji / zespołów działających na rzecz rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych;

5. opublikowanie: artykułu w czasopiśmie naukowych, książki naukowej /

monografii, książki popularnonaukowej, rozdziału / tematu w książce naukowej / monografii, rozdziału / tematu w książce popularnonaukowej, artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym okręgowej izby pielęgniarek i położnych;

6. udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym: czasopisma naukowego lub popularnonaukowego, publikacji zwartej lub biuletynu samorządu zawodowego;

7. uzyskanie tytułu naukowego, stopnia naukowego, ukończenie studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo lub studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Prezes NRPiP

Grażyna Rogala-Pawelczyk

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

Szanowni Państwo

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że od października 2014 r. uzyskują Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą

dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, której Państwo jesteście członkami.

Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPIP,

2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu www.libra.ibuk.pl



FORUM ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

Warszawa, dnia 15 lipca 2014 r.

Szanowny Pan Bartosz Arłukowicz Minister Zdrowia

Forum Związków Zawodowych negatywnie opiniuje rządowy projekt zmiany ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, którego celem jest przyznanie, od początku 2016 r., tym grupom zawodowych uprawnienia do wypisywania recept, m.in. z powodu, zawartego w projekcie, podziału pielęgniarek i położnych ze względu na stopień formalnego wykształcenia, mimo ich równego prawa do wykonywania zawodu.

Zgodnie z projektowanymi zmianami, pielęgniarki i położne mają być uprawnione do samodzielnego udzielania - w określonym zakresie - świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Rozszerzenie uprawnień obejmie jednak tylko i wyłącznie pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem, posiadające niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie ordynacji leków, którą mają uzyskać w przyszłości w ramach kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia (kierunki pielęgniarstwo i położnictwo), w ramach kształcenia podyplomowego specjalizacyjnego, w ramach kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem na poziomie kursu specjalistycznego.

Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, mają mieć, według projektu, prawo ordynowania leków i samodzielnego wypisywania recept na leki o określonym składzie, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe (specyfikacja tych substancji i środków ma się pojawić dopiero w przyszłości w rozporządzeniu Ministra Zdrowia). Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończe-

nia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, mają mieć również prawo wypisywania recept i zleceń na: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, określone wyroby medyczne, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w danym zakresie. Projekt zastrzega, że zlecenie leкови badań powinno być poprzedzone osobistym badaniem pacjenta.

Projektowane zmiany przewidują także, że pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom co najmniej pierwszego stopnia, będą mogły - na zlecenie lekarza - wystawiać recepty na określone leki. Z możliwości tej, będą, analogicznie jak wyżej, wyłączone leki zawierające w swym składzie substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe.

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

Zmieniana ustawa przewiduje, że minister zdrowia ma określić w rozporządzeniu wykazy: substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, badań diagnostycznych oraz sposobi tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne z uwzględnieniem ich kwalifikacji

oraz wymaganego zakresu umiejętności i obowiązków.

FZZ zauważa, że pielęgniarki i położne, stanowiące grupy zawodowe zrzeszone w centrali związkowej Forum Związków Zawodowych, są przygotowane merytorycznie do wypisywania recept. Jednakże rozszerzenie ich kompetencji nie powinno dzielić środowiska, uwzględniając jedynie formalną przesłankę wykształcenia, a pomijając takie aspekty jak chociażby doświadczenie czy faktyczne kwalifikacje.

Proponowane zmiany powinny też być związane ze wzrostem wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, o czym nie ma mowy. Niezbędny jest również wzrost liczby pielęgniarek, by przeciążenie zadaniami nie odbiło się negatywnie na opiece nad pacjentem, co jest podstawowym obowiązkiem pielęgniarki.

Forum zaznacza, że bez względu na stopień wykształcenia, każda pielęgniarka i położna posiada prawo wykonywania zawodu. Zatem już samo rozróżnienie, polegające na tym, że pielęgniarka i położna z tytułem magistra może samodzielnie, a z tytułem licencjata - na zlecenie lekarza - ma prawo wystawić receptę na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, stanowi przejaw niedopuszczalnej praktyki dyskryminacji.

Ponadto, projektowane zmiany wprowadzają kolejny wymóg ukończenia kursu specjalistycznego, co obciąża pielęgniarki i położne koniecznością wymuszonego podnoszenia kwalifikacji z wykorzystaniem własnych środków finansowych. Brak jest jednocześnie zagwarantowania wzrostu wynagrodzenia z tytułu wykonywania tych czynności. Pielęgniarki i położne, w oparciu o za-

proponowane zapisy, pomimo posiadanych kwalifikacji, umiejętności, wiedzy, odpowiedzialności będą w rzeczywistości „sekretarkami” lekarzy,

FZZ nie akceptuje takiego umiejscowienia grupy zawodowej pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Zaznacza jednocześnie, że wieloletnie problemy służby zdrowia próbuje się ponownie „łatać” zwiększając obowiązki pielęgniarek i położnych, przy okazji dyskryminując i różnicując wewnętrznie te grupy zawodowe.

Odrębnym problemem jest brak aktualnych regulacji prawnych obejmujących kompetencje wynikające z zatwierdzonych programów kształcenia podyplomowego, które ma zawierać uszczegółowienie nowych kompetencji pielęgniarek i położnych. Bez tego projektu, trudno ustalić prawdziwy sens rządowej propozycji zmian w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Z tych wszystkich względów, w opinii Forum Związków Zawodowych, przedłożony projekt stanowi jedynie element

ewentualnych zmian systemowych, bez których staje się jedynie nieudolną próbą odciążenia lekarzy kosztem zwiększenia obowiązków pielęgniarek i położnych. Jego zapisy w obecnej formule są w ocenie FZZ niewłaściwe i niewystarczające.

*Przewodniczący
Forum Związków Zawodowych
Tadeusz Chwałka*

Rzeszów, 29.08.2014r.

Notatka ze spotkania z Konsultantem Krajowym ds. Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych Panią dr n. o zdrowiu Mariolą Rybką w Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie.

W dniu 29 sierpnia 2014r. o godz. 9.00 w Sali Klubowej Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie odbyło się spotkanie z Konsultantem Krajowym ds. Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych Panią dr n. o zdrowiu Mariolą Rybką, w którym uczestniczyli przedstawiciele świadczeniodawców opieki długoterminowej: stacjonarnej i domowej z Województwa Podkarpackiego (m.in.: Rzeszowa, Łańcuta, Jarosławia, Lubaczowa, Przemyśla, Krosna, Jasła, Sanoka). Na spotkanie zostali również zaproszeni goście: dr Dariusz Tracz - Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej oraz Marek Łagowski - Kierownik Oddziału Nadzoru w Ochronie Zdrowia. Nie zabrakło na nim również przedstawiciele Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych naszego województwa, które reprezentowały Przewodniczące: mgr Elżbieta Lewandowska (OIPiP Przeworsk), mgr Izabela Kowalska (OIPiP Rzeszów) oraz mgr Barbara Błażejowska-Kopiczak (OIPiP Krosno).

Wszystkich przybyłych przywitała dr n. o zdrowiu Bożena Majchrowicz - dziękując im za przybycie. Po krótkich wystąpieniach zaproszonych gości rozpoczęła się merytoryczna dyskusja, której myślą przewodnią były słowa Pani Konsultant podkreślające znaczenie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jako najtańszej i „najbliższej” pacjentowi oraz problemy nurtujące stacjonarne zakła-

dy opieki długoterminowej, które często ze względów ekonomicznych nie mogą w pełni realizować swoich głównych założeń. Pani dr n. o zdrowiu Mariola Rybka przedstawiła analizę danych dotyczących świadczeń opieki długoterminowej w 2013 roku w Polsce, z której w zestawieniu ze wskaźnikami demograficznymi wynika, że pacjentów przebywających w środowisku domowym z roku na rok będzie przybywać. Opieka długoterminowa stanie się jednym z najważniejszych wyzwań dla systemu zabezpieczenia spo-

łecznego obywateli już w perspektywie kilku najbliższych lat. Istotne znaczenie będą miały zmiany organizacyjne w opiece długoterminowej z wykorzystaniem już istniejących instytucji i struktur organizacyjnych, bez konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów finansowych - np. mieszkania chronione dla osób starszych. Dużą przeszkodą w konsolidacji świadczeń jest rozgraniczenie kompetencji Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Opieki Społecznej, w efekcie którego funkcjonują dwa odrębne





filary opieki długoterminowej - medyczny i społeczny, które często przy braku współpracy realizują świadczenia nieadekwatne do potrzeb. Działania świadczeniodawców opieki długoterminowej, muszą być spójne ze świadczeniami rehabilitacyjnymi, jako czynnikiem mającym istotne znaczenie w zapobieganiu powikłaniom i usprawnianiu podopiecznych. Jedną z funkcji zawodowych pielęgniarki jest funkcja rehabilitacyjna, którą warto wspierać nie tylko ze względu na jej wagę dla pacjenta ale i dla Narodowego Funduszu Zdrowia ze względu na czynnik ekonomiczny, jakim są czynności zapobiegające powstawaniu kosztochłonnych powikłań. W toku dyskusji jako podstawowe znaczenie wskazywano na zachowanie jedności i wzajemnego szacunku wśród grup zawodowych zajmujących się opieką długoterminową, która w Województwie Podkarpackim jest dobrze rozwinięta przy współpracy z Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie.

W dalszej części, Przewodnicząca OIPIP w Krośnie, Barbara Błażejowska-Kopiczak zrelacjonowała tematykę spotkania członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Prezesem NFZ, które odbyło się w lipcu w Warszawie. Uczestnicy spotkania poruszyli min. problem znaczących różnic w stawkach za osobodzień na terenie całej Polski, zagrożenie wprowadzenia współczynników korygujących

od 2015 r. uważając, że wspólna mobilizacja i jedność w działaniu może pozwolić na utrzymanie poziomu kontraktowania i stawki przynajmniej na aktualnym poziomie. Przewodnicząca OIPIP poprosiła Panią Konsultant dr n. o zdrowiu Mariolę Rybka, o konstruktywną pomoc i wsparcie w Departamencie Pielęgniarek i Położnych MZ, wspólne opracowywanie wniosków i opinii kierowanych do władz samorządowych i NFZ.

Uczestnicy spotkania poruszali również następujące zagadnienia:

1. Istotne znaczenie dla pielęgniarstwa i opieki długoterminowej, miałby udział naszych przedstawicieli w pracach Ministerstwa Zdrowia nad wyceną świadczeń medycznych -których niestety nie mamy. Zależy nam aby stawka w opiece długoterminowej, była optymalną i na tym samym poziomie w całej Polsce.

2. Konieczność wprowadzenia zmian legislacyjnych w opiece długoterminowej.

3. Ciągła integracja środowiska świadczeniodawców opieki długoterminowej, współpraca z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim, Okręgowymi Izbami Pielęgniarek i Położnych, z samorządami, instytucjami pozarządowymi, Narodowym Funduszem Zdrowia w działaniach, dotyczących finansowania opieki długoterminowej, ponieważ wprowadzenie współczynników korygujących przy obecnie obowiązujących stawkach za osobodzień jest niedopuszczalne. Obniżona cena spowoduje pogorszenie sytuacji zawodowej pielęgniarki, ograniczy pacjentom dostęp do świadczeń a w konsekwencji może doprowadzić do całkowitej likwidacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w Polsce

4. Zakończenie prac nad standardami postępowania i procedurami medycznymi wykonywanymi z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej, które są podstawą prawidłowej wyceny świadczeń.



5. Współpraca z Podstawową Opieką Zdrowotną i lecznictwem stacjonarnym w celu maksymalnego skrócenia pobytu pacjentów w szpitalu a tym samym jak najwcześniejsze objęcie opieką długoterminową pacjentów tego wymagających, aby ze względu na powikłania, w krótkim czasie nie byli ponownie hospitalizowani.

6. Stałe monitorowanie problemów występujących w opiece długoterminowej, wczesne wychwytywanie zagrożeń, prawidłowy obieg informacji o pacjentach w zespole terapeutycznym.

7. Dbanie o wysoki poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych, dążenie do umocnienia i podniesienia rangi opieki długoterminowej w Polsce - społeczna akceptacja opieki długoterminowej jest podstawowym warunkiem jej rozwoju.

8. Ujednolicenie dokumentacji w opiece długoterminowej, zwłaszcza w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych i Zakładach Opiekuńczo-Pielęgnacyjnych.

Podsumowując spotkanie Konsultant Krajowy ds. Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych Pani dr n. o zdrowiu Mariola Rybka potwierdziła, że podstawowym celem świadczeniodawców opieki długoterminowej jest poprawa jego wizerunku i ciągły rozwój, podwyższenie jakości udzielanych świadczeń poprzez doprecyzowanie standardów postępowania i procedury medyczne. Przed przedstawicielami naszego środowiska stoi ogromne wyzwanie - nawiązanie dialogu z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia, który przyczyni się do rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Uczestnicy wyrazili nadzieję, że został rozpoczęty cykl spotkań poruszających problemy opieki długoterminowej.

Po zakończeniu spotkania w Urzędzie Wojewódzkim Konsultant Krajowy ds. Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych Pani dr n. o zdrowiu Mariola Rybka wizytowała następujące Zakłady Opieki Długoterminowej:

1. Zakład Opiekuńczo - Leczniczny w Rzeszowie ul. Lubelska 6

2. Zakład Opiekuńczo-Leczniczny Avee-med s.c. Niechobrz

3. Zakład Pielęgnacyjny - Opiekuńczy „Centrum Medyczne w Łańcucie” Sp.zo.o.

4. NZOZ „WSPARCIE” - Bożena Majchrowicz, Katarzyna Tomaszewska Sp.j. w Jarosławiu ul. Poniatowskiego 53 - Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Podczas pobytu w Zakładach Pani Konsultant spotykała się z osobami zarządzającymi placówkami, personelem i pacjentami. Zapoznawała się ze strukturą zakładów, obowiązującą dokumentacją medyczną oraz problemami, z którymi spotykają się pielęgniarki się podczas udzielania świadczeń.

Notatkę sporządziła:
dr n. społ. Katarzyna Tomaszewska

Opinia Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego Opinia do stanowiska XXVIII Zjazdu Okręgowej Izby i Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie z dnia 27 marca 2014 r.

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi do stanowiska przesłanego za pośrednictwem Departamentu Pielęgniarek i Położnych 5 w dniu 12 czerwca w sprawie produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu leków przeciwwstrząsowych które może podać (bez zlecenie lekarza) pielęgniarka uprzejmie proszę przyjąć moje stanowisko. Wykaz leków zawartych w rozporządzeniu wymaga rozszerzenia gdyż nie pozwala na optymalny zakres działań u pacjentów w stanie zagrożenia życia spowodowanego min. wystąpienia wstrząsu Wskazane jest aby rozszerze-

nie obejmowało zarówno zakres leków jakie mogą zostać podane przez pielęgniarkę i położną oraz procedur medycznych z wykorzystaniem sprzętu nie zawartego w obowiązującym rozporządzeniu.

Na niewystarczający zakres leków w rozporządzeniu zwracałem w piśmie z dnia 29 sierpnia 2010 r. skierowanym do Ministra Zdrowia na etapie konsultacji społecznych i nadal podtrzymuje swoje stanowisko. Przedstawiona propozycja zmian w zakresie przedstawionym w stanowisku stanowi dobry punkt do koniecznych prac nad zmianą rozporządzenia w kierunku który będzie zgod-

ny z zakresem nabytych kompetencji przez pielęgniarki w trakcie kształcenia przed i podyplomowego, aktualną wiedzą medyczną oraz aktualnymi wytycznymi towarzystw naukowych. Obowiązujące rozporządzenie nie wykorzystuje we właściwym zakresie kompetencji pielęgniarek i nie daje pacjentom wymagającym natychmiastowych interwencji optymalnego zakresu pomocy.

Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa ratunkowego
Mgr Marek Maślanka

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego Opinia w sprawie wykonywania segregacji medycznej przez pielęgniarki systemu

Kwestia wykonywania segregacji medycznej przez pielęgniarki systemu jest regulowana przez ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 sierpnia 2006 r. Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410, art. 43, oraz rozporzą-

dzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. Dziennik Ustaw nr 210 poz. 1539 i 1540 w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę

albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego §2 p. 23, z którego wynika iż pielęgniarka spełniająca wymagania dla „pielęgniarki systemu” zdefiniowana w przytoczonej ustawie o PRM art. 3 p. 6 jest uprawniona do prowa-

dzenia segregacji medycznej. Segregacja medyczna jest obecna w programach kształcenia podyplomowego pielęgniarek we wszystkich jego rodzajach dających uprawnienia pielęgniarki systemu tj. programach specjalizacyjnych i kursach kwalifikacyjnych.

Dodatkowo European Society for Emergency Nursing zaleca aby pielęgniarka wykonująca triage w oddziale ratunkowym posiadała minimum roczny staż pracy w oddziale ratunkowym.

Podsumowanie:

Pielęgniarka systemu posiada kwalifikację do wykonywania segregacji medycznej

Konsultant Krajowy

*W dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego
Mgr Marek Maślanka*

Obowiązek zgłaszania zmian

Pielęgniarka / położna prowadząca praktykę zawodową wpisana do rejestru jest obowiązana zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania - zgodnie z treścią art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)

W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w tym terminie organ prowadzący rejestr nałoży

karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa, dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek od

tych zobowiązań. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego (art. 107 ustawy o działalności leczniczej). Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie wynoszącej w 2014 r. 38,50 zł.

Wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia OC, jest wolny od opłat.

Nowe uprawnienia pielęgniarek przewidziane w projekcie zmiany ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych ustaw

Komentarz omawia zmiany, jakie proponuje projekt ustawy z dnia 3 kwietnia o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, będący częścią tzw. „pakietu kolejkowego”. Projekt ten wprowadza wyjątkową zmianę w zakresie kompetencji pielęgniarek i położnych m.in. dając im możliwość wypisywania recept.

1. Nowe kompetencje pielęgniarek

Artykuł 1 projektu, w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p. - dodaje art. 15a. Proponowany art. 15a ust. 1 daje pielęgniarkom i położnym posiadającym tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, możliwość samodzielnej ordynacji leków oraz środków spożywczych specjalnego przeznacze-

nia żywieniowego, w tym wystawiania recept. Ponadto projekt przewiduje dla ww. osób możliwość ordynacji określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia - pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie.

W ww. projekcie, art. 15a ust. 2 uprawnia pielęgniarki i położne posiadające co najmniej tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa lub tytuł zawodowy licencjata położnictwa, na zlecenie lekarskie, do wystawiania recept na określone leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Ponadto pielęgniarki i położne, o których mowa we wprowadzanym art. 15a

ust. 1 i 2, uprawnione zostaną do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej.

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i ust. 2, nie będzie dotyczyć pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa lub w szkołach położnych nabyły wiedzę objętą takim kursem.

2. Tryb wprowadzenia zmian

Projekt art. 15a w ust. 5 zawiera upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady

Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, rozporządzenia określającego dla czynności, o których mowa w ust. 1, wykaz:

- a) obejmujący określenie substancji czynnych zawartych w lekach,
- b) obejmujący określenie składu, zastosowania lub sposobu przygotowania środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- c) zawierający wyroby medyczne.

Dla czynności, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, rozporządzenie winno określać sposób i tryb wystawiania recept, wzór recepty, sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania, sposób realizacji powyższych recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji. Rozporządzenie winno uwzględnić niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków odpowiednio dla magistrów i licencjatów pielęgniarstwa i położnictwa.

Skutkiem powyższych regulacji jest konieczność nowelizacji innych przepisów ustawowych, odnoszących się do możliwości ordynacji leków, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, przepisywania recept, wystawiania skierowań na badania diagnostyczne. Dlatego też proponuje się nowelizację w tym zakresie ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Nowelizacja zakłada, że pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 będą uprawnione do wystawiania recept refundowanych również dla wystawiającego (pro auctore), jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (pro familiae), po zawarciu stosownej umowy z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.

Projekt zakłada, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień wynikających z ww. przepisów od dnia 1 stycznia 2016 r. (art. 5 projektu).

3. Konsekwencje zmian

Propozycja zmiany przepisów prawa w zakresie uprawniającym pielęgniar

niarki i położne do samodzielnej ordynacji leków, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wystawiania recept, skierowań na określone badania diagnostyczne, niewątpliwie wzmocni rolę pielęgniarki, położnej w systemie ochrony zdrowia. Jednakże, należy mieć na uwadze fakt, iż przynajmniej część pielęgniarek i położnych będzie obawiać się odpowiedzialności prawnej za skutki ewentualnych błędów i pomyłek. Niebagatelną zatem rolę spełnić muszą podmioty, które organizować będą kursy specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych w zakresie wynikającym z art. 15a ust. 1 i 2 u.z.p.p. Istotną rolę przypada też Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, które w oparciu o art. 78 ust. 1 u.z.p.p., zobligowane jest do przygotowania programu kształcenia w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz uzyskania zatwierdzenia programu przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Projektowana zmiana spowoduje też konieczność nowelizacji rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Rozporządzenie to winno bowiem zawierać szczegółowe efekty kształcenia w zakresie wiedzy i umiejętności niezbędnych dla realizowania przez absolwenta studiów I i II stopnia uprawnień wynikających z art. 15a u.z.p.p.

Istotną rolę w zakresie proponowanych zmian spełni niewątpliwie rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia, wydane w oparciu o art. 15a ust. 5 u.z.p.p., bowiem treści zawarte w tym rozporządzeniu, stanowiąc będą de facto o konkretnych uprawnieniach pielęgniarek i położnych w zakresie wynikającym z art. 15a u.z.p.p.

Autor projektu nowelizacji kierował się przede wszystkim chęcią poprawy dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej zarówno w zakresie porad recepturowych, jak i przyspieszenia rozpoczęcia diagnostyki bez konieczności oczekiwania na wizytę lekarską w trakcie leczenia schorzenia przewlekłego, samodzielnego zlecenia określonej grupy produktów leczniczych,

środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych. Powyższa propozycja wskazuje, iż poziom wiedzy uzyskiwany w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych podlega ciągłej ewaluacji i podwyższa uzyskiwane przez te grupy zawodowe kwalifikacje i umiejętności. Z całą pewnością prestiż zawodowy pielęgniarek i położnych wzrośnie. Niepokojącym jednak może wydawać się, iż część dotychczasowych obowiązków spoczywających na lekarzach zostanie przejęta przez pielęgniarki i położne, które do dotychczas realizowanych zadań będą musiały włączyć następne. Należy założyć zatem, że w związku z nowymi zadaniami pielęgniarek i położnych, niezbędne okaże się ustalenie nowych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Ustawa co prawda nie zobowiązuje pielęgniarek i położnych do ukończenia stosownych szkoleń, w celu realizacji art. 15a u.z.p.p. Jest to wyłącznie ich uprawnienie, jednakże wydaje się, iż znakomita część personelu pielęgniarskiego i położniczego, posiadającego wykształcenie wyższe, na skutek presji ze strony pacjentów i świadczeniodawców (podmiotów leczniczych) „przymuszona” zostanie niejako do podniesienia swoich kwalifikacji zawodowych.

4. Podsumowanie

Proponowana nowelizacja ustawy stanowi, w przekonaniu Autorki, krok w dobrym kierunku. Propozycja rozszerzenia uprawnień pielęgniarek i położnych oparta jest na wzorcach niektórych państw Unii Europejskiej, które to wzorce sprawdzają się, przynosząc wymierne efekty w systemie ochrony zdrowia. Powyższe uzasadnia także fakt, iż od wielu lat kształcenie pielęgniarek i położnych w Polsce odbywa się w ramach szkolnictwa wyższego, co w istocie podnosi rangę tych autonomicznych zawodów.

Należy mieć nadzieję, że w ślad za niniejszą nowelizacją postępować będą następne, czego najlepszym dowodem jest projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 7 kwietnia 2014 r.

Iwona Choromańska

Pielęgniarka na kontrakcie - odpowiedzialność na skutek przemęczenia

Niniejszy komentarz analizuje rozkład odpowiedzialności pomiędzy podmiotem leczniczym a pielęgniarką udzielającą w tym podmiocie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej w sytuacji popełnienia przez nią błędu medycznego na skutek przemęczenia. Autor podaje również podstawy prawne dochodzenia roszczeń przez pacjenta w przypadku wyrządzenia szkody przez pielęgniarkę oraz wskazuje, jakie są zasady winy organizacyjnej podmiotu leczniczego.

1. Podstawy prawne kontraktów pielęgniarskich

Zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - dalej u.d.z.l. - działalność pielęgniarek może być wykonywana m.in. w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej wyłącznie w siedzibie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Pielęgniarka prowadząca praktykę indywidualną jest zatem podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.z.l. Kontynuacją tego przepisu jest art. 26 ust. 1 u.d.z.l., zgodnie z którym podmiot leczniczy spełniający przesłanki określone w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, przy czym prawo zamówień publicznych w dalszej części określa jedynie zasady postępowania, w ramach którego dochodzi do zawarcia umowy, nie narzucając warunków umowy, do jakiej dochodzi w jego wyniku. W odniesieniu do podmiotów leczniczych niespełniających warunków z art. 26 u.d.z.l.

ustawa nie narzuca ani trybu postępowania, ani warunków umowy, z zastrzeżeniem jednakże, iż świadczenia winny być wykonywane przez osoby posiadające do tego wymagane kwalifikacje (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l.). Biorąc pod uwagę, iż do umów zawieranych na podstawie powyższych przepisów nie mają zastosowania przepisy prawa pracy, należy dojść do wniosku, co znajduje potwierdzenie w praktyce, iż obowiązujący stan prawny pozostawia stronom tych umów całkowitą niemalże swobodę w zakresie kształtowania jej postanowień, w szczególności odnośnie do liczby i rozkładu godzin udzielania świadczeń przez osobę przyjmującą zamówienie.

2. Odpowiedzialność solidarna

W zakresie rozkładu odpowiedzialności pomiędzy udzielającym a przyjmującym zamówienie art. 33 u.d.z.l. stanowi, iż w przypadku wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie pielęgniarka i podmiot leczniczy. Zgodnie z ogólnymi zasadami odpowiedzialności solidarnej zawartymi w art. 366 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny - dalej k.c. - w przypadku tego rodzaju odpowiedzialności wierzyciel (w tym wypadku pacjent) może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie (tu: podmiotu leczniczego i pielęgniarki), od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez któregośkolwiek z dłużników zwalnia pozostałych. Na gruncie przepisów o odpowiedzialności za skut-

ki czynów niedozwolonych art. 441 k.c. precyzuje, iż jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, ich odpowiedzialność jest solidarna w ten sposób, że jeżeli szkoda była wynikiem działania lub zaniechania kilku osób, to ten, kto szkodę naprawił, może żądać od pozostałych zwrotu odpowiedniej części zależnie od okoliczności, a zwłaszcza od winy danej osoby oraz od stopnia, w jakim przyczyniła się do powstania szkody. Ten, kto naprawił szkodę, za którą jest odpowiedzialny, mimo braku winy, ma zwrotne roszczenie do sprawcy, jeżeli szkoda powstała z winy sprawcy.

Innymi słowy, jeśli pacjent na skutek działań pielęgniarki doznał szkody (co na mocy art. 446 k.c. znajduje odpowiednie zastosowanie również w odniesieniu do podmiotów uprawnianych do dochodzenia roszczeń w przypadku śmierci pacjenta), może skierować roszczenie przeciwko podmiotowi leczniczemu, pielęgniarce, lub obu tym stronom łącznie, w zależności od swojego wyboru. Pacjenci, którzy z reguły nie wiedzą, w jakiej formie zatrudniony jest personel udzielający świadczeń w tym podmiocie, często zaś nie wiedzą, kto fizycznie wykonywał świadczenia, które wywołały szkodę, kierują zwykle swoje roszczenia przeciwko podmiotowi leczniczemu. Praktyka pokazuje, iż znakomita większość tzw. kontraktów zawiera zapisy przewidujące pełną odpowiedzialność pielęgniarki za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktu, na skutek czego podmiot leczniczy wskazuje pacjentowi pielęgniarkę jako wyłącznie odpowiedzialną w myśl postanowień umowy bądź też, jeśli pacjent mimo to pozywa podmiot leczniczy, doprowadza do pozwania pielęgniarki na podstawie art. 194 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego.

Na gruncie przedstawionych wyżej przepisów powstaje z jednej strony py-

tanie, czy pielęgniarka, której działanie lub zaniechanie spowodowało szkodę, może uwolnić się od odpowiedzialności cywilnoprawnej lub ograniczyć swoją odpowiedzialność z tego tytułu, powołując się na okoliczność, iż kwestionowane działanie lub zaniechanie było skutkiem przemęczenia wywołanego wieloma godzinami pracy, z drugiej zaś - czy podmiot leczniczy, który zawarł z pielęgniarką umowę przewidującą po jej stronie znaczną ilość godzin pracy bez odpoczynku, ponosi, a jeśli tak, to w jakim stopniu, odpowiedzialność wobec pacjenta, któremu w opisanych okolicznościach wyrządzona została szkoda.

3. Zasada swobody umów

Pierwszą płaszczyzną, na jakiej należy rozważyć przedstawione zagadnienie, jest możliwość zakwestionowania wskazanych na wstępie postanowień kontraktów w świetle zasady swobody umów wynikającej z treści art. 3531 k.c. Przepis ten stanowi, iż strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Niewątpliwie zawarcie z pielęgniarką kontraktu zobowiązującego ją do wykonywania pracy przez okres np. 20 godzin bez przerwy nie narusza bezpośrednio ustawy. Można jednak mieć wątpliwości, czy umowa tej treści nie może być uznana za sprzeczną z właściwościami (naturą zobowiązania), a także z zasadami współżycia społecznego. Kwestia ta nie była dotąd przedmiotem rozważań w orzecznictwie Sądu Najwyższego. W piśmiennictwie przyjmuje się (tak: A. Kidyba, Z. Gawlik, A. Janiak, G. Kozieł, A. Olejniczak, A. Pyrzyńska, T. Sokołowski, Kodeks cywilny. Komentarz, t. III: Zobowiązania - część ogólna), że ukształtowanie stosunku obligacyjnego w taki sposób, iż jego treść lub cel pozostają w sprzeczności z ustawą, zasadami współżycia społecznego lub właściwością (naturą) zobowiązania, wywołuje skutki określone ogólnymi regułami o dokonywaniu czynności prawnych zawartymi w przepisie art. 58 k.c. Przekroczenie którejkolwiek z granic swobody umów oznacza więc nieważność całej umowy jako sprzecznej z ustawą, a jeżeli przekroczenie zakresu kompetencji podmiotu dotyczyło

tylko części umowy, wówczas czynność jest ważna w pozostałej części, chyba że bez postanowień dotkniętych nieważnością umowa nie zostałaby dokonana (art. 58 § 3 k.c.). Wydaje się więc, że zakwestionowanie postanowienia umowy zobowiązującego pielęgniarkę do wielogodzinnej pracy na podstawie art. 3531 k.c., choć nie miałyby bezpośrednich skutków w zakresie rozkładu odpowiedzialności wobec pacjenta, któremu wyrządzono szkodę, uprawniałoby pielęgniarkę - w razie pomyślnego wykazania sprzeczności odpowiednich zapisów umowy z jej celem, naturą lub zasadami współżycia społecznego - do podjęcia próby podniesienia zarzutu nieważności jej postanowień wprowadzających pełną odpowiedzialność za szkody powstałe na skutek udzielanych świadczeń.

4. Wyzysk

Drugim elementem wartym rozważenia jest możliwość zastosowania art. 388 § 1 k.c., który stanowi, iż jeżeli jedna ze stron, wyzyskując przymusowe położenie, niedoświadczenie lub niedoświadczanie drugiej strony, w zamian za swoje świadczenie przyjmuje albo zastrzega dla siebie lub dla osoby trzeciej świadczenie, którego wartość w chwili zawarcia umowy przewyższa w rażąco stopniu wartość jej własnego świadczenia, to druga strona może żądać zmniejszenia swego świadczenia lub zwiększenia należnego jej świadczenia, a w wypadku gdy jedno i drugie byłoby nadmiernie utrudnione, może żądać unieważnienia umowy. Sankcją związaną z ewentualnym udowodnieniem zaistnienia wyzysku w rozumieniu powyższego przepisu jest zatem również jedynie możliwość żądania unieważnienia umowy w całości lub odpowiedniej części. Artykuł 388 k.c. nie przewiduje samoistnej sankcji w postaci możliwości uchylenia się od odpowiedzialności płynącej z wykonywania umowy zawierającej wadliwe z punktu widzenia tego przepisu postanowienie.

5. Wina organizacyjna podmiotu leczniczego

Wobec powyższego pozostaje do ustalenia, czy i w jakim stopniu podmiot leczniczy ponosiłby w zaistniałej sytuacji odpowiedzialność na zasadzie tzw. winy organizacyjnej. Podmiot leczniczy, zarówno publiczny, jak i niepubliczny, może ponosić nie tylko odpowie-

dzialność tzw. zastępczą za zawinione wyrządzenie szkody przez zatrudniony w nim personel medyczny na podstawie art. 430 k.c., według którego kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności, ale może także odpowiadać za winę własną, organizacyjną, która polega na zaniedbaniu ciężących na podmiocie obowiązków w zakresie należytej organizacji procesu leczenia oraz na wadliwym funkcjonowaniu instytucji leczniczej jako całości, które niezależnie od działań personelu medycznego prowadzą do wyrządzenia pacjentowi szkody (art. 415 lub art. 416 k.c.). O ile przepisy ustawy o działalności leczniczej, w szczególności w odniesieniu do podmiotów publicznych, wymagają jednoznacznie udzielania świadczeń jedynie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, o tyle brak do dnia dzisiejszego przepisu mówiącego o obowiązku zapewnienia odpowiedniej liczby personelu medycznego. Pewnym wyjątkiem w tym zakresie jest art. 50 u.d.z.l., nakładający na podmiot niebędący przedsiębiorcą obowiązek stosowania norm zatrudnienia pielęgniarek. Podmiot zobowiązany do stosowania normy, o ile ustalił ją i wprowadził zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, mógłby w tym miejscu skutecznie podnosić argument o zastosowaniu normy jako okoliczności ograniczającej winę organizacyjną tego podmiotu.

Konstrukcja winy organizacyjnej obejmuje zaniedbania związane z wadliwą organizacją procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Jako przykłady podaje się tu dopuszczenie do używania w procesie leczenia wadliwego sprzętu medycznego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 1983 r., IV CR 118/83), niezapewnienie pacjentom odpowiednich warunków sanitarnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1973 r., II

CR 692/73) czy wadliwą organizację procesu przyjęć do szpitala (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 1952 r., 584/52). Powstaje więc pytanie, czy powierzenie pielęgniarce udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób stwarzający bardzo duże ryzyko popełnienia błędu z uwagi na przemęczenie uznać można za kolejny z przejawów winy organizacyjnej, a tym samym za samodzielne źródło odpowiedzialności wobec pacjenta, redukujące lub wręcz wyłączające odpowiedzialność pielęgniarki udzielającej świadczeń.

Warto zauważyć więc przede wszystkim, że stworzony przez judykaturę katalog przypadków, w których możliwe jest nałożenie na szpital obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej zawinionym działaniem (zaniechaniem) szpitala jako zorganizowanej całości, ma charakter otwarty i może zostać uzupełniony przez judykaturę oraz piśmiennictwo, którego twórcze działanie i prezentowane poglądy nie pozostają bez wpływu na reguły ustalone przez orzecznictwo (tak M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za lekarza jako podwładnego*, PiP 2008, z. 9, s. 3-15). Okoliczność, iż powierzenie personelowi medycznemu wykonywania świadczeń przez zbyt dużą liczbę godzin bez odpoczynku nie była dotąd analizowana w orzecznictwie pod kątem odpowiedzialności wobec pacjenta, nie stanowi więc przeszkody ku temu, by analizę takiej możliwości przeprowadzić. Pewną wskazówkę stanowić może w tej sytuacji wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 stycznia 2001 r., IV KKN 232/00, w którym stwierdzono: „Strona twierdząca, że to lekarz naruszył przy wykonywaniu zabiegu obowiązek staranności, obowiązana jest wykazać, że szkoda wyrządzona przez lekarza jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez niego wymaganej staranności. Pomyślne przeprowadzenie tego dowodu może stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa lekarza, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalonej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności. Nie wymaga dowodzenia, że podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych

usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się w zaniebaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Ta wina musi być - w ramach odpowiedzialności deliktowej - udowodniona”.

Tym samym Sąd Najwyższy za dopuszczalną uznał konstrukcję procesową, w której pracownik medyczny, którego działanie lub zaniechanie stanowi bezpośrednią przyczynę powstania szkody na osobie pacjenta, wykazuje, iż staranność, jakiej dochował w spornej sytuacji, była najwyższą możliwą w zaistniałych okolicznościach. Przeprowadzenie dowodu miało tu na celu własnie omawiane przeniesienie ciężaru odpowiedzialności w kierunku podmiotu leczniczego, choć należy z całą mocą zaznaczyć, iż każdy przypadek byłby tu zapewne oceniany ad causam, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy. Inaczej zapewne oceniono by sytuację pielęgniarki, która zgłaszała fakt przemęczenia, prosząc o wyznaczenie do opieki nad pacjentem innej pielęgniarki, lub też gdyby błąd nastąpił w związku z udzielaniem świadczeń w stanie nagłym, niepozwalającym ani na zgłoszenie potrzeby zmiany przełożonym, ani na odstępnie od podjęcia czynności przy pacjencie. Inaczej natomiast oceniono by popełnienie błędu przy czynności wykonywanej rutynowo przez pielęgniarkę, która faktu przemęczenia nie zgłaszała, mając taką możliwość. Choć wiadomo, iż brak tego typu sygnałów ze strony pracownika jest często skutkiem poczucia obowiązkowości i chęcią utrzymania profesjonalnej postawy wobec pracodawcy, to jednak praktyka pokazuje, iż w toku postępowania okoliczności te mają znaczenie.

6. Wola stron

Nie ulega wątpliwości, że w przedstawionym zagadnieniu mamy do czynienia ze splotem dwóch elementów. Pierwszym z nich jest silniejsza zazwyczaj pozycja podmiotu leczniczego, który w konkretnych okolicznościach sprawy ma możliwość faktycznego narzucenia (choć oczywiście nie można tu mówić o przymusie w sensie prawnym) pielęgniarce warunków zatrudnienia, drugim zaś jest fakt, iż pielęgniarka jako osoba

pełnoletnia i posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych zawiera kontrakt ze świadomością treści jego zapisów, wagi i trudności przyjmowanych na siebie obowiązków oraz własnej wydolności psychofizycznej.

7. Okoliczności konkretnej sprawy

Dla oceny odpowiedzialności stron w omawianej sytuacji znaczenie miałyby nie tylko postanowienia kontraktu, ale także okoliczności i podstawy, w oparciu o które doszło do zawarcia go w takim kształcie. Inaczej bowiem ocenić należałoby sytuację podmiotu, który umowę zobowiązującą pielęgniarkę do wielogodzinnej pracy zawarł z osobą, która nie zgłaszała w tym względzie żadnych zastrzeżeń, deklarującą dobry stan zdrowia i brak dodatkowych zobowiązań (praca na rzecz innych podmiotów), inaczej zaś zawarcie jej z pielęgniarką, która takie zastrzeżenia zgłaszała, a nadto byłaby w stanie wykazać, że z uwagi na uwarunkowania czyniła to w przeświadczeniu, iż nie ma innego wyjścia. Podobnie należałoby ocenić także sytuację pielęgniarki, która od odpowiedzialności wynikającej z przywołanych wyżej przepisów mogłaby próbować ochronić się poprzez wykazanie, iż do zawarcia umowy doszło w okolicznościach niedających jej ani realnego wpływu na treść umowy, ani faktycznej możliwości zawarcia jej na proponowanych warunkach. Na ostateczną ocenę rozkładu odpowiedzialności w konkretnym przypadku wpływ miałyby więc takie czynniki jak fakt zgłaszania przez pielęgniarkę przemęczenia, tryb i skuteczność nadzoru nad wykonywanymi przez nią czynnościami, możliwość odstąpienia od wykonania danej czynności oraz stopień wpływu pielęgniarki na tę organizację. Stanowiłyby one elementy, o których mowa w art. 441 k.c, a więc okoliczności sprawy oraz stopień, w jakim dana osoba przyczyniła się do powstania szkody.

8. Próba poszukiwania rozwiązań

Warto zauważyć, że próba wprowadzenia radykalnego zakazu udzielania świadczeń przez pielęgniarki w oparciu o tzw. kontrakty miała już miejsce poprzez art. 1 pkt 20 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zakazujący wykonywania praktyki pielęgn-

niarskiej w zakładzie opieki zdrowotnej. Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 grudnia 2005 r., K 45/05, przepis ten jednak został uznany za niezgodny z art. 2, 22 i 31 ust. 3 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Trybunał Konstytucyjny nie znalazł bowiem wystarczających podstaw do przyjęcia, iż w omawianej sprawie interes publiczny przemawia za wprowadzeniem zakazu ograniczającego swobodę podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej. W uza-

sadnieniu wskazał, iż przeciwdziałanie patologiom, jakimi są niewątpliwie sytuacje obligowania pielęgniarek do pełnienia kilkudziesięciogodzinnych nieprzerwanych dyżurów, powinno następować z wykorzystaniem innych instrumentów prawnych. Biorąc za podstawę powyższe rozważania, można de lege lata postawić pytanie, czy art. 97 u.d.z.l., mówiący o prawie do odpoczynku dobowego i tygodniowego pracowników podmiotów leczniczych, winien być w istocie postrzegany jako przepis funkcjonują-

cy wyłącznie na gruncie prawa pracy, jeśli zaś tak, to - de lege ferenda - czy zasadne byłoby wykorzystanie tego zapisu jako podstawy do prac nad wprowadzeniem analogicznego rozwiązania w szerszym zakresie.

Dz.U.2014.121: ogólne; art. 58; art. 336; art. 353(1); art. 388 § 1; art. 430; art. 441

Dz.U.2013.217: art. 5

Dz.U.2012.1545: ogólne

Iwona Kaczorowska-Kossowska

Pytania i odpowiedzi

Pytanie:

Czy położna środowiskowa (POZ) może zdjąć szwy po porodzie w domu pacjentki?

Odpowiedź: odpowiedzi udzielono: 7 listopada 2012 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Położna środowiskowa (POZ) może zdjąć szwy po porodzie w domu pacjentki po spełnieniu określonych przepisami prawa warunków.

Uzasadnienie

Artykuł 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) - dalej u.d.z.l. stanowi, że minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Korzystając ze wskazanej powyżej delegacji ustawowej Minister Zdrowia wydał stosowne rozporządzenie 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, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100). Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzie-

laniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, tj. z dniem 19 października 2012 r.

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, stanowią załącznik do rozporządzenia. W dziale I Postanowienia ogólne w ust. 7 zawarto zadania osoby sprawującej opiekę, które w pkt 6 obejmują wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie położu. Dział XIV Połóg w ust. 7 stanowi, że podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka; zgłoszenie zawiera imię i nazwisko matki, numer PESEL matki lub serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku matki nieposiadającej numeru PESEL, godzinę i datę urodzenia dziecka, płeć dziecka oraz dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie położu. Położna, w myśl ust. 8 wykonuje nie mniej niż 4

wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka). Podczas wizyt położna wykonuje szereg czynności opisanych w ust. 10 działu XIV. Jak wskazuje pkt 15 zawarty w ust. 10 działu XIV, położna zdejmuje szwy z krocza, jeżeli zachodzi taka potrzeba.

Zwrócić należy uwagę, iż w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dział XIV ust. 11). Swoiste uzupełnienie standardów postępowania medycznego stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) - dalej r.s.s.z. Przedmiotowe rozporządzenie wydane zostało co prawda pod rządami poprzednio obowiązującej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, jednakże na mocy art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) zachowuje ono swoją moc do dnia wejścia przepisów wykonawczych wydanych na podstawie delegacji usta-

wowej zawartej w art. 6 tej ustawy. W § 6 r.s.ś.z. zawarto katalog świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, do wykonania których uprawniona jest położna samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Paragraf 6 ust. 1 pkt 3 r.s.ś.z. wśród różnych świadczeń leczniczych wymienia między innymi zdjęcie szwów z krocza (lit. e) oraz zdejmowanie szwów z ran pooperacyjnych, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego (lit. p). Zatem możliwość zdejmowania szwów z ran pooperacyjnych (różnych, w tym po cesarskim cięciu) uwarunkowana jest ukończeniem przez położną kursu specjalistycznego. Podkreślić należy jednak, że w przypadku położnej sprawującej opiekę nad pacjentem poza przedsięwzięciem podmiotu leczniczego, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską, jest ona zobowiązana do poinformowania lekarza o udzielonych świadczeniach (§ 8 ust. 2 r.s.ś.z.). Wskazując na uprawnienia położnej w zakresie udzielania świadczeń samodzielnie bez zlecenia lekarskiego należy mieć na uwadze treść § 9 r.s.ś.z., w myśl którego położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świad-

czeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

Oprócz powołanych wyżej standardów postępowania medycznego i świadczeń udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, istotne znaczenie mają też przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816). Załącznik nr 2 do rozporządzenia zawiera zakres zadań pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w myśl którego położna planuje i realizuje kompleksową opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia. Zakres zadań położnej POZ (część II, B załącznika) w ust. 6 pkt 6 obejmują wykonywanie zabiegów leczniczych zgodnie z odrębnymi przepisa-

mi, w tym zdejmowanie szwów (lit. b). Przepisy załącznika nie naruszają praw i obowiązków pielęgniarki POZ i położnej POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów (część III załącznika).

Warto również zwrócić uwagę na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248), które w załączniku nr 3 zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji. Świadczenia gwarantowane realizowane przez położną POZ obejmują też wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie, co w korespondencji ze wskazanymi powyżej standardami postępowania medycznego, świadczeniami udzielanymi przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz zakresem zadań położnej POZ, wskazuje na możliwość zdjęcia szwów po porodzie w domu pacjentki, z zachowaniem należytej staranności w zakresie posiadanych przez położną kwalifikacji i umiejętności zawodowych.

Iwona Choromańska

Pytanie: Które z poniższych sytuacji traktujemy jako przerwę w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej:

1. zwolnienie lekarskie;
2. zasiłek rehabilitacyjny;
3. urlop macierzyński;
4. urlop wychowawczy;
5. zasiłek dla bezrobotnych;
6. urlop bezpłatny?

Zgodnie z nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą radę pielęgniarek i położnych.

Które z powyższych sytuacji są (a które nie) przerwą w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej?

Odpowiedź

odpowiedzi udzielono: 19 września 2012 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej

(Dz. U. Nr 174, poz. 1039 r. z późn. zm.) - dalej u.z.p.p nie określa jakie okresy stanowią przerwę w wykonywaniu zawodu pielęgniarki. Ustalenie tego jest więc pozostawione okręgowym radom pielęgniarek i położnych. Z informacji zawartych na stronach internetowych okręgowych izb pielęgniarek i położnych wynika, że za taką przerwę są uznawane okresy urlopu wychowawczego oraz urlopu bezpłatnego. Odnosnie do innych okresów, Autorka odpowiedzi nie znalazła stanowiska okręgowych rad.

Uzasadnienie

Istotą stwierdzenia, że nastąpiła przerwa w wykonywaniu zawodu jest ustalenie, że w danym przypadku miało miejsce faktyczne zaprzestanie wykonywania zawodu oraz że stan ten trwał powyżej 5 lat.

Ustalenie, że nastąpiła przerwa w wykonywaniu zawodu, następuje indywidualnie, odrębnie dla każdej pielęgniarki, oczywiście z zachowaniem jednolitych zasad postępowania w takich samych lub zbliżonych stanach faktycznych.

Jeżeli w trakcie okresów wskazanych w pytaniu pielęgniarka nie wykonywała zawodu (przy tym przez wykonywanie zawodu rozumie się nie tylko udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale także m.in. nauczanie zawodu pielęgniarki czy prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa), to należy uznać, że w tych okresach zaprzestała ona wykonywania zawodu. Jednak dla ustalenia, że nastąpiła przerwa w wykonywaniu zawodu, o której mowa w art. 26 ust. 1 u.z.p.p., konieczne jest stwierdzenie, że pielęgniarka zaprzestała wykonywania zawodu na okres dłuższy niż 5 lat. O zaistnieniu przerwy decyduje bowiem nie tyle przyczyna niewykony-

wania zawodu, ale fakt rzeczywistego niewykonywania zawodu oraz długość istnienia tego stanu rzeczy.

Dlatego też, jeżeli po okresie np. przebywania na zwolnieniu lekarskim, trwającym nawet kilka miesięcy, czy okresie urlopu macierzyńskiego, pielęgniarka wraca do wykonywania zawodu, nie ma mowy o przerwie w wykonywaniu zawodu w rozumieniu art. 26 ust. 1 u.z.p.p.

Natomiast jeżeli okresy zwolnienia lekarskiego, pobierania zasiłku rehabilitacyjnego, różnego rodzaju urlopów, następują bezpośrednio po sobie, tak, że łącznie pielęgniarka nie wykonuje zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat, to należy uznać, że nastąpiła przerwa w wykonywaniu zawodu, która rodzi obowiązek odbycia przeszkolenia przed ponownym podjęciem wykonywania zawodu.

Odnosnie do urlopu bezpłatnego należy dodatkowo podnieść, że okres ten może być zaliczony do okresu przerwy w wykonywaniu zawodu, o ile pielęgniarka faktycznie nie wykonywała zawodu w tym okresie. Korzystanie z urlopu bezpłatnego u jednego pracodawcy nie stoi bowiem na przeszkodzie w wykonywaniu zawodu u innego pracodawcy lub wykonywaniu praktyki zawodowej.

Pytanie: Czy 3-miesięczny wolontariat odbyty po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki uznawany jest jako kontynuacja wykonywania zawodu pielęgniarki?

Pielęgniarka odbyła wolontariat przed nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Odpowiedź: odpowiedzi udzielono: 15 marca 2013 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

3-miesięczny wolontariat odbyty po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki może być uznany jako kontynuacja wykonywania zawodu pielęgniarki. Dla oceny, czy jest to kontynuacja zawodu, należy ustalić zakres zadań realizowanych przez pielęgniarkę w ramach wolontariatu oraz czy podjęła ona wykonywanie tych zadań przed upływem 5-letniej przerwy.

Uzasadnienie

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p., w art. 26 ust. 1 stanowi, że pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym.

Poprzednio obowiązująca ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.) -dalej u.s.z.p.p. w art. 15 ust. 1 stanowiła, że podjęcie wykonywania zawodu pie-

lęgniarki lub położnej po upływie pięciu lat od ukończenia stażu podyplomowego lub po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat wymaga odbycia przeszkolenia. Natomiast, w myśl art. 15 ust. 2 u.s.z.p.p., okręgowa rada pielęgniarek i położnych ustalała program i sposób przeszkolenia, o którym mowa w ust. 1.

Przez szereg lat funkcjonowania ustawy z 1996 r. każda okręgowa rada pielęgniarek i położnych ustalała indywidualnie zasady zaliczania okresów wykonywania zawodu innych niż umowa o pracę, a także program i sposób przeszkolenia. Przy czym brak było jednolitych uregulowań wewnętrznych w tym zakresie. Na ogół okręgowe rady przyjmowały stosowne regulaminy dotyczące procedury postępowania.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, bazując na wieloletnim doświadczeniu okręgowych rad pielęgniarek i położnych, podjęła uchwałę nr 172/V/2010 z dnia 16 czerwca 2010 r. w sprawie przyjęcia ramowego programu przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej. Za przerwę w wykonywaniu zawodu uznawano również urlop wychowawczy, bezpłatny, po którym nie zostały podjęte czynności zawodowe, wykonywane przez co najmniej 3 miesiące, nawet jeśli nadal pielęgniarka/położna pozostawała w stosunku pracy (zob. rozdział II pkt 3 ramowego programu). Natomiast dla potrzeb ustalenia okresu wykonywania działalności zawodowej, uwzględniano również świadczenie usług pielęgniarskich w ramach wolontariatu (zob. rozdział II pkt 2).

Podkreślić należy, że w stosunku do każdej pielęgniarki/położnej prowadzone jest indywidualne postępowanie, mające na celu podjęcie decyzji o skierowaniu zainteresowanej na przeszkolenie względnie uznanie, iż nie ma przerwy trwającej dłużej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu.

Jeżeli pielęgniarka odbyła wolontariat po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu, to w pierwszej kolejności należy ustalić, czy rozpoczęcie wolontariatu nastąpiło po upływie 5-letniej przerwy, czy też przed jej upływem. W sytuacji, gdyby się okazało, że po upływie 5-letniej przerwy pielęgniarka wykonywała czynności zawodowe w ramach wolontariatu, to wówczas doszłoby do naruszenia przepisu art. 15 u.s.z.p.p. Autor zakłada jednak, że tak się nie stało i wolontariat rozpoczął się przed upływem 5-letniej przerwy.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości odnośnie ustalenia, ile wynosi przerwa w wykonywaniu zawodu przez pielęgniarkę, powinna się ona zgłosić do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Zgłaszając się do okręgowej rady pielęgniarek i położnych, pielęgniarka powinna przedłożyć porozumienie, jakie zawarła z podmiotem, u którego wykonywała zawód w ramach wolontariatu, ewentualnie potwierdzony przez ww. podmiot zakres wykonywanych przez nią świadczeń. Z treści tych dokumentów winno wynikać, jak często wykonywała ona te czynności. Powyższe jest niezbędne w celu ustalenia, czy wykonywanie czynności zawodowych przez pielęgniarkę, wyczerpywało podstawowy zakres jej umiejętności oraz czy za-

pewniło pielęgniarcie przypomnienie, uzupełnienie i aktualizację wiedzy teoretycznej i praktycznej.

Reasumując, pielęgniarka i położna zobowiązane są do posiadania podstawowej wiedzy w zakresie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Oczywistym zatem jest, że w przypadku niewykonywania zawodu przez dłuższy okres czasu, powinny one podjąć stosowne kroki w celu uzyskania informacji i odbycia przeszkolenia, jeżeli wymagane jest ono przepisami prawa. Pracodawca, czy też podmiot, który zamierza zawrzeć z pielęgniarką porozumienie o wolonta-

riacie, przed zawarciem stosownej umowy powinien ustalić, czy osoba aplikująca na stanowisko pielęgniarki, położnej nie posiada przerwy w wykonywaniu zawodu, która uniemożliwia jej podjęcie pracy bez stosownego przeszkolenia.

Iwona Choromańska

Pytanie: Czy przy uwzględnieniu nowych regulacji prawnych, między innymi przepisów art. 8, 52-53 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz § 10 rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, pielęgniarki absolwentki szkół medycznych po uzyskaniu tytułu zawodowego magistra na kierunku np. administracji, prawa, ekonomii, zarządzania, w jakich przypadkach mogą się posługiwać powyższym tytułem w pracy zawodowej?

Dotyczy to między innymi identyfikatorów oraz pieczętów pielęgniarki i położnej wymaganych przy wpisach w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Odpowiedź

odpowiedzi udzielono: 3 czerwca 2013 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pielęgniarka, położna wykonując zawód powinna posługiwać się tytułem zawodowym zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p., a tytułem magistra jedynie w przypadku, gdy uzyskała taki tytuł na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo.

Uzasadnienie

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 8 ust. 1 stanowi, że osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „pielęgniarka” albo „pielęgniarka”, „położna” albo „położny”. Natomiast art. 52 i art. 53 u.z.p.p. określają wymagania kwalifikacyjne odpowiednio dla pielęgniarek i położnych. Aktualnie zawód pielęgniarki lub położnej może wykonywać osoba, która ukończyła szkołę wyższą pielęgniarską lub szkołę wyższą położnych na poziomie pierwszego lub drugiego stopnia. Jednakże w myśl art. 91 ust. 1 u.z.p.p. osoby, które w dniu wejścia w życie ustawy tj. w dniu 1 stycznia 2012 r., posiadały

stwierdzone albo przyznane prawo wykonywania zawodu, zachowały to prawo. Zgodnie z art. 91 ust. 3 u.z.p.p. wydane na podstawie przepisów dotychczasowych zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu albo ograniczonym prawie wykonywania zawodu zachowały swoją moc. Przypomnieć należy bowiem, że na przestrzeni lat system kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej ulegał zmianom. Począwszy od liceów medycznych kształcących w zawodzie pielęgniarki, poprzez szkoły pomaturalne, aż po szkoły wyższe prowadzące kształcenie w formie studiów magisterskich jednolitych lub uzupełniających lub studiów wyższych zawodowych.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896) określa wymagania dla pielęgniarek i położnych na poszczególnych stanowiskach pracy, począwszy od stanowiska zastępcy kierownika podmiotu leczniczego ds. pielęgniarstwa, poprzez naczelną pielęgniarkę, położną, przełożoną pielęgniarek, położnych, oddziałową pielęgniarek, położnych, pielęgniarkę, położną koordynującą i nadzorującą pracę innych pielęgniarek, położnych, aż po stanowisko pielęgniarki, położnej. Jako podstawowe wymagania wskazuje na obowiązek posiadania tytułu magistra/licencjata na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo lub też wy-

kształcenia średniego medycznego w zawodzie pielęgniarka, położna. Przepisy załącznika do rozporządzenia dopuszczają alternatywnie, na niektórych stanowiskach, posiadanie tytułu magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, z jednoczesnym obowiązkiem posiadania tytułu licencjata pielęgniarstwa, położnictwa lub średniego wykształcenia medycznego w zawodzie pielęgniarka, położna. W takim przypadku, konieczne jest zatem, posiadanie tytułu zawodowego pielęgniarki, położnej i tytułu magistra w jednym z zawodów, w którym może być uzyskany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419 z późn. zm.), który zachowuje swoją moc na podstawie art. 219 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) - dalej u.d.l., w załączniku nr 1 zawiera wykaz zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty oraz odpowiadające im dziedziny specjalizacji wraz z tytułami specjalisty. Zgodnie z § 3 rozporządzenia, tytuł specjalisty można uzyskać w następujących dziedzinach: epidemiologia, fizjoterapia, fizyka medyczna, inżynieria medyczna, promocja zdrowia i edukacja zdrowot-

na, psychologia kliniczna, neurologopedia, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, toksykologia, mikrobiologia, przemysł farmaceutyczny, radiofarmacja, surdologopedia.

Natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 177) w § 10 ust. 1 pkt 3 wymaga, aby w dokumentacji medycznej zawarte zostały między innymi następujące informacje: oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) tytuł zawodowy;
- 3) uzyskane specjalizacje;
- 4) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej;

5) podpis.

Zazwyczaj pielęgniarka, położna dokonując wpisu w dokumentacji medycznej posługuje się pieczętką zawierającą jej dane w postaci imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, numeru prawa wykonywania zawodu, a niejednokrotnie informacje o uzyskanych specjalizacjach w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Podkreślić należy jednak, że posługiwanie się przez pielęgniarkę pieczętką nie jest obowiązkiem ustawowym, a jedynie stosowaną często praktyką.

Artykuł 36 ust. 1 u.d.z.l. stanowi, że osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający jedynie imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.

Uwzględniając zatem powyższe przepisy prawa, pielęgniarka, położna wykonując zawód powinna posługiwać się tytułem zawodowym zgodnie z art. 8 ust. 1 u.z.p.p., a tytułem magistra jedynie w przypadku, gdy uzyskała taki tytuł na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo.

Posiadanie przez pielęgniarki - absolwentki szkół medycznych, po ukończeniu szkoły wyższej, tytułu zawodowego magistra na kierunku np. administracji, prawa, ekonomii, zarządzania jest posiadaniem przez pielęgniarkę drugiego, niezależnego zawodu, który może być w pewnych sytuacjach przydatny pielęgniarsce, położnej w pracy, jednakże nie oznacza to możliwości posługiwania się takim tytułem w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.

Iwona Choromańska

Pytanie: Czy w związku z wykryciem u pielęgniarki wirusowego zapalenia wątroby typu B, może ona stracić prawo wykonywania zawodu lub też mieć je ograniczone?

Odpowiedź

odpowiedzi udzielono: 12 września 2014 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., oraz inne przepisy prawa nie przewidują pozbawienia lub ograniczenia prawa wykonywania zawodu z powodu wykrycia u pielęgniarki wirusa WZW typu B.

Uzasadnienie

Artykuł 42 ust. 1 u.z.p.p. stanowi, że prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej wygasa w przypadku:

- 1) śmierci;
- 2) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu;
- 3) utraty prawa wykonywania zawodu w wyniku prawomocnego orzeczenia przez sąd pielęgniarek i położnych lub orzeczonego przez sąd środka karnego polegającego na zakazie wykonywania zawodu;
- 4) utraty obywatelstwa polskiego, obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo cofnięcia zezwolenia na pobyt stały;

5) cofnięcia statusu rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;

6) utraty pełnej zdolności do czynności prawnych;

7) upływu czasu, na jaki zostało przyznane.

Jak wynika z powyższych przepisów, ustawodawca nie przewiduje wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej z przyczyn zdrowotnych. Jedynie art. 27 ust. 4 u.z.p.p. stanowi, iż w przypadku całkowitej lub częściowej utraty zdolności do wykonywania zawodu z przyczyn zdrowotnych okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na podstawie orzeczenia komisji, podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu. Okres zawieszenia dotyczy wyłącznie okresu trwania niezdolności do wykonywania zawodu.

Artykuł 27 u.z.p.p. przewiduje procedurę postępowania w przypadku uzasadnionego podejrzenia całkowitej albo częściowej niezdolności pielęgniarki lub

położnej do wykonywania zawodu, spowodowanej jej stanem zdrowia. Wówczas okręgowa rada pielęgniarek i położnych zobowiązana jest powołać komisję lekarską, złożoną ze specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny. Komisja wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności pielęgniarki lub położnej do wykonywania zawodu. Dopiero wydane orzeczenie lekarskie może stanowić podstawę do podjęcia uchwały przez okręgową radę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu.

Szczegóły dotyczące postępowania w wyżej wymienionym zakresie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych.

W okresie zawieszenia pielęgniarka, położna nie może wykonywać zawodu lub określonych w orzeczeniu czynności,

jednakże nie jest pozbawiona prawa wykonywania zawodu. W przypadku stwierdzenia u pielęgniarki obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B, przede wszystkim powinna ona podjąć leczenie. Przy podejmowaniu pracy po okresie leczenia pielęgniarka musi uzyskać zaświadczenie o możliwości wykonywania pracy. Lekarz medycyny pracy decyduje o dopuszczeniu pracownika do pracy ze względu na stan jego zdrowia i możliwości wykonywania pracy. Fakt, iż pie-

lęgniarka zarażona jest wirusem WZW B, nie może stanowić podstawy do niedopuszczenia jej do pracy jedynie z tego powodu, że jest nosicielem wirusa, jeżeli przeszła ona procedurę leczenia.

Komisja lekarska, o której mowa w art. 27 u.z.p.p., może ewentualnie zadecydować o czasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu do czasu osiągnięcia przez pielęgniarkę, położną należytego stanu zdrowia. Podkreślić należy, iż za każdym razem w takim przypadku po-

dejmowana jest indywidualna decyzja dotycząca konkretnego stanu zdrowia zainteresowanej. Pielęgniarka, po przebyciu stosownego leczenia i powrocie do pracy, powinna zachować szczególną ostrożność przy wykonywaniu czynności, jednakże sam fakt zakażenia nie dyskwalifikuje pielęgniarki, położnej w wykonywaniu zawodu.

Iwona Choromańska

Czy pielęgniarka może zmienić drogę podania leku określoną w zleceniu lekarskim?

Należy wskazać, iż zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zlecenie lekarskie obejmuje m.in. nazwę zlecanego leku, dawkowa-

nie i drogę podawania oraz częstotliwość wykonywania.

Jeżeli zatem droga podawania leku została wyraźnie określona w zleceniu lekarskim (np. doustne podanie leku) to pielęgniarka nie może jej zmienić na inną.

Należy bowiem wyraźnie podkreślić, iż za zlecenie lekarskie obejmujące także drogę podawania leku odpowiedzial-

ność ponosi lekarz. To lekarz decyduje o zastosowaniu określonej drogi podania leku. Pielęgniarka odpowiada jedynie za prawidłowe wykonanie zlecenia, zgodnie z aktualną wiedzą.

Pielęgniarka nie ma zatem uprawnień do zmiany drogi podania leku wskazanej w zleceniu lekarskim.

Reakcje psychoemocjonalne wobec rozpoznania - tworzenie racjonalnej postawy w stosunku do cukrzycy

Pierwszą reakcją na rozpoznanie cukrzycy jest zazwyczaj bunt przeciw chorobie jako niesprawiedliwemu, złośliwemu zrządzeniu losu. Wiele osób kieruje się wtedy w sprawach leczniczych przede wszystkim emocjami. Zazwyczaj człowiek nie potrafi w tym momencie myśleć racjonalnie o swojej chorobie i adaptacji. Ta postawa w niedługim czasie przegradza się w agresję w stosunku do całego świata, walkę ze wszystkimi. Jest to naturalna obrona, odwet za krzywdę, którą przynosi choroba.

Bunt chorego skupia się na kimkolwiek, także na osobach z zespołu terapeutycznego, ponieważ siła sprawcza cukrzycy pozostaje, oczywiście, poza kręgiem wyobrażeń, jest niedotykalna. Kiedy te odruchy wyczerpują się, może przyjść rezygnacja, niekiedy nihilizm. Jest to etap najtrudniejszy. Wymaga nawiązania prawdziwego emocjonalnego kontaktu lekarza z chorym, wzajemne-

go zrozumienia i zaufania, gdyż jedynie one umożliwią budowanie współpracy w leczeniu.

Dalszym etapem jest czas „targowania się” z lekarzem. Każda decyzja jest przyjmowana wtedy z rezerwą, z przesadnym często krytycyzmem. Wydaje się, że u podłoża tej fazy leży mechaniczne pojmowanie organizmu ludzkiego. Chorzy dążą wówczas do normalizacji jednego wybranego wskaźnika albo tworzą własne hipotezy lecznicze, łudząc się, że - tak jak w zegarku - naprawa jednego elementu zagwarantuje sprawne funkcjonowanie całości.

W końcu następuje etap przystosowania, etap twórczy dla pacjenta i najbardziej pożądany z punktu widzenia zespołu leczącego. Jest to okres czynnej akceptacji, etap, w którym powinna powstać sprawna wymiana informacji między lekarzem a chorym. Staje się on wówczas zdolny do analizowania in-

formacji o chorobie i jej leczeniu, a dzięki samokontroli uzyskuje także własne praktyczne wnioski odnoszące się do dalszego leczenia, poprawiając jego skuteczność. Niekiedy jednak mogą powstać postawy niekorzystne.

Chory na cukrzycę nie może prowadzić takiego trybu życia na co dzień, jak osoba zdrowa. Istnieją w tym przypadku w istocie nie tak wielkie ograniczenia: dieta, plan aktywności fizycznej, niekiedy zmiana zawodu. Wiele czynności nie można dowolnie wykonywać. Są one ograniczone przez dążenie do jak najlepszej kontroli cukrzycy, do zapobiegania powikłaniom, do uzyskania najlepszych możliwości działania leków.

Typy postaw psychoemocjonalnych

Zaprzeczenie. Niektórzy chorzy nie chcą faktu wystąpienia u nich cukrzycy „wkalkulować” w swoje życiowe zamia-ry i działania; jakby chcieli zaprzeczać jej istnieniu, podobnie jak wielu zdro-

wych ludzi subiektywnie zaprzecza istnieniu wielu negatywnych faktów w ich życiu, niekoniecznie związanych z chorobą. Jest to postawa niewłaściwa, gdyż sprzyja zaniedbaniom w leczeniu i dlatego należy ją odrzucić.

Strach. Sprzeczne i niepewne informacje o cukrzycy, obserwacja kolegów lub znajomych, rozmowy z innymi chorymi mogą u niektórych osób wywołać obawę, wręcz strach przed przyszłością, przed wpływem cukrzycy na całą życiową karierę. Mogą pojawić się wtedy objawy nerwicy, lęk. Dobrze, systematyczne informacje i zdrowotna edukacja uniezależniają od choroby, usuwają stres, a także osłabiają uczucie lęku.

„Wina”. U niektórych rodzin lub niektórych chorych pojawia się niczym nieuzasadnione poczucie „winy” - jakby cukrzyca przenoszona była z pokolenia na pokolenie w wyniku wyimaginowanej „winy i kary”. Jest to wręcz mistyczna, ale rzeczywiście zdarzająca się, reakcja przynosząca depresję. Wyjaśnienie przyczyn choroby i edukacja zdrowotna usuwają takie nieracjonalne psychiczne nastawienie.

Akceptacja. Wielu chorych akceptuje cukrzycę jako fakt, który wszedł do planu życia i który należy skutecznie kontrolować. Ta postawa sprzyja lepszej sprawności w leczeniu choroby.

Cukrzyca a plany życiowe

Wszystkie wyjaśnienia i zalecenia dotyczące sposobów kontroli cukrzycy stanowią jedynie drogę do realizacji osobistych celów życiowych. Cukrzyca jest także swojego rodzaju doświadczeniem życiowym, które jaskrawo uwydatnia i przyspiesza potrzebę określenia wartości i możliwości zawartych w życiu każdego człowieka.

Leczenie cukrzycy nie tylko powinno uwalniać chorych od niebezpieczeństw choroby, ale musi ono stwarzać warunki do spełnienia niepowtarzalnych celów każdego indywidualnego życia, do uzyskania pełnej satysfakcji z niego.

Opanowanie lęku

Wiele osób po prostu boi się cukrzycy. Pojawić się może

LĘK

Wyniki obserwowania cukrzycy marwią, wywołują smutek, zgorzknienie, depresję.

LĘK

zabija nadzieję.

LĘK

jest złym uczuciem, paraliżuje, hamuje chęć zrobienia czegokolwiek dla Twojego organizmu i zdrowia.

LĘK

wynika w dużej mierze z ignorancji, z braku wiedzy.

Im więcej wiemy, tym mniejszy lęk odczuwamy

Poznaj więc absolutnie wszystkie objawy, powikłania i skutki cukrzycy. Będziesz wtedy wiedział wszystko. Nic więcej za Twoją cukrzycą nie będzie się już kryło. Odbierzemy jej aurę niewiadomego, sprowadzimy ją do rzeczywistych, poddających się kontroli wymiarów. Będzie problemem bez obaw, a dzięki intensywnemu leczeniu także bez powikłań.

Kształtowanie właściwych postaw. Przykłady postaw pozytywnych i negatywnych

Pielęgnowanie, jakiego chory na cukrzycę potrzebuje, nie wymaga normalnie wielkiego wysiłku. Jednak obojętność czy apatia chorego mogą stawiać je pod znakiem zapytania. Musi on zrozumieć, że leczenie choroby stanowi część jego życia i że naturalna potrzeba jedzenia, domu i miłości musi uwzględniać swoje wymogi stawiane przez zaburzony metabolizm jego organizmu. Na szczęście możemy dzisiaj twierdzić, że u przeważającej liczby chorych poprawne leczenie daje dobre skutki. O tej zależności stale z naciskiem mówimy naszym pacjentom, ukazując im efekt, jakiego należy oczekiwać. Jako przykład może tu służyć przypadek starannie kontrolowanej ciąży w przebiegu cukrzycy.

„T.W., dwudziestoletnia kobieta, chorująca od 8 lat na cukrzycę, zaszła świadomie w ciążę. Prowadziliśmy ją w pierwszym trymestrze i nauczyliśmy, jak należy oznaczać stężenie cukru we krwi. Najpierw wypożyczyliśmy jej glukometr, później nabyła sobie własny. Doprowadziliśmy do tego, że w pełni rozumiała znaczenie dobrej kontroli cukrzycy i osiągała ją. Pacjentka urodziła zdrowego chłopca o wadze 3 kg”.

Ustalając plan nowego stylu życia, należy oczywiście uwzględnić różnicowanie ludzkiej osobowości. W tym zakresie ważne zadanie do spełnienia ma pielęgniarka lub instruktorka zaznajomiona

z problematyką cukrzycy. Poziom nauczania, słownictwo oraz szczegółowość objaśnień należy dostosowywać do poziomu inteligencji i stopnia wykształcenia pacjenta. Przytoczone poniżej opisy ilustrują różnice gotowości do współpracy i zdolności przyswojenia sobie udzielonych informacji przez różnych chorych.

ŻLE

„R. B., lat 57, mający podstawowe wykształcenie, został przyjęty do szpitala z powodu znacznego nięwyrównania cukrzycy. Na początku miał trudności z przyswajaniem sobie przekazywanych mu wiadomości. Później zaczął tak manipulować swoim programem, aby zapewnić sobie możliwość wypicia jednego litra piwa dziennie: W rozmowach z lekarzem nie podawał tego faktu. Dużą gotowość do współpracy wykazywała jego żona, on sam natomiast wykorzystał swoją cukrzycę do zapewnienia sobie uprzywilejowania w rodzinie. Był na tyle sprytny, by dokonywać różnych manipulacji z wynikami samokontroli, ale za mało inteligentny, by zrozumieć konsekwencje swojego postępowania”.

DOBRZE

„Dążyłem do tego, by przynajmniej w sprawach istotnych choroba nie zmusiła mnie do kompromisów, i walczyłem, ciągle walczę z biernością, która - jak sądzę - może być uogólnionym efektem tej choroby, a czasem występuje też jako stan bardziej ostry. To bardzo trudne, bo kiedy siedzę godzinami podparty na łokciu, nic nie robiąc ani nie myśląc o niczym, zawieszony między snem a czuwaniem, nie zdaję sobie sprawy ani ze swego stanu, ani z upływu czasu. Przekonałem się jednak, że można temu zapobiegać”.

Opanowanie choroby

Każdy chory na cukrzycę musi postrzekać swoją chorobę jako fakt, który w dość ściśle określonych proporcjach i ograniczonym zakresie rzeczywiście wpływa na tryb życia, cele i zamiary życiowe. Wpływ cukrzycy trzeba jednak rozpatrywać na podstawie rzetelnych informacji o chorobie, za pomocą logicznej i obiektywnej oceny rozumowej.

Cukrzyca jest chorobą, którą na ogół dzięki umiejętnemu codziennemu wysiłkowi można opanować i podporządkować kontroli leczniczej. Fakt obecno-

ści cukrzycy powinien być powodem do bardziej umiejętnego i efektywnego wykorzystania czasu na naukę, zdobycie odpowiedniego zawodu i niezależności ekonomicznej. Cukrzyca powinna nakłaniać do większej i systematyczniejszej pracy nad sobą, do uzyskania pełnego wykształcenia zawodowego, w tym także wyższych studiów, do zdobycia szerszej informacji w zakresie wiedzy o człowieku, a także o sztuce i literaturze, tak aby bogactwem swej osobowości wyrównać fizyczne ograniczenia, które wynikają z obecności cukrzycy, a mogą być bardzo pomniejszone dzięki właściwemu postępowaniu.

Cechy twórczej postawy wobec cukrzycy

- Nie zaprzeczaj w całości lub w części istnieniu cukrzycy. Cukrzyca nie jest winą lub kalectwem – to zwykły fakt.
- Zaakceptuj ten fakt, dogłębnie i praktycznie uznaj, że cukrzyca należy do Twojej szczególnej indywidualności. To Ty i Twoja cukrzyca znajduje się w ramach Twojej osobowości.
- Musisz ją doskonale poznać na co dzień, dużo nauczyć się. Nie ona zaplanuje nad Tobą, ale Ty ją okiełznasz, w całości poddasz swojej wiedzy, umiejętnościom, woli i pełnej kontroli. Tak jak wiele innych osób.
- Od Ciebie jedynie zależy, jak pewnie i jak dobrze będziesz się czuł.

■ Pamiętaj, że masz bardzo wielu przyjaciół i sojuszników w Twojej woli pracy, praktycznego zniewolenia i opanowania cukrzycy. Zaliczana jest do nich Twoja wiedza o cukrzycy, Twój lekarz, pielęgniarka, nauka i technika, osiągnięcia na całym świecie, rodzina, przyjaciele, inne osoby z cukrzycą, organizacja chorych na cukrzycę, społeczeństwo, jego instytucje.

Udział w kształceniu prozdrowotnym - samoopieki

W leczeniu każdej przewlekłej choroby musi powstać system partnerski: lekarz działający jako nauczyciel, tworzący zdrowotny styl życia przewlekłego chorego i sam chory, który styl ten realizuje i dokonuje samokontroli. W ręce chorego przekazuje się możliwości i umiejętności samodzielnej realizacji zaleceń leczniczych, prowadzenia samoobserwacji i samokontroli. Zdrowotne wychowanie już od dawna uważa się za równorzędny i integralny składnik arsenału leczniczego.

Różnorodność form choroby i ludzi składających się na dużą populację rodzi wiele problemów, w tym również odnoszących się do postępowania pedagogicznego. To, że pedagogika medyczna w stosunku do tej grupy jest potrzebna, konieczna i opłacalna, dokumentują obiektywne obserwacje.

Każdy chory po przebyciu „szkoły leczenia cukrzycy” umiejętnie reaguje

w niesprzyjających okolicznościach życiowych, takich jak np. dodatkowa choroba oprócz cukrzycy albo szczególne zadania związane z wykonywanym zawodem. Należy też uwzględnić inne sytuacje życiowe, np. planowanie rodziny. Potrzebę nauczania chorych na cukrzycę zauważa się szczególnie przy prowadzeniu leczenia za pomocą bardziej skomplikowanego sprzętu, do którego należy zaliczyć np. pompy infuzyjne do insuliny.

W naszej praktyce już w czasie pierwszego spotkania lekarza i pacjenta wypełnia się kartę oceniającą poziom wiedzy pacjenta o chorobie. Dotyczy to wiedzy o cukrzycy, umiejętności chorego w zakresie samokontroli, a także motywacji. Sporządzać można wtedy listę potencjalnych błędów. Ujawnia się to po wypełnieniu karty oceny edukacyjnej. Na tej zasadzie pacjent może być ukierunkowany. Uczy się on samokontroli, prowadzi w domu podręczne domowe laboratorium, jest człowiekiem względnie niezależnym od laboratorium profesjonalnego.

Przedruk z „Przyjacielski poradnik domowej samoopieki i samokontroli cukrzycy”

Nadciśnienie tętnicze u dzieci

Prawidłowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi u dzieci

Nadciśnienie tętnicze jest schorzeniem coraz częściej występującym w populacji pediatrycznej. Szacuje się, że występuje ono u 1-3 % dzieci i jest najczęściej nadciśnieniem tętniczym wtórnym, choć w ostatnich latach zauważa się wzrost zachorowalności na nadciśnienie tętnicze pierwotne, głównie u młodzieży. Nadciśnienie tętnicze u dzieci dzielimy na pierwotne i wtórne. Główną przyczyną nadciśnienia tętniczego wtórnego w okresie rozwojowym są wrodzone i nabyte choroby nerek. Wśród innych przyczyn wyróżniamy: wrodzone wady serca i dużych naczyń tętniczych, choroby tarczycy (zarówno nadczynność, jak i niedoczynność tarczycy), zaburzenia

funkcji nadnerczy, hiperkalcemia, guz chromochłonny i inne. Występują również postaci nadciśnienia tętniczego uwarunkowanego genetycznie, monogenowo (obecnie znanych jest 9 postaci). Nadciśnienie tętnicze pierwotne, występujące głównie u nastolatków, związane jest najczęściej ze złymi nawykami żywieniowymi, otyłością oraz „siedzącym” trybem życia.

U dzieci powyżej 3 r. ż. ciśnienie tętnicze powinno być mierzone podczas każdej wizyty lekarskiej, przynajmniej raz w roku. U dzieci młodszych, do trzeciego roku życia, pomiar ciśnienia tętniczego powinien być wykonany w przypadku obciążonego wywiadu okołoporodowego, u wcześniaków, przy występowaniu wad wrodzonych układu moczowego

lub serca, u pacjentów z chorobą nowotworową, po przeszczepie szpiku lub narządów, w przypadku stosowania leków wpływających na wartość ciśnienia tętniczego oraz u pacjentów ze stwierdzonymi schorzeniami powiązаныmi z nadciśnieniem, np. neurofibromatoza, stwardnienie guzowate.

Zasady wykonywania pomiaru ciśnienia tętniczego:

1. Pomiar powinien być wykonany po 30-minutowej przerwie od posiłku, po 5-10-minutowym okresie czasu spędzonym w spokoju, najlepiej w pozycji siedzącej, z opartymi plecami.

2. Podczas pierwszej wizyty lekarskiej ciśnienie tętnicze powinno być zmierzone na wszystkich czterech kończynach. Należy pamiętać, że u dzieci do mo-

mentu uzyskania pozycji pionowej, tj. do około pierwszego roku życia, wartości ciśnienia tętniczego na kończynach górnych są wyższe niż na dolnych. Natomiast u dzieci chodzących, stojących, wartości ciśnienia tętniczego na kończynach dolnych są wyższe niż na kończynach górnych. Różnica wyników pomiarów na kończynach górnych większa niż 5 mmHg powinna zostać odnotowana i skontrolowana podczas kolejnych pomiarów.

3. Na kolejnych wizytach ciśnienie tętnicze powinno być mierzone na prawym ramieniu odwiedzionym i opartym na wysokości serca. U niemowląt pozycja ciała nie wpływa na wartość ciśnienia tętniczego i pomiar może być wykonywany w pozycji leżącej.

4. Podczas pomiaru ciśnienia tętniczego krwi u dzieci należy pamiętać o prawidłowym doborze mankietu. Mankiet ciśnieniomierza powinien obejmować cały obwód ramienia i co najmniej 2/3 jego długości. Część mankietu napełniana powietrzem powinna obejmować co najmniej 80% obwodu ramienia i całą stronę dłoniową. Dokonanie pomiaru zbyt szerokim mankiem może zaniżać, a zbyt wąskim - zawyżać odczyt.

Wielkości mankietów w zależności od wieku:

- noworodek: szerokość 4 cm, długość 8 cm, maksymalny obwód ramienia 10 cm,
- niemowlę: szerokość 6 cm, długość 12 cm, maksymalny obwód ramienia 15 cm,
- dziecko: szerokość 9 cm, długość 18 cm, maksymalny obwód ramienia 22 cm,
- dorośli o budowie hipostenicznej: szerokość 10 cm, długość 24 cm, maksymalny obwód ramienia 26 cm,
- dorośli o budowie normostenicznej: szerokość 13 cm, długość 30 cm, maksymalny obwód ramienia 34 cm,
- dorośli o budowie hiperstenicznej: szerokość 16 cm, długość 38 cm, maksymalny obwód ramienia 44 cm.

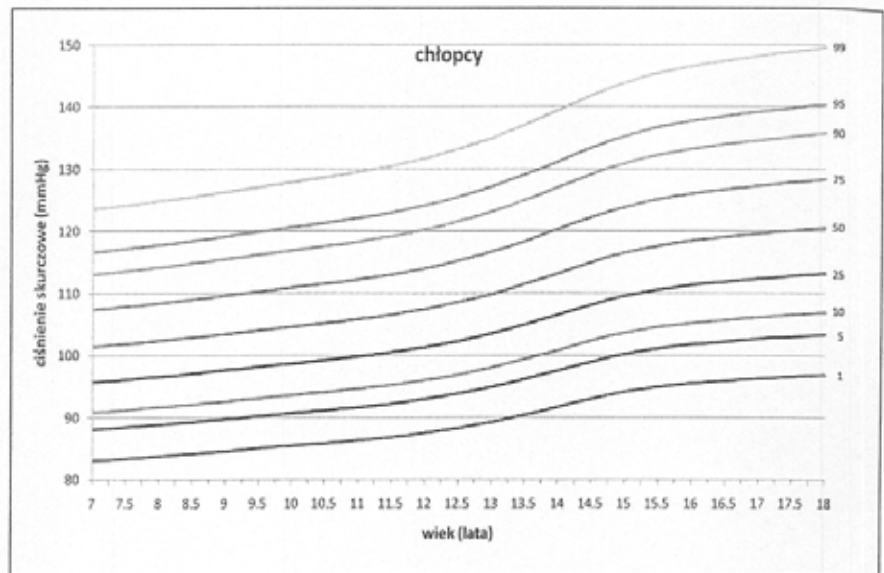
5. Najlepszą drogą pomiaru ciśnienia tętniczego krwi u dzieci jest metoda osłuchowa. Metoda automatyczna zalecana jest u dzieci najmłodszych. Stwierdzenie wartości ciśnienia tętniczego powyżej 90 cc w metodzie automatycznej powinno być zweryfikowane metodą osłuchową.

Wyniki pomiarów ciśnienia tętniczego krwi u dzieci powinny być porównane z siatkami centylowymi wartości RR w populacji pediatrycznej. W latach 2008-2009 w Polsce przeprowadzono projekt OLAF mający na celu opracowanie normy ciśnienia tętniczego w postaci siatek centylowych dla płci, wieku i wysokości ciała dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat, reprezentatywnej dla populacji polskiej. Więcej o projekcie i wynikach: www.ofaf.czd.pl. Na podanej stronie internetowej (zakładka Wyniki) dostępne są siatki centylowe oraz kalkulator oceniający centyl wzrostu, masy ciała oraz wysokości ciśnienia tętniczego w zależności od płci i wieku.

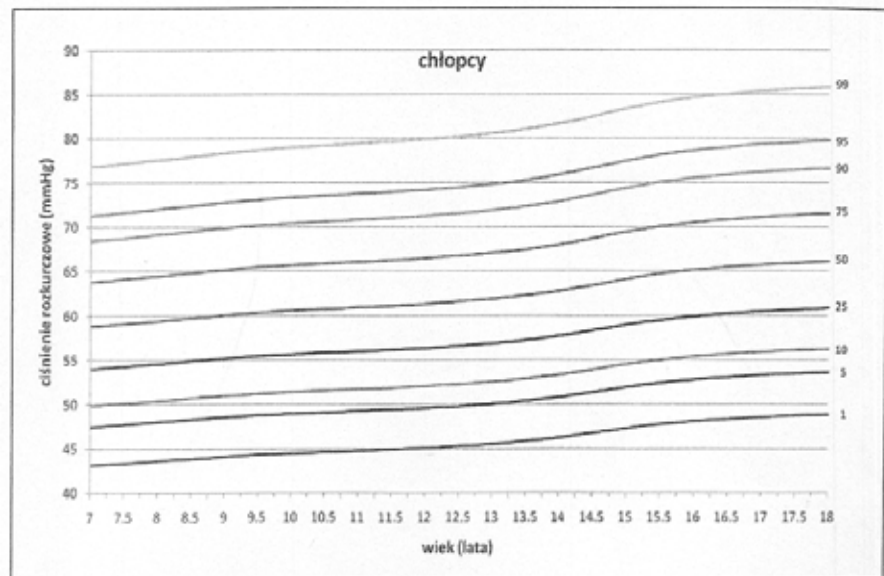
Rozpoznanie i leczenie nadciśnienia tętniczego

Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży wymaga stwierdzenia średnich wartości ciśnienia tętniczego powyżej 95. centyla dla płci, wieku i wzrostu w przynajmniej trzech pomiarach. Nadciśnienie tętnicze klasyfikujemy w następujący sposób:

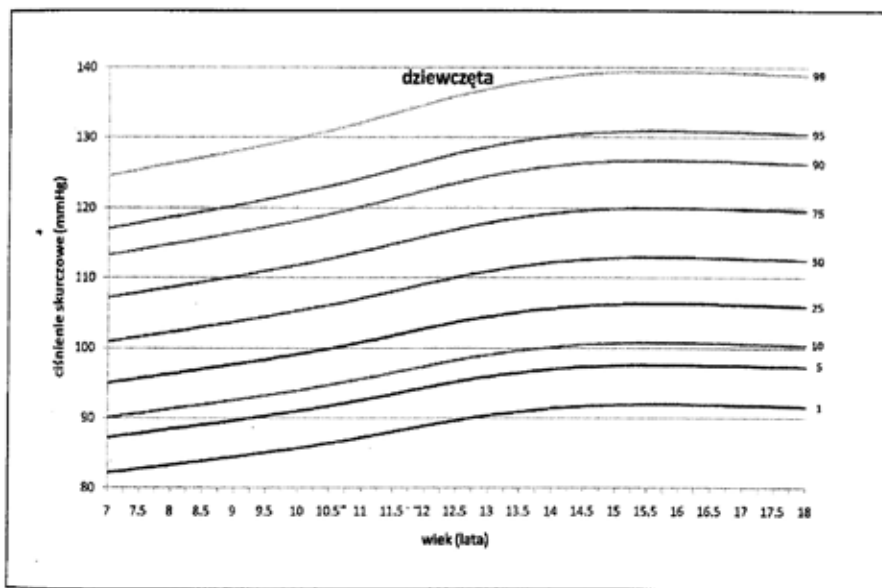
- ciśnienie tętnicze prawidłowe - wartość ciśnienia tętniczego powyżej 90. centyla dla danej płci, wieku i wzrostu. U tych pacjentów należy wykonywać powtarzalne pomiary ciśnienia tętniczego podczas rutynowych wizyt lekarskich;
- stan przednadciśnieniowy - wartość ciśnienie skurczowego i/lub roz-



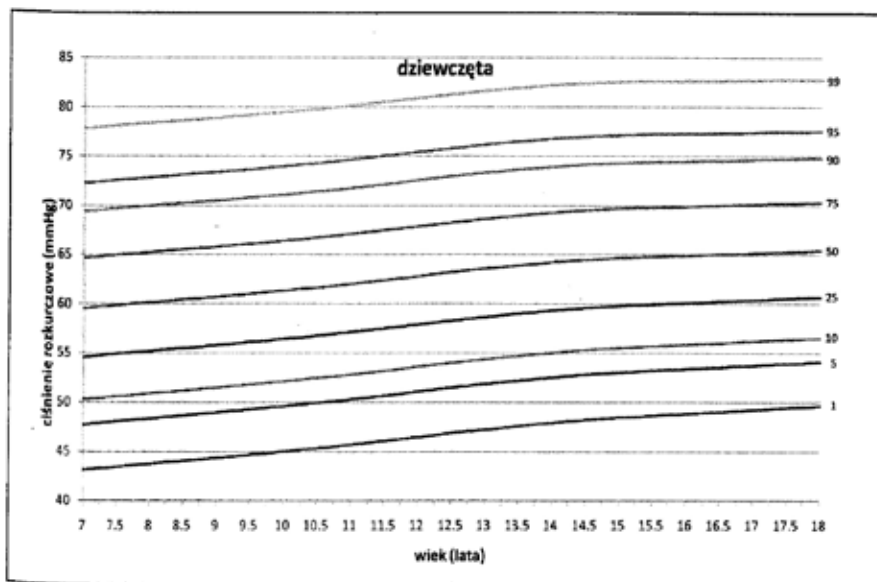
Rycina 1. Siatka centylowa ciśnienia skurczowego chłopców według wieku. (Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, www.olaf.czd.pl)



Rycina 2. Siatka centylowa ciśnienia rozkurczowego chłopców według wieku. (Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, www.olaf.czd.pl)



Rycina 3. Siatka centylowa ciśnienia skurczowego dziewcząt według wieku. (Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, www.olaf.czd.pl)



Rycina 4. Siatka centylowa ciśnienia rozkurczowego dziewcząt według wieku. (Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, www.olaf.czd.pl)

kurczowego między 90. a 95. centylem, a u młodzieży wartości powyżej 120/80 mmHg. U tych pacjentów należy wykonywać kontrolne pomiary na rutynowych wizytach lekarskich, ale nie później niż po okresie 6 miesięcy;

- nadciśnienie tętnicze „białego fartucha” - wartości ciśnienia tętniczego w pomiarach wykonywanych w gabinecie lekarskim przekraczają 95. centyl, a pomiary wykonywane w warunkach domowych mieszczą się w granicach normy;

- nadciśnienie tętnicze I stopnia - wartości ciśnienia tętniczego mieszczą się

w granicach od 95. centyla do maksymalnie 99. centyla + 5 mmHg, dla płci, wieku i wzrostu dziecka;

- nadciśnienie tętnicze II stopnia - wartości ciśnienia tętniczego przekraczają 99. centyl dla płci, wieku i wzrostu dziecka o więcej niż 5 mmHg;

- nadciśnienie tętnicze ciężkie - wartości ciśnienia tętniczego przekraczają o ponad 30 mmHg wartości 99. centyla dla płci, wieku i wzrostu dziecka.

Dzieci ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym I i II stopnia oraz z nadciśnieniem tętniczym ciężkim wymagają diagnostyki w specjalistycznym

ośrodku. Powinna ona ustalić etiologię podwyższonego ciśnienia oraz ocenić zmiany narządowe i czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego. U każdego pacjenta z nadciśnieniem tętniczym powinno być wykonane badanie echokardiograficzne serca z oceną masy mięśnia komory lewej. Podczas diagnostyki powinno zostać ustalone czy nadciśnienie tętnicze ma charakter pierwotny, czy wtórny. Im młodsze dziecko, tym większe prawdopodobieństwo wtórnego charakteru nadciśnienia tętniczego.

Leczenie nadciśnienia tętniczego wtórnego wymaga specjalistycznej terapii choroby podstawowej, wdrożenia leczenia hipotensyjnego oraz stałego nadzoru lekarskiego. Nadciśnienie tętnicze pierwotne, związane głównie z nadwagą, zaburzeniami dystrybucji tkanki tłuszczowej, zaburzeniami metabolicznymi, wymaga przede wszystkim wdrożenia postępowania nefarmakologicznego. Postępowanie nefarmakologiczne powinno być podstawową formą terapii przez okres 3-6 miesięcy. Wyjątek stanowią pacjenci ze stwierdzonymi bardzo wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego, a także ze stwierdzonymi zmianami narządowymi. U tych pacjentów zaleca się prowadzenie terapii farmakologicznej w połączeniu z postępowaniem nefarmakologicznym. Terapia nefarmakologiczna obejmuje postępowanie dietetyczne oraz odpowiednią aktywność fizyczną. Zaleca się redukcję masy ciała tak, by indeks masy ciała (BMI) utrzymywał się poniżej 85. percentyla dla danej płci i wieku. Pacjenci powinni podejmować 40-minutową, umiarkowaną aktywność fizyczną 3-5 razy w tygodniu, a także ograniczyć bierne spędzanie czasu (siedzenie, leżenie) do maksymalnie 2 godzin w ciągu dnia. Przeciwwskazaniem do wysiłku fizycznego jest nadciśnienie tętnicze połączone z ciężkim przerostem komory lewej lub zaburzeniami rytmu.

W zalecanej diecie należy uwzględnić zwiększenie ilości produktów pełnoziarnistych, spożywanie przynajmniej 5 sztuk warzyw i/ lub owoców w ciągu doby, unikanie słodyczy, graniczenie tłuszczów tak, by stanowiły maks. 30% całkowitej dobowej podaży kalorii. Należy pamiętać o ograniczeniu podaży soli w diecie - dla dzieci w wieku 4-8

lat do 1,2 g na dobę, a dzieci starszych do 1,5 g na dobę, dla dorosłych do 2,4 g na dobę. Pokarmy bogate w sól to: słone paluszki, chipsy, konserwy, kiszonki, zupy w proszku, wegeta, maggi, bulionetki. W diecie należy uwzględnić także ograniczenie lub wykluczenie substancji oraz suplementów diety zwiększających wartość ciśnienia tętniczego, tj. alkohol, kofeina, efedryna, napoje energetyzujące. Leczenie farmakologiczne powinno zostać włączone gdy postępowanie niefarmakologiczne nie przynosi efektu po 3-6 miesiącach. Celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest obniżenie wartości RR poniżej 95 centyla. U pacjentów z cukrzycą lub przewlekłą chorobą nerek zaleca się obniżyć wartości ciśnienia tętniczego poniżej 90 centyla. W terapii farmakologicznej nadciśnienia tętniczego można stosować leki wszystkich grup leków hipotensyjnych. Najczęściej stosuje się inhibitory konwertazy angiotensyny oraz blokery wapniowe.

Zapamiętaj!

1. Nadciśnienie tętnicze jest schorzeniem występującym również w populacji pediatrycznej.
2. Pomiar ciśnienia tętniczego powinien być obowiązkowym elementem badania dziecka.
3. Nadciśnienie tętnicze u dzieci wymaga specjalistycznej diagnostyki, włą-

Grupa leków	Lek	Dawkowanie
Inhibitory konwertazy angiotensyny	Enalapryl	Początkowa dawka: 0,08 mg/kg m.c./24 h do 5 mg/24 h Maksymalna dawka: 0,6 mg/kg m.c./24 h do 40 mg/24 h Sposób podawania: w 1 lub 2 dawkach podzielonych
	Kaptopryl	Początkowa dawka: 0,3-0,5 mg/kg m.c./dawkę Maksymalna dawka: 6 mg/kg m.c./dawkę Sposób podawania: 3 x dziennie (najczęściej stosowany doraźnie)
Bloker kanału wapniowego	Amlodypina	2,5-5 mg, 1 x dziennie
Bloker receptorów beta	Propranolol	Początkowa dawka: 1-2 mg/kg m.c./24 h Maksymalna dawka: 4 mg/kg m.c./24 h do 640 mg/24 h Sposób podawania: 2-3 dawki podzielone
	Metoprolol	Początkowa dawka: 1-2 mg/kg m.c./24 h Maksymalna dawka: 6 mg/kg m.c./24 h do 200 mg/24 h Sposób podawania: w 2 dawkach podzielonych
	Bisoprolol	2,5-5 mg/24 h, 1 dawka
Bloker receptora dla angiotensyny	Losartan	Początkowa dawka: 0,7 mg/kg m.c./24 h do 50 mg/24 h Maksymalna dawka: 1,4 mg/kg m.c./24 h do 100 mg/24 h Sposób podawania: 1 x dziennie

Tabela 1. Leki najczęściej stosowane w leczeniu farmakologicznym u dzieci i młodzieży

czenia odpowiedniego postępowania - zarówno niefarmakologicznego jak i farmakoterapii.

4. Terapia nadciśnienia tętniczego umożliwia utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi, a także zapobiega rozwojowi powikłań narządowych.

lek. Magdalena Naleśniak-Kubicka

Piśmiennictwo

Kubicka K., Kawalec W., *Pediatrics*, t. 1, 2010.
 Kułaga Z. i in., *Siatki centylowe do oceny ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat, Standardy Medyczne Pediatrics*, 1/2013.
 Projekt OLAF. *Opracowanie norm ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w Polsce*, www.olaf.czd.pl.

Właściwy styl życia i żywienia leczy cukrzycę

zdrowie na Twoim talerzu

Długość i jakość życia człowieka, stan jego zdrowia, a także wyniki leczenia przewlekłej choroby, jaką jest cukrzyca, zależą od trzech grup czynników.

1. Do pierwszej grupy należą te czynniki ogólne, które wiążą się z biologiczną sferą naszego organizmu. Są to wyposażenie genetyczne, płeć, wiek, fazy życiowe, np. menopauza u kobiet. Geny często decydują o tym, że cały nasz organizm może być bardziej silny lub odporny na działanie różnych przyczyn uszkadzających zdrowie, może zapewnić lepsze - z punktu widzenia naszego

biologicznego i społecznego życia - przystosowanie do zmiennych warunków zewnętrznych lub też, odwrotnie, jest on mniej sprawny.

Dobrze jest uzmysłowić sobie, że biologicznym, a w szczególności genetycznym czynnikiem naszego zdrowia możemy bardzo pomagać przez ograniczanie oddziaływania na nas innej grupy czynników zagrożenia zdrowia, a mianowicie - antyzdrowotnych czynników środowiska i cywilizacji.

2. Ta inna, druga grupa czynników zagrożenia dla naszej kondycji wywodzi się ze środowiska, w którym żyjemy i które

w dużej mierze sami kształtujemy, tworząc lepszą lub gorszą cywilizację i styl życia.

Czynnikami zagrożenia zdrowia, które mogą być poddane naszej kontroli, są: przedłużający się biologiczny lub psychospołeczny stres, niewłaściwe żywienie i otyłość, bezczynność mięśni i deficyt pracy mięśni, stosowanie używek i narkotyków, takich jak alkohol, palenie tytoniu, nadużywanie leków, szczególnie o wpływie modyfikującym przebieg cukrzycy. Określa się je niekiedy mianem szkodliwych wpływów cywilizacyjnych.

3. U osób z cukrzycą występuje jeszcze dodatkowo trzecia grupa czynników. Są to zagrożenia zdrowia i życia, ściśle związane z charakterem cukrzycy i skutecznością jej leczenia. Są to także powikłania i choroby, które mogą towarzyszyć cukrzycy. Do czynników zagrożenia powikłaniami cukrzycy należą przede wszystkim podwyższony poziom glukozy we krwi, zwiększenie stężenia cholesterolu i triglicerydów we krwi oraz inne zmiany w lipoproteinach osocza, skłonność do nadciśnienia tętniczego, zakrzepów, otyłości, a także wiele innych zaburzeń przemiany materii, powstających w źle leczonej cukrzycy i upośledzających procesy adaptacji oraz zachowania zdrowia. Dalej do tej grupy czynników zagrożenia należą oporność tkankowa na insulinę, podwyższenie stężenia kwasu moczowego we krwi i inne.

Co możemy w takiej sytuacji uczynić dla siebie?

Wszystkie czynniki środowiskowe zagrożenia zdrowia mogą być eliminowane lub ograniczane w ciągu naszego życia. Podlegają one naszej świadomej (wyuczonej) działalności, naszym świadomym wyborom i stylowi życia, w tym szczególnie żywieniu. W tych działa-

niach powinni nam pomagać przedstawiciele zawodów medycznych i nauczyciele zdrowia. Stosując w naszym codziennym życiu zasady eliminacji i ograniczania negatywnych, zagrażających zdrowiu i życiu czynników środowiskowych, tworzymy własny mądry, prozdrowotny styl życia.

Jak to obiektywnie udowodniono (np. w USA-DCCT = Diabetes Control and Complications Trial, 1993) lub w Anglii (UKPDS - United Kingdom Prospective Diabetes Study, 1998) w badaniach wpływu stopnia skuteczności leczenia cukrzycy na powstawanie powikłań, w zasadzie wszystkie czynniki zagrożenia zdrowia i życia, również z trzeciej grupy, a więc grupy zależnej od obecności cukrzycy, można w pełni kontrolować za pomocą intensywnego leczenia cukrzycy, w tym racjonalnie stosowanego żywienia.

Leczenie cukrzycy, które spełnia założone kryteria i cele, wyraźnie zmniejsza ryzyko powikłań cukrzycy, normalizuje perspektywy życiowe.

Co to jest prozdrowotne żywienie osób z cukrzycą, jaki biologiczny i życiowy cel ma wybieranie i spożywanie odpowiednich produktów żywnościowych, jakie są zasady ży-

wienia w zdrowiu i chorobie, również w cukrzycy, jaki rodzaj żywienia przyczynia się do wzmocnienia sił organizmu, a więc budowy i czynności jego komórek, tkanek, narządów i całego ustroju?

Organizm ludzki powstaje jako połączenie zestawu informacji zawartych w genach od matki (komórka jajowa) i od ojca (plemniki) na temat „jak żyć”, jak czerpać potrzebne do rozwoju i życia substancje i wykorzystywać warunki środowiska zewnętrznego. To geny dyktują sposoby rozwoju i życia od pozatankowego połączenia dwóch komórek (jaja i plemnika) do końca życia. Sposoby te to mechanizmy przemiany materii, które umożliwiają tworzenie z pobieranych z zewnątrz substancji, a więc z pożywienia, własnych komórek organizmu. Odbywa się to dzięki przemianie materii, w toku której powstają, odnawiają się i funkcjonują struktury organizmu oraz generuje się energia potrzebna do realizacji procesów życia. Jest oczywiste, że przez umiejętne formowanie dostępności pożywienia, a więc produktów żywnościowych przyswajanych przez organizm, możemy ułatwić jego rozwój i procesy życiowe lub odwrotnie - utrudnić je, a nawet unicestwić.

Energia	Dostarcza się takiej ilości energii, aby można osiągnąć lub otrzymać pożądaną masę ciała
Węglowodany	W sytuacji idealnej: 45-65% całkowitego zapotrzebowania na energię Przeważnie dostarczają ich produkty zawierające skrobię (pieczywo, kasze, mąka, płatki zbożowe, ziemniaki) oraz warzywa W zależności od typu cukrzycy, rodzaju terapii i poziomu kontroli leczniczej ogranicza się w mniejszym lub większym stopniu produkty zawierające cukier (owoce, miód, słodczyce, dżemy, soki) Ogranicza się lub zupełnie usuwa glukozę, cukier sypki i w kostkach
Białko	Około 12-20% całkowitego zapotrzebowania na energię Zalecana ilość w diecie dla dorosłych wynosi 0,8-1,0 g/kg należnej masy ciała U osób w starszym wieku zapotrzebowanie na białko zwiększa się
Tłuszcze	25-35% całkowitego zapotrzebowania na energię Tłuszcze nasycone ogranicza się do 10% całkowitego zapotrzebowania energetycznego Tłuszcze wielonienasycone powinno się ograniczać do 6-8% całkowitego zapotrzebowania energetycznego Pozostała ilość tłuszczu powinna pochodzić z tłuszczów jednonienasyconych
Cholesterol	< 300 mg/24 h
Błonnik	> 25 g/1000 kcal (4187 kJ)
Sód	1000 mg/1000 kcal (4187 kJ), nie przekracza się 3 g/dobę, jest to mniej niż 5,0 g soli kuchennej (NaCl) na dobę U osób z upośledzoną wydolnością nerek należy szczególnie ograniczyć ilość sodu w diecie.

Tabela 1.1. Składniki diety chorego na cukrzycę.

W cukrzycy pierwotny zestaw informacji potrzebnych do rozwoju organizmu i jego życia, czyli genotyp jest uszkodzony. Są w nim obecne nieprawidłowe lub nieoptymalne z punktu widzenia potrzeb życiowych geny. To powoduje, że pobieranie i przetwarzanie spożywanych produktów żywnościowych, a więc przemiana materii, jest nieprawidłowe. Musi ulegać korekcie za pomocą leczenia.

Z powyższych informacji wynika, jak ważną rolę leczniczą odgrywa żywienie. U osób z cukrzycą musi ono nie tylko zapewnić materiały budulcowe i energo-

dajne, ale także musi być tak dostarczane, żeby pomagało przezwyciężyć błędy genetyczne i wynikające z ich powodu zaburzenia przemiany materii.

Powyższe ogólne uwagi dotyczące roli żywienia w cukrzycy zamieniamy w praktyce w całą listę regulacji i zasad, które stosujemy po to, aby osobie z cukrzycą dać większe szansę normalizacji genetycznie uwarunkowanych zaburzeń przemiany materii, czyli stworzyć możliwość normalnego życia. Temu celowi służy także niniejsza książka.

Rola genetycznie uwarunkowanych (dziedzicznych) reakcji organizmu na

ilość i jakość pożywienia, czyli na dietę cukrzycową jest obecnie specjalnie badana. Powstał nowy kierunek naukowy - genomika żywienia („nutrigenomics”). Oczekuje się, że dzięki niej zostaną wyjaśnione niektóre ważne problemy z zakresu indywidualizacji żywienia osób z cukrzycą, jak np. indywidualna wrażliwość osób z cukrzycą na zmianę ilościowych proporcji składników żywienia i zwiększający ryzyko miażdżycy wpływ tłuszczów w diecie.

Przedruk z „Poradnika dietetycznego dla osób z cukrzycą”

SZANOWNA PANI/SZANOWNY PANIE,

Trwa kampania społeczna „Położna na medal”. Dzięki nominacjom Pani/Pana pacjentów - którzy oddają swoje głosy na najlepszą ich zdaniem położną - WYBIERZEMY „POŁOŻNĄ NA MEDAL”. Przypominamy, że kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

NAGRODY W KONKURSIE „POŁOŻNA NA MEDAL”:

Voucher wakacyjny o wartości 11 000 zł

Laptop o wartości 5 000 zł

iPad o wartości 3 000 zł

W CIĄGU ZALEDWIE 5 MIESIĘCY OD STARTU KAMPANII

„POŁOŻNA NA MEDAL”:

- Pacjenci oddali PONAD 18 000 GŁOSÓW W KONKURSIE na najlepszą położną;
- Zgłoszono PONAD 300 POŁOŻNYCH z całego kraju;
- Ukazało się ponad 60 INFORMACJI W MEDIACH, w tym m.in.: wp.pl, dzieci.pl, gazeta.pl, kampaniespoleczne.pl, RynekZdrowia.pl, e-ginekologia, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nipip.pl, SuperMama, Mam Dziecko,...

Wkrótce na stronie www.poloznamedal.pl powstanie bezpłatna BAZA POŁOŻNYCH, które zostały zgłoszone do konkursu, a która pozwoli na promocję najlepszych położnych i ułatwi wybór położnej przyszłym mamom. Aktualnie na bieżąco na stronie można monitorować wyniki konkursu na najlepszą położną, a na portalu edukacjapacjenta.pl ZAMAWIAĆ BEZPŁATNIE MATERIAŁY PROMUJĄCE KAMPANIĘ.

DZIĘKUJEMY I ZAPRASZAMY DO DALSZEGO UDZIAŁU W KAMPANII!

Z poważaniem,

Bartłomiej Grzywna
BDM serwisu edukacja pacjenta.pl

dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus
Prezes PTPoł

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NRPiP



Położna na medal

PATRON MERYTORYCZNY



ORGANIZATOR



PATRONAT MEDIALNY



„Gratulować, dziękować to mało
Najpiękniejsze kwiaty nic nie znaczą
Trzeba pojąć całą głębię tej służby
Pielęgniarską codzienną pracę.”

W związku z przejściem na emeryturę Naszej Koleżanki
Marysi Typrowicz
pielęgniarki z 40 letnim stażem pracy w SP ZOZ Lesko na Oddziale Wewnętrznym
składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy
życząc realizacji marzeń w życiu osobistym

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

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60
www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

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

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

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

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



Krystyna Anna Krygowska

Urodziłam się 6 sierpnia 1973r. w Krośnie. Moją rodzinną miejscowością jest Odrzykoń w gminie Wojaszówka. Tu uczęszczałam do Szkoły Podstawowej, następnie do Liceum Medycznego w Korczynie, gdzie zdobyłam zawód pielęgniarki. Kolejna szkoła to Medyczne Studium Zawodowe w Jaśle, gdzie zdobyłam zawód położnej. Następnie studia wyższe w Akademii Medycznej w Lublinie, oraz studia podyplomowe na Wydziale Prawa Uniwersytetu Rzeszowskiego. Specjalizację z Pielęgniarstwa Ginekologicznego zdobyłam w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Mam wspaniałego męża Piotra i trójkę dzieci: Paweł lat 17, Anna lat 10, Magdalena lat 7.

Moja praca to stały kontakt ze społeczeństwem Podkarpacia.

Pracuję w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie na stanowisku Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno - Położniczego. Pełnię funkcję wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, gdzie od wielu lat pracuję społecznie na rzecz pielęgniarek i położnych. Jestem członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych z siedzibą w Lublinie. Pracuję ze studentami jako wykładowca Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Krośnie na Kierunku Pielęgniarstwo. Swoją pasję zawodową realizuje także jako „Instruktor Szkoły Rodzenia”.

W codziennej pracy kieruje się dobrem każdego człowieka.

Zależy jej na rozwoju możliwości kształcenia młodzieży w Szkołach Policealnych i Uczelniach Wyższych na terenie Województwa Podkarpackiego. Uważa, że miejsce zamieszkania to większe możliwości edukacyjne dla młodych ludzi.

Jako reprezentantka środowiska medycznego widzi duże potrzeby rozwoju Służby Zdrowia na Podkarpaciu, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podkarpackiego położnictwa, neonatologii i pielęgniarstwa. Będzie dążyć do pozyskiwania funduszy unijnych na rozwój infrastruktury szpitali, działalności podstawowej opieki medycznej, w tym domowej opieki nad pacjentem i jego rodziną.

Jako reprezentantka środowiska Pielęgniarek i Położnych widzi potrzebę:

- określenia optymalnych, bezpiecznych dla pacjenta, norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych,
- poprawę warunków pracy i wyposażenia stanowisk do pielęgnacji pacjentów,
- godnego uposażenia za ciężką, odpowiedzialną pracę pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych.

Pielęgniarki i położne zobowiązane są do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, dlatego zawsze dążyła i będzie dążyć do umożliwienia kształcenia jak najbliżej miejsca zamieszkania i zatrudnienia.

Swoją wiedzą, oraz sumienną i oddaną pracą chce przyczynić się do rozwoju Województwa Podkarpackiego.

Zwracamy się o poparcie kandydatury Krystyny Krygowskiej umieszczonej na liście PIS pod nr 10. Wszystkim Wyborcom, którzy zdecydują się oddać głos na koleżankę, już dzisiaj składamy serdeczne podziękowanie.

