

# FORUM ZAWODOWE 5(98)2015



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



## W numerze

- 3 Słowo Przewodniczącej
- 4 Agenda na spotkanie Kierownictwa MZ, NFZ z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
- 7 Notatka ze spotkania Kierownictwa MZ, NFZ, z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
- 9 Stanowisko Zarządu Krajowego wobec pism NSZZ Solidarność i OPZZ
- 13 Świątowanie Pielęgniarstwa w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie
- 16 Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku
- 18 Komunikat w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne
- 20 Minister Zdrowia przyjął rekomendację dotyczącą projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej
- 35 Pismo Podsekretarza Stanu dotyczące Systemu Informacji Medycznej
- 35 Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę autoszczepionki
- 36 Opinia w sprawie wykonywania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie ustawowej opieki zdrowotnej, na pisemne zlecenie lekarza autohemoterapii
- 37 Instrukcja postępowania w razie wstąpienia patogenów alarmowych
- 38 Badanie skuteczności preparatów dezynfekcyjnych
- 40 Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chłoniakiem złośliwym
- 41 Problemy zdrowotne pacjentki w stanie apalicznym po nagłym zatrzymaniu krążenia i akcji resuscytacyjnej
- 44 Udział pielęgniarki w edukacji zdrowotnej chorego ze stłuszczeniem wątroby
- 45 Rola pielęgniarki w opiece i przygotowaniu do samoopieki pacjenta po operacji wylonięcia kolostomii
- 47 Istota opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta po usunięciu nerki z powodu nowotworu

### 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 7.30-15.00

#### 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  
tel. 13 43 694 60

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

## WIEDZA

*Byłem przed chwilą w bezkresie!  
Blask się potykał z mym ciałem...  
To ja tak złoce się w lesie...  
Wiedziałem o czymś, wiedziałem!.,*

*Lecz motyl mignął szkarłatnie  
Pomiędzy mną a modrzewiem...  
Sny moje, sny przedostatnie!...  
Już znikły! Znowu nic nie wiem...*

*Pobiegnę w chabry nieznane,  
W kąkolu całą dal zmieszczę!  
I umrę i zmartwychwstanę —  
I będę wiedział raz jeszcze!...*

*Bolesław Leśmian*





## Słowo Przewodniczącej

### **Ogólnopolska Kampania Społeczna pt „Ostatni dyżur” nadal trwa.**

Celem kampanii zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych jest poinformowanie Polaków o ogromnym zagrożeniu społecznym, że już za niespełna pięć lat Polacy zostaną pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Jak już informowaliśmy w poprzednim Biuletynie Kampania została zainaugurowana konferencją prasową w dniu 27.05.2015 r. w Warszawie. Następne konferencje prasowe były organizowane w miastach wojewódzkich z udziałem Okręgowych Izb. W Rzeszowie taka konferencja została zorganizowana w dniu 22.06.2015 z udziałem Izby rzeszowskiej, krośnieńskiej i przeworskiej. W odpowiedzi na apel Naczelnej Rady i Okręgowych Rad pielęgniarki i położne noszą przypinki „Ostatni Dyżur” i zbierają podpisy pod petycją w formie recepty. Recepta jest apelem kierowanym do polskich decydentów o podjęcie natychmiastowych działań w celu opracowania i wdrożenia programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.

**Jeśli jeszcze ktoś nie złożył podpisu pod receptą drogą elektroniczną lub papierową bądź nie zaangażował się w ich realizację to niech uczyni to jak najszybciej...**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych widząc po-

garszające się warunki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej podjęły wspólnie zdecydowane działania na rzecz zmian. Przeprowadzono szereg rozmów z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (o których informacje zamieszczamy w dalszej części biuletynu.) Jednak porozumienia nie udało się podpisać. Dlatego w dniu 10.09.2015 Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych zorganizował akcję protestacyjną w Warszawie. Rozpoczęła się ona przed Radą Ministrów, po złożeniu petycji pikietujący przeszli ulicami miasta pod gmach Sejmu który był głównym miejscem tej akcji. W manifestacji uczestniczyło ponad dziesięć tysięcy pielęgniarek i położnych. Z naszego terenu były to pielęgniarki i położne głównie ze szpitali z Brzozowa, Krosna, Leska, Sanoka i Ustrzyk Dolnych. Miałam to szczęście być tam razem z nimi - atmosfera i wspólne przeżywanie tych chwil dowodzi że potrafimy się jednoczyć, a jestem przekonana że w jedności tkwi siła. Nie pozwólmy, aby w naszych grupach zawodowych powstawały podziały, bo jeśli nie będziemy razem niczego nie osiągniemy. Stare przysłowie mówi „Zgoda buduje, niezgoda rujnuje”.

W dniu 8.09.2015 Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. A kolejno w dniu 16.09.2015 Prezes NFZ wydał Zarządzenie Nr 61/2015/DSOZ zmieniające zarządzenia Prezesa NFZ określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w ży-

cie rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Czekamy czy Pan Minister Zdrowia spełni obietnice złożone protestującym - 400 zł do podstawy, czy też nie. Kolejne rozmowy zaplanowano na 22 września 2015.

Rok 2015 to rok kolejnych wyborów do naszego samorządu zawodowego. Odbyły się już w czternastu okręgach wybory delegatów na okręgowy zjazd. Zostało wybranych 73 delegatów, którzy będą reprezentować wszystkie koleżanki i kolegów pielęgniarki/pielęgniarzy i położne/położnych. Nadzwyczajny Okręgowy zjazd już XXX planowany jest na 27 listopada 2015 r. o godzinie 9.00 w siedzibie OIPiP w Krośnie przy ul Bieszczadzkiej 5.

*Barbara Błażejowska-Kopiczak*



**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**  
NIPiP-NRPiP-DM.0021.97.2015.AS

Warszawa, dnia 3 sierpnia 2015 r.

**Pan/Pani Przewodniczący/a**  
**Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowni Państwo,**

W związku z trwającymi pracami w sprawie wprowadzenia zmian w przepisach dotyczących poprawy warunków

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 30 kwietnia 2015 roku podjęła rozmowy z Ministerstwem Zdrowia dotyczące poprawy sytuacji zawodowej oraz ekonomicznej pielęgniarek i położnych.

Powstały dwa zespoły robocze, które uczestniczą w rozmowach oraz pracach nad proponowanymi zmianami. Jeden z zespołów pracuje nad szczegółowymi rozwiązaniami prawnymi w celu umocnienia pozycji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia poprzez wpisanie zmian do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach - leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, pomoc doraźna i transport sanitarny, ratownictwo medyczne, profilaktyczne programy zdrowotne.

pracy, podniesienia wysokości wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz zmian w systemie ochrony zdrowia w związku przesyłam informację o prowadzonych pracach w przedmiotowej spr

Przyjęty harmonogram prac tego zespołu przewiduje ich zakończenie na koniec sierpnia 2015 roku.

Drugi zespół zajmuje się zmianami, których celem jest zagwarantowanie podwyższenia wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych posiadających umowy z NFZ na realizację przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie jest usatysfakcjonowana zarówno wysokością proponowanych podwyżek wynagrodzenia jak i trybem ich zwiększania.

Ministerstwo Zdrowia nie przedstawia żadnej propozycji zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w sposób systemowy, pozwalający w dającej przewidzieć się perspektywie czasu na zatrzymanie (spowolnienie) postępującej tendencji spadkowej liczby pielęgniarek i położnych wykonujących zawód.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, rozumiejąc oczekiwania środo-

wie, a także stanowisko NRPiP w sprawie propozycji Ministerstwa Zdrowia.

*Z powżaniem*  
*Prezes*

*Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*

wiska zawodowego pielęgniarek i położnych, podtrzymuje wcześniejsze postulaty dotyczące wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz rozwiązań systemowych w tym zakresie, pozwalających na objęcie w możliwie krótkiej perspektywie czasowej realnymi, satysfakcjonującymi podwyżkami wynagrodzeń wszystkie osoby wykonujące zawód pielęgniarki i położnej.

W dniu dzisiejszym o godzinie 14.00 odbędzie się kolejne spotkanie zespołu (agenda w załączeniu). Na spotkaniu tym zostanie przedstawione stanowisko NRPiP wyrażone w opinii przesłanej do Ministra Zdrowia prof. Mariana Zembała, Podsekretarza Stanu MZ Cezarego Cieślukowskiego oraz Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Beaty Cholewki (przedmiotowa opinia w załączeniu).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych informuje, że po spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia zostanie przekazany oficjalny komunikat w tej sprawie.



**Ministerstwo Zdrowia**

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa 31.07.2015 r.

Agenda na spotkanie Kierownictwa MZ, NFZ z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w dniu 3 sierpnia 2015 r. o godz. 14.00 w Sali Kinowej Dużej Ministerstwa Zdrowia

1. Przedstawienie przez stronę społeczną uwag zgłoszonych do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wysłanego do uzgodnień zewnętrznych.

2. Omówienie i uzgodnienie treści projektu porozumienia pomiędzy MZ, NFZ, OZZPiP i NIPiP.

3. Przedstawienie uwag strony społecznej do projektu zarządzenia Prezesa NFZ uwzględniającego rozwiązania

przyjęte w OWU w zakresie zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

4. Podsumowanie prac zespołu.





**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
NIPiP-NRPiPDM.0025.266.2015

Warszawa, dnia 3 sierpnia 2015 r.

**Pan Prof. dr hab. Marian Zembala**  
**Minister Zdrowia**

**Szanowny Panie Ministrze,**

W związku z otrzymaniem w dniu 27 lipca br. projektu Porozumienia w sprawie ustalenia podwyżek dla pielęgniarek i położnych między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministrem Zdrowia uprzejmie informuję, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zajmuje następujące stanowisko w odniesieniu do przedmiotowego projektu.

W pierwszej kolejności należy podnieść uwagi natury ogólnej. Ewentualne zawarcie przedmiotowego porozumienia nie znajduje podstawy prawnej, w szczególności za podstawę taką nie można uznać, wskazanych w preambule projektu, ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 167 oraz z 2S13 r. poz. 791) i ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, z późn. zm.) W konsekwencji, w przypadku zawarcia porozumienia nie można będzie mówić o powstaniu określonych praw i obowiązków dla jego stron. Przede wszystkim jednak zawarcie porozumienia nie spowoduje powstania jakichkolwiek skutków prawnych, które mogłyby być podstawą późniejszych roszczeń którejkolwiek ze stron porozumienia względem pozostałych. Tym samym projektowane porozumienie należy rozpatrywać wyłącznie jako porozumienie dżentelmeńskie (gentlemen's agreement). Należałoby więc zapytać o cel i uzasadnienie zawarcia takiego porozumienia.

Powyższej konstatacji nie zmienia fakt, że przedmiot porozumienia mieści się w szeroko rozumianej właściwości podmiotów, których przedstawiciele mieliby być sygnatariuszami porozumienia.

Zakładając jednak dobrą wolę oraz istnienie celu i uzasadnienia dla zawarcia przedłożonego do zaopiniowania poro-

zumienia Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych informuje, że - w jej opinii jako - ewentualne strony porozumienia mogłyby zostać wskazane: Minister Zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jednocześnie, w preambule porozumienia mogłyby zostać wskazane przepisy określające wybrane zadania wymienionych podmiotów, jednakże niejako podstawa zawarcia porozumienia, a co najwyżej jego tło:

„Mając na uwadze:

- art. 7 ust. 2 zdanie drugie ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 167 oraz z 2015 r. poz. 791),

- art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z 2013 r. poz. 779, 1247 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004),

- art. 102 ust. 5 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581),

- art. 38 ust. 1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812),

Ponadto Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza następujące wybrane najważniejsze zastrzeżenia do konkretnych postanowień przedłożonego do zaopiniowania projektu porozumienia:

1) dot. tytułu: wskazanie w tytule porozumienia „w sprawie ustalenia podwyżek” jest mylące i sprzeczne z kolejnymi postanowieniami porozumienia, w szczególności z postanowieniami § 1 i 2. Podkreślić należy, że porozumienie nie ustala żadnych podwyżek, a wspomina wyłącznie o czasowym przeznaczeniu określonej w § 5 ust. 1 kwoty na dodatkowe wynagrodzenie dla pielęg-

niarek i położnych. W kontekście pojęcia „podwyżka” można byłoby rozpatrywać wskazanie mechanizmu przewidującego stałe podniesienie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek i położnych. Nie zależnie od tego, jak już wskazano, zawarcie porozumienia nie pociąga za sobą żadnych skutków, trudno zatem mówić o jakichkolwiek ustaleniach;

2) dot. § 1: zgodnie z § 1 projektu jego przedmiotem jest określenie obszaru zmian umożliwiających efektywną poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Żadne z postanowień projektu nie wskazuje takiego obszaru, za który można byłoby uznać enumeratywne wyliczenie działań (efektów), których wdrożenie (osiągnięcie) pozwoliłoby w opinii stron porozumienia na efektywną poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zobowiązanie, że strony wspólnie i w porozumieniu będą dążyć do wdrożenia (osiągnięcia) tych działań (efektów). Za takie można by - w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - uznać, na przykład zmiany legislacyjne (na poziomie ustawowym i podstawowym) wprowadzające systemowe rozwiązania dotyczące\* wynagradzania pielęgniarek i położnych na poziomie oczekiwanym przez środowisko i akceptowalnym dla świadczeniodawców, kształcenia dyplomowego i poddyplomowego pielęgniarek i położnych oraz jego finansowania, ułatwień dla pracodawców w pierwszym zatrudnieniu absolwentów pielęgniarskiego i położniczego (program „pierwsza praca”) czy uregulowania relacji między pielęgniarkami i położnymi a innymi zawodami medycznymi, w szczególności opiekunami medycznymi;

3) dot. § 2 pkt 1: wprowadzenie do wyliczenia w § 2 pkt 1 jest niezrozumiałe. Nie wiadomo, czy Strony miałyby zobowiązać się w nim do wspólnego udziału w spotkaniach i konsultacjach celem omówienia możliwości wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych i podjęcia przez Ministra Zdrowia i Pre-

zesa NFZ działań legislacyjnych w zakresie wskazanych rozporządzeń czy też Strony zobowiązują się w nim do wspólnego udziału w spotkaniach i konsultacjach celem omówienia możliwości wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych poprzez (w drodze) podjęcia przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ działań legislacyjnych w zakresie wskazanych rozporządzeń. Niezależnie od tego należy podkreślić, że - w świetle powołanych na wstępie przepisów - przedkładanie inicjatyw legislacyjnych (projektów aktów normatywnych) jest wyłączną domeną Ministra Zdrowia, przy czym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych jest władny inicjatywy te opiniować. Oczywiście, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych może zwracać uwagę na określone kwestie prawne, a także proponować konkretne rozwiązania prawne (co zresztą wielokrotnie czyni), jednakże kształtowanie polityki prawnej i podejmowanie inicjatyw legislacyjnych to wyłączna domena Ministra Zdrowia, Niezależnie od powyższego podnieść trzeba, że nie zostały wskazane ani przedmiot (zakres) przewidywanych zmian we wskazanych przepisach obowiązującego prawa, ani termin ich ewentualnego wejścia w życie;

4) dot. § 2 pkt 1 lit. b: do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji publicznych został już skierowany projekt nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (pismo nr UZ.PR.0212.2.2015.KM z dnia 24 lipca br.), przedstawione też zostały projekty zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym działania legislacyjne w zakresie wskazanym w tej literze zostały już podjęte. W konsekwencji przedmiotowe postanowienie należałoby uznać za bezprzedmiotowe;

5) dot. § 3 ust. 1 zdanie pierwsze: ani Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, ani Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie są w żaden sposób uprawnione do ustalania (czy też akceptowania) wysokości kwoty zaplanowanej w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia na podwyżki dla jakiej-

kolwiek grupy zawodowej. Co najwyżej Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych mogłyby „przyjąć do wiadomości” albo „zostać poinformowane” o wysokości kwoty przewidzianej na podwyżki;

6) dot. § 3 ust. 1 zdanie drugie: proponowane postanowienie porozumienia jest niezgodne z dotychczasowymi ustaleniami pomiędzy przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia a przedstawicielami strony społecznej. W dotychczasowych rozmowach przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywali jako pewne pieniądze na podniesienie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w roku 2017 i, w konsekwencji, w latach następnych. Tymczasem, w porozumieniu znalazło się sformułowanie, jeśli planowane przychody za tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w roku 2017 w porównaniu do roku 2016 będą umożliwiały takie zwiększenie”. Niezrozumiała jest też fraza użyta na końcu przedmiotowego postanowienia „zabezpieczenia takich środków”. W związku z tym, przedmiotowe postanowienie powinno otrzymać następujące brzmienie: „Na rok 2017 została zaplanowana kwota w wysokości 1.5 mld zł.”;

7) dot. § 3 ust. 2: również to postanowienie jest niezgodne z dotychczasowymi ustaleniami pomiędzy przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia a przedstawicielami strony społecznej. W dotychczasowych rozmowach przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywali jako pewne podniesienie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na jeden etat średnio miesięcznie o 300,00 zł brutto od dnia 1 września 2015 r. oraz kolejne średnio miesięcznie 300,00 zł brutto od dnia 1 stycznia 2017 r. (łącznie w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 1 stycznia 2017 r. średnio miesięcznie o 600,00 zł brutto w przeliczeniu na etat). Ponadto trudno mówić tu o jakichkolwiek negocjacjach przeprowadzonych przez Strony, w szczególności negocjacjach kwot wynagrodzeń, skoro przedstawiciele strony rządowej przedstawili okre-

ślone „możliwości finansowe budżetu”, a wskazane w postanowieniu „negocjacje” zostały ograniczone do postawienia strony społecznej przed wyborem przyjęcia albo odrzucenia zaproponowanych kwot. Biorąc powyższe pod uwagę, pierwsze zdanie przedmiotowego postanowienia powinno otrzymać następujące brzmienie: „2. Kwoty, o których mowa w ust. 1, zostaną przeznaczone na średni wzrost wynagrodzenia, wraz z innymi jego składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat pielęgniarki i położnej, o której mowa w ust. 4, w wysokości 300,00 zł od dnia 1 września 2015 r. i kolejne 300,00 zł od dnia 1 stycznia 2017 r.”;

8) dot. § 3 ust. 3: w postanowieniu tym powinien zostać określony wskaźnik zwiększenia finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (wzrostu stawki kapitacyjnej dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania). W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, bez określenia wskaźnika zwiększenia finansowania (wzrostu stawki kapitacyjnej) postanowienie to jest bezprzedmiotowe. Ponadto nie jest jasne (z projektu porozumienia to nie wynika), czy na zwiększenie finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zostaną przeznaczone środki, o których mowa w § 3 ust. 1 czy też inne (odrębne) środki finansowe. Jeżeli mają to być odrębne środki (a tak można wnioskować na podstawie redakcji § 3) to proponuje się wydzielenie tego postanowienia do odrębnego paragrafu;

9) dot. § 4 ust. 1: obowiązkiem Ministra Zdrowia wynikającym z obowiązujących przepisów jest informowanie, w trybie konsultacji publicznych czy też upublicznienia postępów prac legislacyjnych nad konkretnymi projektami aktów prawnych poprzez Rządowy Proces Legislacyjny, strony społecznej o postępie prac legislacyjnych w odniesieniu do konkretnych projektów aktów prawnych pozostających w kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Tym samym postanowienie to, we wskazanym zakresie, wydaje się bezprzedmiotowe;



10) dot. § 7: postanowienie to jest niezgodne z przepisami obowiązującego prawa, w szczególności z przepisem art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, zgodnie z którym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa. Podkreślić należy, że samo wskazanie takiego po-

stawienia w projektowanym porozumieniu może stanowić nieuprawnioną (bezprawną) formę nacisku na samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ze strony przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sposób ustosunkowania się przez Ministerstwo Zdrowia do podniesionych powyżej uwag determinuje dalsze kon-

tynuowanie rozmów w zakresie przedmiotowego porozumienia. Jednocześnie Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zastrzega sobie prawo zgłaszania kolejnych uwag i propozycji do treści porozumienia, a także prawo niezgodnienia jej treści.

*Z poważaniem*

*Prezes NRPiP*

*dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*



Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa 18-08-2015 r.

Notatka ze spotkania Kierownictwa MZ, NFZ, z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w dniu 18 sierpnia 2015 r.

W dniu 18 sierpnia 2015 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się kolejne spotkanie Pana Cezarego Cieślukowskiego - Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP). W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Departamentu Prawnego, Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawiciele NFZ. Podczas spotkania kontynuowano rozmowy na temat warunków poprawy sytuacji finansowej pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**W załączeniu: agenda spotkania i lista osób uczestniczących w spotkaniu.**

W odniesieniu do punktu 1 i 2 agendy spotkania - przedstawienie uwag OZZPiP i NRPiP zgłoszonych w ramach konsultacji publicznych do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w sytuacji ich przekazania do Ministerstwa Zdrowia zgodnie z ustaleniami podjętymi na spotkaniu w dniu 11 sierpnia 2015 - NRPiP i OZZPiP oraz przedstawienie stanowiska Ministerstwa Zdrowia do uwag

zgłoszonych przez OZZPiP i NRPiP do ww. projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, Pan Cezary Cieślukowski - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że OZZPiP przedstawił uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zaproponował, że podczas spotkania Ministerstwo Zdrowia odniesie się do przedstawionych uwag.

Pani Sylwia Lis - Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego poinformowała, że do Departamentu jeszcze nie wpłynęły wszystkie uwagi do projektu rozporządzenia MZ w sprawie OWU, bowiem termin konsultacji został wyznaczony do 28 sierpnia 2015 r. Aktualnie zakończyły się konsultacje międzyresortowe. Odnosząc się bezpośrednio do uwag zgłoszonych przez OZZPiP wskazała m.in., że objęcie podwyżkami pielęgniarek w pomiotach innych niż świadczeniodawcy realizujący umowy z NFZ nie jest możliwe na podstawie rozporządzenia w sprawie OWU. Ponadto, poinformowała, że Prezes NFZ w planie finansowym na rok 2016 r. ujął środki finansowe przewidziane na wzrost stawki kapitałowej w poz. W odniesieniu do punktu 4 agendy, Pani Dyrektor wskazała, że określenie liczby pielęgniarek wg

stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia wynikało z konieczności jednoznacznego ustalenia daty, od której będzie planowany wzrost wynagrodzeń.

Pani Alina Budziszewska - Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego odnosząc się do uwag zawartych w punkcie 5 agendy wskazała, że istotą rozwiązania proponowanego w rozporządzeniu OWU jest to, aby wzrost wynagrodzeń objął te pielęgniarki/położne, które uczestniczą w realizacji umów z NFZ. W ocenie Departamentu Prawnego nie ma podstaw do przyjęcia, by ze środków NFZ finansować zadania pielęgniarki i położnej wymienione w art. 4 ust. 2 i art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm).

W odniesieniu do zaprezentowanych opinii oraz przekazanych uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, OZZPiP podtrzymał swoje stanowisko w kwestii wysokości kwot przeznaczonych na wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych oraz poinformował, że oczekuje na pisemne stanowisko Ministerstwa Zdrowia. Po otrzymaniu informacji, OZZPiP ustosunkuje się do propozycji Ministerstwa Zdrowia i NRPiP.

Natomiast NRPiP poinformowała, że stanowisko oraz uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostanie przekazane po Nadzwyczajnym Posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W odniesieniu do punktu 3 agendy spotkania - przedstawienie projektu Porozumienia przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia, uwzględniającego uwagi NRPiP, Pan Cezary Cieślukowski - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia przypomniał, że na spotkaniu w dniu 11 sierpnia 2015 r. Pani Grażyna Rogala Pawelczyk - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przedstawiła uwagi do projektu Porozumienia w wersji z dnia 7 sierpnia 2015 r. NRPiP zawnioskowała, o:

1) wykreślenie z § 1 pkt. 9 projektu Porozumienia zapisu dotyczącego zo-

bowiązania NRPiP do podjęcia działań zmierzających do zakończenia sporów zbiorowych prowadzonych przez zakładowe organizacje związkowe OZZPiP oraz treści dotyczących zawartego porozumienia zawartego między NRPiP i OZZPiP. W uzasadnieniu Pani Prezes wskazała, że samorząd zawodowy nie może podejmować działań zmierzających do zakończenia sporów zbiorowych, bowiem nie jest do tego uprawniony. Rozwiązywanie sporów zbiorowych to kompetencja związków zawodowych.

2) wykreślenie z zapisu zwartego w § 1 pkt. 5 następujących treści: „jeśli planowane przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w roku 2017 w porównaniu do roku 2016 będą umożliwiały takie zwiększenie.”

3) zaproponowała, aby po punkcie 8 dodać punkt 9 w brzmieniu:

„9) Strony podejmą wszelkie możliwe działania, w szczególności działa-

nia legislacyjne i organizacyjne, w celu zagwarantowania stałego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych od 2018 r., który w perspektywie nie dłuższej, niż 3 lata (to jest do końca 2020 r.), pozwoliłby wraz ze wzrostem wynagrodzeń, o którym mowa w pkt. 5-7. na uzyskanie średniego wzrostu wynagrodzenia w przeliczeniu na etat pielęgniarki i położnej w wysokości 1.500.00 zł brutto (to jest w okresie 1 września 2015 r. - 31 grudnia 2020 r.).”

Pan Minister podkreślił, że propozycje zawarte w punkcie 9 wymagają uzgodnień z NFZ.

Kolejne rozmowy zaplanowano na 25 sierpnia br.



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NRPiP-P.011.94,2015.MM

Warszawa, 26 sierpnia 2015 r.

**prof. dr hab. med. Marian Zembala**  
**Minister Zdrowia**

**Szanowny Panie Ministrze,**

Uprzejmie informuję, że w dniu 25 sierpnia 2015 r. odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, którego przedmiotem było wyrażenie stanowiska do projektu Porozumienia z dnia 21 sierpnia 2015 r. przesłanego do NRPiP przez Ministerstwo Zdrowia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zaakceptowała projektu ze względu na brak w nim zapisów gwarantujących realizację propozycji Ministerstwa Zdrowia bez względu na ewentualne zmiany polityczne i gospodarcze. Proponowany wzrost wynagrodzeń w tym roku, czyli 2015 jest za niski do oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych, ale rozumiemy, że realny i możliwy do wprowadzenia od 1 września br.

Pragniemy jednak z całą mocą oświadczyć, iż wyrażamy wolę dalszych rozmów w kwestiach zmian:

- rozporządzeń zawartych na podstawie art. 3 Id ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 (tzw. koszty);

- rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określającej między innymi mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne;

- rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie warunków rozliczania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne;

- uwzględnienia udziału pielęgniarki i położnej w projektach i badaniach naukowych oraz grantach krajowych i międzynarodowych.

Jednocześnie wyrażamy przekonanie, że raport „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” opracowany przez Zespół do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalenia priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwiet-



nia 2012 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 13 z późn. zm.) zostanie zaakceptowany i przyjęty przez Ministra Zdrowia oraz będzie podstawą wspólnych działań.

Proponowany w projekcie porozumienia wzrost wynagrodzeń nie jest zgodny

z rozwiązaniami postulowanymi przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Jednak ze względu na sytuację ekonomiczną pielęgniarek i położnych oczekujemy, że zrealizowane zostaną przez Pana Ministra propozycje wzrostu wy-

nagrodzenia od 1 września br. a rozmowy dotyczące powyższych kwestii będą kontynuowane.

*Z wyrazami szacunku*

*Prezes*

*dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*

**Kancelaria Prezydenta  
Rzeczypospolitej Polskiej  
Biuro Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich**

Warszawa, 1 września 2015 r.

## Notatka ze spotkania podsekretarza stanu w Kancelarii Prezydenta RP Wojciecha Kolarskiego z przedstawicielami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W dniu 31 sierpnia br. w siedzibie Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej minister Wojciech Kolarski spotkał się z delegacjami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Spotkanie odbyło się w ramach działań Biura Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich Kancelarii Prezydenta RP.

Reprezentanci obu organizacji przedstawili aktualną sytuację środowiska i wysunęli postulat rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia w zakre-

sie opieki pielęgniarskiej i położniczej. Przedstawiciele OZZPiP zaprezentowali stan negocjacji, które od kilku miesięcy są prowadzone z Ministerstwem Zdrowia w celu poprawy warunków pracy i płacy największej grupy zawodowej w naszym kraju, jaką są pielęgniarki i położne. Władze NRPiP przedstawiły efekty kampanii społecznej pn. „Ostatni dyżur”, a także przekazały aktualny raport o stanie pielęgniarstwa w Polsce.

Minister Wojciech Kolarski podkreślił, iż prześle Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej Panu Andrzejowi Dudzie

informację o stanie negocjacji środowiska pielęgniarsko-położniczego z resortem zdrowia. Zapewnił również, że w poczuciu troski o bezpieczeństwo pacjentów zagwarantowane w art. 68 Konstytucji RP, Kancelaria Prezydenta RP będzie monitorować sytuację i zwróci się do organów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w naszym kraju o informację o stanie zabezpieczenia opieki pielęgniarsko-położniczej i planach na następne lata.

## Stanowisko Zarządu Krajowego wobec pism NSZZ Solidarność i OPZZ

W załączeniu ujawniamy dwa pisma z dnia 24 czerwca 2015 r. Sekretariatu Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” oraz z dnia 10 lipca 2015 r. Ruchu Branżowego Ochrony Zdrowia Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych skierowane do Ministra Zdrowia Mariana Zembali, które próbują wstrzymać działania podejmowane przez OZZPiP w Warszawie w zakresie poprawy warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Wyrażamy stanowcze oburzenie co do formy podejmowanej inicjatywy.

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie jest oburzo-

ny takim wystąpieniem. W sytuacji, gdy trwają już zaawansowane prace w Ministerstwie Zdrowia nagle NSZZ „Solidarność” oraz OPZZ kwestionują legalność prowadzonych przez OZZPiP negocjacji z Ministrem Zdrowia. Uważamy, że każda organizacja związkowa powinna realizować własne cele statutowe i jest w tym samodzielna oraz niezależna. W żadnym wypadku nie powinna natomiast krytykować, dezawuować i ograniczać żądań zgłaszanych przez inne organizacje związkowe.

Ponownie mamy obecnie do czynienia z sytuacją, że kosztem działania OZZPiP, w kluczowej fazie negocjacji nagle centrale NSZZ „Solidarność” oraz OPZZ „obudziły” się do działania i kosztem na-

szej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych próbują uzyskać na swoje cele dodatkowe środki.

Prosimy Koleżanki i Kolegów o zapoznanie się z treścią załączonych pism. Każda pielęgniarka i położna, w tym w szczególności pielęgniarki i położne zrzeszone w w/w centralach związkowych, winny we własnym sumieniu rozważyć w jak bardzo negatywny sposób pisma te wpłyną na prowadzone obecnie w Ministerstwie Zdrowia negocjacje. Przecież prowadzone działania w rzeczywistości są walką o uratowanie istnienia zawodu pielęgniarki i położnej w Polsce.

OZZPiP prowadzi przecież negocjacje w imieniu całej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, nie różnicując pie-

lęgniarek z uwagi na ich przynależność związkową. Wszystko co uda się osiągnąć zostanie przekazane dla wszystkich członków naszej grupy zawodowej.

OZZPiP nigdy nie przeszkadzał i nie utrudniał inicjatyw prowadzonych przez

NSZZ „SOLIDARNOŚĆ” oraz OPZZ. Dlaczego zatem znowu kosztem inicjatywy i protestu wznieconego przez Zakładowe i Międzyzakładowe Organizacje Związkowe OZZPiP pozostałe organizacje chcą wstrzymać prowadzone negocja-

cje lub uszczuplić negocjowane środki na inne cele.

## Pismo NSZZ Solidarność z dnia 24 czerwca 2015 r.

**Szanowny Pan  
prof. Marian Zembala  
Minister Zdrowia**

**Szanowny Panie Ministrze,**

Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność wyraża stanowczy protest wobec kolejnej próby dzielenia pracowników służby zdrowia, którzy w opiece nad chorym stanowią jeden zespół obsługi pacjenta. Służą pacjentowi swoimi umiejętnościami, nie szczędzą wysiłku, by umożliwić zarówno ratowanie życia chorego, jak i jak najszybszy jego powrót do zdrowia. Jak zapewne pan Minister wie, bo jako lekarz nadal kieruje Pan pracami Zespołu Medycznego, w szpitalu pracują nie tylko pielęgniarki i lekarze, ale także inne grupy zawodowe, których umiejętności są niezbędne do zabezpieczenia opieki nad pacjentem.

Głęboko wierzymy w to, iż jako pracodawca dostrzega Pan i docenia wkład pracy i miejsce w systemie opieki zdrowotnej również pozostałych grup zawodowych, bo oczywiście powinno być dla Pana, że praca w służbie zdrowia stanowi system naczyń połączonych i działań się uzupełniających.

Dlatego ze zdumieniem i niepokojem reagujemy na wiadomość o zamiarze przekazania środków na wzrost wynagrodzeń tylko dla jednej grupy zawodowej.

Stawiamy zatem pytanie: czy jako zarządzający szpitalem podzieli Pan zaproponowane przez siebie podwyżki tylko dla pielęgniarek i położnych? Czy wraz z rozdziałem tych środków uwzględni Pan również wkład pracy pozostałych członków swojego personelu medycznego? Czy do działań konfliktujących środowisko medyczne będzie Pan namawiał dyrektorów szpitali w całej Polsce?

Czy ma Pan świadomość że działanie rządu, wywołujące poczucie krzywdy w innych grupach zawodowych tego samego systemu, stanie się zarzewiem kolejnych protestów społecznych? Nie kwestionujemy konieczności podniesienia wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, których wiele jest członkami naszego Związku.

Jako związkowcy z ruchu związkowego, który nosi w nazwie słowo SOLIDARNOŚĆ, upominamy się o podwyżki również dla pozostałych pracowników,

niejednokrotnie wynagradzanych na poziomie płacy minimalnej.

Również dla tych, ofiarnie pracujących w Ratownictwie medycznym oraz w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, których wysokość wynagrodzeń kompromituje i okrywa hańbą kierujących resortem.

Podwyżki dla służby zdrowia są konieczne i są możliwe.

Najlepszym tego przykładem jest wzrost wynagrodzeń, który dokonał się w czasie, gdy resortem zdrowia kierował świętej pamięci profesor Zbigniew Religa.

Oczekujemy, iż podobnie jak Pana wielki poprzednik uzna Pan prawo do godnego wynagrodzenia dla wszystkich zatrudnionych w przychodniach i szpitalach, w tym celu zwracamy się do Pana Ministra o zorganizowanie w trybie pilnym spotkania ze wszystkimi partnerami społecznymi.

*Z poważaniem  
Przewodnicząca Sekretariatu Ochrony  
Zdrowia  
Maria Jolanta Ochman*

## Pismo OPZZ z dnia 10 lipca 2015 r.

**Szanowny Pan  
Marian ZEMBALA  
Minister Zdrowia**

Ruch branżowy ochrony zdrowia Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych zwraca się do Pana Ministra o pilne spotkanie w związku z zapowiedziami Pana Ministra i Pani Premier o wzroście płac planowanym wyłącznie dla jednej grupy zawodowej tj. pielęgniarek i położnych.

W skierowanym do Pana Ministra piśmie z dnia 16 czerwca br. wskazali-

śmy, że OPZZ reprezentuje pracowników wszystkich zawodów w ochronie zdrowia. Dlatego nieakceptowalne dla naszych organizacji są propozycje płacowe zmierzające wprost do dzielenia i konfliktowania innych pracujących w ochronie zdrowia.

Jako centrala OPZZ nigdy nie kwestionowaliśmy roli zawodu pielęgniarek i położnych w systemie i godziwego ich wynagradzania, nie może to się jednak dokonywać kosztem innych zawodów. Planowane przez resort zdrowia regulacje związane ze wzrostem płac

wyłącznie dla pielęgniarek i położnych już skutkują roszczeniami płacowymi pozostałych zawodów w ochronie zdrowia, domagających się realizacji analogicznych regulacji dla każdego z nich. Do OPZZ docierają liczne sygnały o takich oczekiwaniach, a podejrzewamy, że eskalacja konfliktów może niebawem nastąpić.

Chcemy porozmawiać z Panem Ministrem o projektowanych przez resort zdrowia zmianach. Jako jedna z największych central związkowych nie możemy być pomijani w dialogu dotyczą-



cym kwestii płacowych pracowników ochrony zdrowia przed dokonaniem ostatecznych ustaleń. Jest to tym bardziej zasadne, że kierownictwo resortu od dłuższego czasu prowadzi dialog wyłącznie ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych. Jakikolwiek

informacje o projektowanych zmianach znane są nam wyłącznie z mediów.

Uważamy, że tylko dialog jest realną płaszczyzną rozwiązywania problemów. Stad domagamy się od Pana Ministra wyznaczenia daty spotkania w możli-

wie dogodnym dla Pana Ministra, ale w miarę najbliższym terminie.

*Jan Guz - Przewodniczący OPZZ*

*Urszula Michalska - Przewodnicząca Branży „Usługi Publiczne” OPZZ*

*Przewodnicząca Federacji ZZ Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej*

## Pismo OZZPiP z dnia 15 lipca 2015 r.

**Pani  
Ewa Kopacz  
Prezes Rady Ministrów  
Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowna Pani Premier,

działając w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zmuszona jestem bezpośrednio poinformować o stanie negocjacji prowadzonych z Ministrem Zdrowia w sprawie ustalenia zasad poprawy warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Nasza organizacja związkowa od kilkunastu miesięcy próbowała zainteresować Panią Premier problemami naszej grupy zawodowej (choćby pismo z dnia 29.09.2014 r. z prośbą o spotkanie oraz pismo z dnia 01.10.2014 r. skierowane do Pani Premier). Równoległe próbowa- liśmy zainteresować naszymi problema- mi Ministerstwo Zdrowia, jednak próby te okazały się bezskuteczne.

Podczas dwukrotnych spotkań poprzedni Minister Zdrowia p. Bartosz Arłukowicz, przedstawił propozycje wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych i zainicjował prowadzenie rozmów w celu osiągnięcia kompromisu.

Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia w dniu 23 czerwca 2015 r. z osobistym udziałem Pani Premier stwarzało wrażenie, że po stronie Rządu RP jest wola kontynuacji rozmów i zawarcia porozumienia w zakresie wprowadzenia grupy zawodowej pielęgniarek i położnych do systemu kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz uzyskania realnej podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Przypominamy, że taką obietnicę złożył publicznie powołany przez Panią Minister Zdrowia prof. Marian Zembala po całonocnych negocjacjach w Szpitalu Powiatowym w Wyszkanie deklarując pod-

wyżkę wynagrodzeń dla wszystkich pielęgniarek i położnych od września 2015 r. o średnio 300 zł. miesięcznie.

To spotkanie bezpośrednio z Panią Premier oraz deklaracje Ministra Zdrowia sugerowały, że w końcu po stronie rządowej jest wola kompleksowego rozwiązania problemów naszej grupy zawodowej.

Po spotkaniu w dniu 23 czerwca 2015 r. w Ministerstwie Zdrowia rozpoczęły pracę dwa Zespoły z udziałem przedstawicieli Ministra Zdrowia, NFZ oraz AOT-MiT, a także OZZPiP oraz NR-PiP.

Pierwszy Zespół miał pracować w kwestii wypracowania rozwiązań prawnych, które umożliwią uzyskanie w okresie przejściowym od 01.09.2015 r. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Zespół spotkał się trzykrotnie: w dniach 30.06.2015 r., 07.07.2015 r. oraz 14.07.2015 r.

Bezpośrednio przed pierwszym spotkaniem w dniu 30.06.2015 r. członkowie Zespołu otrzymali od Ministerstwa Zdrowia projekt zmian rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które miało być podstawą dalszej pracy Zespołu. Pomimo ekstremalnie krótkiego czasu jaki stronie związkowej został zostawiony na analizę przekazanego dokumentu, na spotkaniu Zespołu w dniu 30.06.2015 r. byliśmy przygotowani do merytorycznych rozmów. W naszej ocenie przekazany projekt zmian rozporządzenia zawierał szereg błędów i nieścisłości, które uniemożliwiałyby w przyszłości jego wykonanie przez świadczeniodawców. Na spotkaniu Zespołu zadaliśmy kilkadziesiąt pytań dotyczących zaproponowanych rozwiązań prawnych, jednak nie uzyskaliśmy na nie jednoznacznych odpowiedzi. Spotkanie zakończyło się kon-

kluzją, że Ministerstwo Zdrowia musi na nowo przepracować przygotowany dokument, ale także złożyć propozycję dotyczącą wysokości finansowania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, tak aby ten wzrost uzyskała cała grupa zawodowa. Projekty zmian przepisów wykonawczych miały być tak przepracowane, aby nie było żadnych wątpliwości, że wynegocjowane środki finansowe trafią wyłącznie do pielęgniarek i położnych oraz że zostaną stworzone gwarancje ich ewentualnej przymusowej egzekucji przez pielęgniarki i położne w przypadku nie wywiązania się pracodawców z przekazania tych środków na wzrosty wynagrodzeń.

Z daleko idącej ostrożności OZZPiP pismem z dnia 03.07.2015 r. skierowanym do Ministra Zdrowia w formie pisemnej zgłosił kompleksowo wszystkie uwagi i zastrzeżenia dotyczące projektu rozporządzenia, a także przedstawił swoje oczekiwania co do dalszych kierunków prowadzonych negocjacji. Oczekiwaliśmy pisemnej odpowiedzi na nasze wystąpienie przed terminem drugiej tury rozmów zaplanowanej na dzień 07.07.2015 r.

Pisemną odpowiedź w tej kwestii wraz z nowym projektem rozporządzenia MZ otrzymaliśmy w dniu 14.07.2015 r. w zasadzie bezpośrednio przed kolejną turą rozmów. To stanowisko pisemne oraz wyjaśnienia udzielone na posiedzeniu Zespołu w dniu 14.07.2015 r. pozwoliły dopiero w sposób w miarę kompleksowy poznać stanowisko negocjacyjne Ministerstwa Zdrowia. Zgłaszamy równocześnie, że nadal nie mamy w formie pisemnej symulacji wyliczeń w sprawie liczby osób uprawnionych w ocenie Ministerstwa Zdrowia do uzyskania wzrostów wynagrodzeń, a także sposobu rozdziału tych środków.

Pani Premier na spotkaniu w dniu 23 czerwca 2015 r. deklarowała, że będzie obserwować przebieg prowadzonych negocjacji, a Minister Zdrowia ma pełne poparcie w tym zakresie Rządu RP. W takim razie przebieg prac Zespołu - w tym zgłoszone propozycje - muszą być Pani Premier znane.

Zwracamy uwagę, że nasza organizacja od początku rozpoczęcia rozmów tj. od 23.06.2015 r. na prośbę Ministerstwa Zdrowia zachowywała w tajemnicy przebieg prowadzonych negocjacji. Istnieją jednak granice lojalności i dobrej woli. Wskazujemy na podstawowe zarzuty, które są w naszej ocenie podstawą do bezwzględnej konieczności włączenia się Pani Premier do negocjacji.

1. W trakcie negocjacji nie wyrażaliśmy zgody i nie akceptowaliśmy stanowiska Ministerstwa Zdrowia, aby ograniczyć zapis § 2 ust. 1 projektu rozporządzenia tylko i wyłącznie do świadczeniodawców posiadających umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju „leczenie szpitalne”? Taki projekt spowodowałby, że ewentualnymi podwyżkami wynagrodzeń zostaną objęte tylko pielęgniarki i położne wykonujące zawód u świadczeniodawców posiadających bezpośredni kontrakt z NFZ w zakresie lecznictwa szpitalnego. Pozostałe pielęgniarki i położne - wykonujące zawód w innych rodzajach świadczeń, a także wykonujące zawód w podmiotach, które nie mają aktualnie kontraktu z NFZ - w ogóle nie będą partycypowały w negocjowanych podwyżkach wynagrodzeń planowanych od 01.09.2015 r. To pytanie jako pytanie zasadnicze zadaliśmy Ministerstwu Zdrowia w piśmie z dnia 03.07.2015 r.

Aktualnie otrzymaliśmy przepracowany projekt rozporządzenia MZ, który uwzględnia objęcie co do zasady podwyżką wynagrodzeń pielęgniarki i położne wykonujące zawód u świadczeniodawcy posiadającego zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za wyjątkiem umów w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz umowy w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych.

Problemy dotyczące tej kwestii to:

1.1 Wyłączenie z tej grupy pielęgniarek i położnych w POZ (według informacji podanych na Zespole jest to grupa

ok. 34.000 osób). Otrzymaliśmy zapewnienie, że ta grupa będzie w pewien sposób partycypować w podwyżce wynagrodzeń od 01.01.2016 r., ale podwyżka ta nie będzie pewna (gwarantowana), bowiem polegać będzie na wzroście stawki kapitałowej bez żadnych prawnych zabezpieczeń, że świadczeniodawca przekaże ten wzrost na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

1.2 Brak zapisów prawnych gwarantujących utrzymanie podwyżki wynagrodzeń po upływie okresu przejściowego tj. po 30.06.2016 r. - jest jedynie deklaracja, że taki wzrost wynagrodzeń (na tym samym poziomie) zostanie utrzymany do końca 2016 r. a od 01.01.2017 r. ma być powiększony o kolejny wzrost (łącznie na okres od 01.01.2017 r. do 31.12.2017 r. ma być zabezpieczona kwota 1500 mln zł). Nie otrzymaliśmy jednak żadnej propozycji zapisu zmian przepisów z której wynikałoby, że ten wzrost będzie skierowany tylko i wyłącznie do pielęgniarek i położnych.

1.2. Zaproponowana na negocjacjach kwota środków finansowych ma wystarczyć na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w wysokości średnio po 300 zł. miesięcznie od 01.09.2015 r. Ministerstwo Zdrowia nie ujawnia jednak publicznie, że z przekazanej kwoty pracodawcy będą mieć prawo potrącić koszty związane z zatrudnieniem pracownika (obowiązkowe składki ZUS obciążające pracodawcę), a także potrącić składki ZUS obciążające pracownika oraz podatek dochodowy. W rzeczywistości pielęgniarka lub położna może realnie otrzymać miesięcznie wypłatę kwoty ok. 172 zł. miesięcznie.

3. Nie został stworzony żaden mechanizm prawny zabezpieczający pewność wypłaty negocjowanych na szczeblu ogólnokrajowym wynagrodzeń. Nie ma gwarancji, że wszyscy pracodawcy zechcą uczestniczyć w programie. Nie ma również gwarancji, że uda się wypracować zawarcie porozumienia co do sposobu rozdziału przekazanych środków na szczeblu danego pracodawcy (nie rozwiązany do chwili obecnej skład podmiotów upoważnionych do zawierania porozumienia na szczeblu danego zakładu pracy). Rozwiązanie, że w przypadku braku zawarcia porozumienia decyduje o sposobie podziału środków na wy-

nagrodzenia jednostronnie pracodawca stwarza zagrożenie, że część pielęgniarek i położnych zostanie całkowicie wyeliminowana z udziału w podwyżkach wynagrodzeń. Związek zawodowy nie może akceptować takiego rozwiązania. Kolejna fundamentalna kwestia jaka nie została wprost uregulowana, to brak propozycji wypłaty określonej kwoty tytułem wzrostu wynagrodzenia. Projekt rozporządzenia nie określa jaką kwotę i od jakiej daty tytułem wzrostu wynagrodzeń ma otrzymać każda pielęgniarka lub położna. Proponowane do wprowadzenia w życie przepisy uniemożliwiają dochodzenie indywidualne wzrostu wynagrodzeń w przypadku sporu w danym zakładzie pracy na drodze postępowania sądowego.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie nie może być stroną porozumienia, które z założenia dzieli grupę zawodową na te pielęgniarki i położne, które będą mogły partycypować we wzroście wynagrodzeń i te które zostaną tego prawa pozbawione.

Nie możemy również podpisać się pod porozumieniem, które stworzy tylko iluzję przekazania środków finansowych na wzrost wynagrodzenia i które nie będzie zawierało gwarancji prawnych realnego dotarcia tych pieniędzy na wzrost wynagrodzeń.

Nie możemy również zaakceptować skali proponowanego wzrostu wynagrodzeń średnio o kwotę ok. 172 zł. do wypłaty miesięcznie „na rękę” od 01.09.2015 r. i to tylko dla niektórych, a w dodatku ograniczonej czasowo do 30.06.2016 r. (nawet ta niewielka kwota nie zostanie włączona do wynagrodzeń zasadniczych, ale może być wypłacana w formie czasowego 10 miesięcznego dodatku do wynagrodzenia). Propozycja ta rażąco odbiega od celów jakie zamierza osiągnąć OZZPiP i nie może być zaakceptowana.

Prace drugiego Zespołu w sprawie wprowadzenia pielęgniarek i położnych do koszyka gwarantowanych „świadczeń zamawianych przez NFZ” przebiegają sprawniej, ale dotyczą one na razie tylko świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa szpitalnego i cały czas nie zostały jeszcze przyjęte do wykonania (nie ma akceptacji Ministerstwa Zdrowia do



zaakceptowania wypracowanych przez Zespół standardów, a także nie ma harmonogramu wprowadzenia tych zmian, tak aby od 01.07.2016 r. była gwarancja kontraktowania świadczeń przez NFZ z uwzględnieniem minimalnego zatrudnienia pielęgniarek i położnych przy danym rodzaju zamawianego świadczenia gwarantowanego).

Reasumując stan pracy w Zespole zmusza naszą organizację związkową do przekazania aktualnego stanu negocjacji bezpośrednio do Pani Premier z proś-

bą o interwencję i włączenie się do negocjacji. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w Warszawie nie może legitymować opinii, że toczą się w Ministerstwie Zdrowia negocjacje skoro ich stan jest taki jak wyżej opisano. Nie możemy również dalej milczeć odnośnie stanu negocjacji, bowiem tym samym oszukiwalibyśmy pielęgniarki i położne w kraju.

Jeżeli nie uda się wypracować zgodnego stanowiska w zakresie kompleksowego rozwiązania problemów naszej gru-

py zawodowej co do warunków pracy oraz warunków płacy, będziemy musieli kwestie te rozwiązywać w trybie ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych na szczeblu poszczególnych zakładów pracy w negocjacjach z pracodawcami, stosując wszystkie dopuszczone prawem formy protestów, nie wyłączając strajków.

Z poważaniem  
Przewodnicząca Zarządu Krajowego  
OZZPiP  
Lucyna Dargiewicz

12 maja 2015 roku

## Świętowanie Pielęgniarstwa w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie

Nieprzypadkowo została wyznaczona data świętowania w Zakładzie Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej na dzień 12 maja, który wiąże się z Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki i Położnej i stanowi szczególny dzień dla wszystkich przedstawicieli tego zawodu.

Po raz kolejny w murach Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie odbyła się ceremonia Symboliki Zawodu Pielęgniarki w ramach, której studenci II roku studiów stacjonarnych otrzymali broszki czepka pielęgniarskiego i Dyplomatorium 2015 podczas, którego dokonano wręczenia dyplomów licencjata pielęgniarstwa absolwentom studiów stacjonarnych i niestacjonarnych ścieżki kształcenia A, B i C.

Uroczystość prowadziła pani kierownik Zakładu Pielęgniarstwa dr n. med. Renata Rabiasz, która na samym wstępie poleciła wprowadzenie symbolicznego światła lampki oliwnej pierwszej Damy Pielęgniarstwa Florencji Nightingale, zwanej Damą z Lampką, była ona używana przy dogładaniu chorych i rannych żołnierzy w czasie wojny krymskiej. Światło lampki oliwnej symbolizuje ofiarność, życzliwość, niezawodność

opieki pielęgniarskiej, poświęcenie i ciepło. W procesie edukacji kształtuje identyfikację z zawodem, nawiązuje do historii zawodu, podkreśla humanistyczny i społeczny charakter profesji, wpływa na kształtowanie postawy zawodowej w kontakcie z drugim człowiekiem. Pani dr Renata Rabiasz podkreśliła rolę trady-

cji zawodowej w procesie kształtowania osobowości przyszłej pielęgniarki/pielęgniarsza. Przedstawiła symbol czepka pielęgniarskiego będącego wyrazem akceptacji wszystkich ludzi niezależnie od ich rasy, wieku, narodowości i wyznania, oznacza pokorę i chęć służenia innym ludziom.



Uroczystość uświetnili swoją obecnością pan Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im Stanisława Pigionia w Krośnie prof. dr hab. Grzegorz Przebinda, pan Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytock, pan Prorektor ds. studiów prof. nazw. dr hab. Zbigniew Barabasz, pani dr Hanna Kachaniuk Dyrektor Instytutu Gospodarki i Polityki Społecznej, pan Kanclerz mgr Franciszek Tereszkiwicz, pani mgr Krystyna Krygowska Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Wśród zaproszonych gości obecni byli pani Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku mgr Aneta Mielnik, Dyrektor Instytutu Politechnicznego dr Dominik Wróbel, Dyrektor Instytutu Humanistycznego dr Władysław Chłopicki, Kierownik Zakładu Rolnictwa i Rozwoju Obszarów Wiejskich dr inż. Małgorzata Górka i mgr Anna Świst Kierownik Studium Języków Obcych. Na uroczystości przybyli również Prezes Stowarzyszenia Czyn Dobro Mimo Wszystko pani Kamila Bogacka, przedstawiciele zarządu Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie dyrektor do spraw lecznictwa Marcin Paczosa i pani Pielęgniarka Naczelna mgr Dorota Kostrzewa oraz liczne grono wykładowców Zakładu Pielęgniarstwa.

W podniosłej atmosferze uroczystości absolwenci i studenci wysłuchali słów skierowanych przez Jego Magnificencję Rektora prof. dr hab. Grzegorza Przebindę, który zwrócił uwagę na rangę i prestiż zawodu pielęgniarskiego. Z okazji uroczystości ciepłe słowa skierowali do studentów i absolwentów Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytock i pani Dyrektor Instytutu Gospodarki i Polityki Społecznej dr Hanna Kachaniuk podkreślając rangę zawodu pielęgniarskiego oraz złożyła życzenia ofiarności i satysfakcji z niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Wystąpienia mieli także Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pani mgr Krystyna Krygowska, dyrektor do spraw lecznictwa Marcin Paczosa i pani mgr Aneta Mielnik Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa PWSZ Sanok.

Po wystąpieniach władz Uczelni i gości absolwenci studiów stacjonarnych zło-

żyli ślubowanie. Słowa przysięgi zawierały obietnicę przestrzegania zasad etyki zawodowej, pomocy potrzebującym, słabszym i cierpiącym oraz rzetelnego wypełniania obowiązków wynikających z pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarskiego.

W pierwszej kolejności zostały wręczone dyplomy licencjata pielęgniarstwa z wyróżnieniem absolwentom studiów stacjonarnych pani Agnieszce Pyszorskiej i panu Pawłowi Wiśniowskiemu. Wręczenia dokonał Rektor PWSZ w Krośnie prof. dr hab. Grzegorz Przebinda, Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytock oraz opiekun roku mgr Wiesława Szarek. Kolejnym punktem programu było wręczenie dyplomów z wyróżnieniem absolwentom studiów niestacjonarnych poziomu A, B i C następującym osobom: Marzena Guzik, Renata Lipka, Jolanta Malec, Małgorzata Mendofik, Bożena Moskał, Marta Niziołek, Elżbieta Szczurek, Elżbieta Węgrzynek, Dorota Winiarska, Beata Wolan, Krystyna Zachariasz. Wręczenia dokonał Rektor PWSZ w Krośnie prof. dr hab. Grzegorz Przebinda, Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytock i koordynator projektu pt. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego pani mgr Małgorzata Moskał-Szybka.

Po zakończeniu Dyplomatorium rozpoczęła się część uroczystości poświęcana symbolicznie zawodu pielęgniarki. Studenci II roku studiów stacjonarnych złożyli przyrzeczenie pielęgniarskie po czym otrzymali symbole zawodowe, metalowe broszki czepka pielęgniarskiego, jest to symboliczny wymiar przyszłej przynależności do grona pielęgniarek. Dwunastu wyróżnionym studentom II roku studiów stacjonarnych symbole zawodowe broszki czepka wręczyli mgr Krystyna Krygowska i rektor PWSZ prof. dr hab. Grzegorz Przebinda. Pozostałym studentom emblematy wręczyli Prezydent Miasta Krosna Piotr Przytock, dr Tadeusz Wasilewski i opiekun roku mgr Stanisława Olszyk. Fundatorem broszek czepka pielęgniarskiego była Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Po uroczystości potocznie nazywanej czepkowaniem odśpiewano hymn pielęgniarski.

Kształcenie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarskiego oparte jest na wiedzy teoretycznej i w znacznej części na kształceniu umiejętności praktycznych, które mogą być zgłębiane w oparciu o bliską współpracę z pielęgniarkami praktyki zawodowej. Wiedząc jak ważnym dla procesu kształcenia jest aspekt łączenia teorii z praktyką co roku odbywa się konkurs na najlepszego opiekuna praktyk zawodowych, laureat otrzymuje zegarek pielęgniarski ufundowany przez Jego Magnificencję Rektora PWSZ Krosno. Już po raz dziewiąty rozstrzygnięto konkurs i w obecnym roku akademickim laureatem została pani mgr Helena Rajchel-Sołtysik.

Druga część spotkania o charakterze empiryczno-historycznym była poświęcona zaprezentowaniu profesji pielęgniarskiej w krajach Afryki Północnej. Współczesność stwarza możliwość podejmowania pracy w różnych krajach. Postawić sobie należy pytanie czy obowiązująca kultura w danym kraju pozwala rozumieć tak samo pielęgniarstwo? Specjalnym gościem zaproszonym na uroczystość była siostra Anna Szymanowska ze Zgromadzenia Służebniczek Najświętszego Serca Jezusowego która w sposób bardzo ciekawy i interesujący przedstawiła prezentację na temat Pracy pielęgniarki w kraju arabskim.

Na zakończenie podziękowanie władzom uczelni oraz nauczycielom akademickim PWSZ Krosno w imieniu absolwentów złożyła pani Marzena Guzik, a w imieniu studentów II roku Marta Jezior.

Z okazji z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych pani dr Renata Rabiasz złożyła życzenia, które zakończyła cytatem polskiego pisarza Andrzeja Szczypiorskiego

*Ten zawód wymaga  
Odwagi Ryszarda Lwie Serce,  
Ofiarności Rolanda,  
Cierpliwości Penylopy  
I miłości Izoldy*

Uroczystość zakończono pamiątkową fotografią, która nieraz będzie przypominała uczestnikom klimat wyjątkowego majowego dnia.

*dr Renata Rabiasz  
mgr Stanisława Olszyk*









Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych  
IK: 273113

Warszawa, 28.07.2015

### **Przewodniczące/Przewodniczący Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych**

#### **Szanowni Państwo,**

Departament Pielęgniarek i Położnych przypomina, że zgodnie z przepisem art. 67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt. 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę

w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Po tym czasie, pielęgniarki i położne, które nie ukończą wymaganego kursu, nie będą mogły wykonywać szczepień ochronnych.

Mając na uwadze powyższe regulacje, Departament zwraca się z prośbą o przekazanie informacji pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód na terenie działania Państwa okręgowych izb pielęgniarek i położnych o konieczności uzupełnienia kwalifikacji uprawniających do prowadzenia szczepień

ochronnych, osobom które nie posiadają wymaganych kwalifikacji, a w ramach kompetencji wykonują to zadanie. Jednocześnie Departament przekazuje Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku.

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

Warszawa, 24 czerwca 2015 r.

### **Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku**

Zgodnie z art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) -zwanej dalej „ustawa o z.o.z.z. i ch.z.u.l.” - obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne posiadający kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 182 poz. 1086, z późn. zm.). W § 6 tego rozporządzenia wskazano, że obowiązkowe szczepienia ochronne mogą przeprowadzać osoby, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego określony na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o zawo-

dach pielęgniarki i położnej obejmował problematykę szczepień ochronnych. Jednocześnie przepis przejściowy zawarty w art. 67 pkt. 3 ustawy o z.o.z.z. i ch.z.u.l. umożliwia do dnia 31 grudnia 2015 roku wykonywanie szczepień ochronnych przez lekarzy lub felczerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nieposiadających tak określonych kwalifikacji zawodowych, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Tym samym z dniem 1 stycznia 2016 roku szczepienia ochronne mogą być wykonywane jedynie przez lekarzy lub felczerów oraz pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy posiadają kwalifikacje zawodowe określone w ww. rozporządzeniu.

Zawarte w ustawie o z.o.z.z. i ch.z.u.l. przepisy określające wymóg posiadania przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronnie odpowiednich i potwierdzonych stosownymi dokumentami kwalifikacji zawodowych uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowe-

go i specjalizacji nie określają jednakże szczegółowo rodzaju kursów i szkoleń lub specjalizacji wymaganych od osób wykonujących szczepienia lecz w tym zakresie w całości odsyłają do regulacji dotyczących uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez lekarzy i lekarzy dentystry oraz pielęgniarki i położne zawartych w przepisach ustawy dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r. poz. 464) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.).

Należy zauważyć, że szczegółowe regulacje prawne dotyczące kształcenia podyplomowego i specjalizacji zawodowych zawarte w tych ustawach, a także określające zakres wymaganych szkoleń i kursów doskonalących i dokumentów potwierdzających ich odbycie oraz same programy szkoleń, kursów i specjalizacji na przestrzeni lat ulegały nieustannym zmianom. Jednocześnie ww. ustawy regulujące wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz zawodów pie-

lęgniarki i położnej zawierają przepisy przejściowe oraz przepisy z zakresu koordynacji, które w konsekwencji z mocy prawa lub w wyniku rozstrzygnięć dokonanych przez właściwe organy sprawujące nadzór nad kwalifikacjami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą do uznawania za równorzędne z obecnie uzyskiwanymi kwalifikacjami, specjalizacji i tytułów zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów, uzyskanych w innym przewidzianym prawem trybie lub uzyskanych w innych krajach.

Tym samym w opinii Głównego Inspektora Sanitarnego uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów lub uzyskanych w innym przewidzianym prawem trybie lub w innych krajach - za równorzędne z uzyskiwanymi w wyniku specjalizacji, kursów i szkoleń prowadzonych na podstawie obecnie obowiązujących przepisów, oznacza, że obecnie osoby, które wcześniej uzyskały kwalifikacje zawodowe obecnie uznawane za równorzędne z uzyskiwanymi obecnie, również posiadają kwalifikacje zawodowe wystarczające do wykonywania szczepień ochronnych i kwalifikacje te nie powinny być kwestionowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. poz. 212, z późn. zm.) oraz inne ustawy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji do wszczynania i prowadzenia postępowań administracyjnych w sprawie uznania za niedostateczne kwalifikacji zawodowych osób wykonujących szczepienia ochronne. Uregulowanie przez ustawodawcę rodzaju kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób (lekarzy lub felczerów

pielęgniarki, położne i higienistki szkolne) wykonujących szczepienia ochronne w ustawie o z.o.z.z. i ch.z.u.l. nie stanowi bowiem przesłanki wystarczającej dla stwierdzenia posiadania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej takich kompetencji bądź do sprawowania jakichkolwiek form nadzoru administracyjnego nad kwalifikacjami osób wykonujących szczepienia ochronne.

Kompetencje do wyrażania opinii i rozstrzygania w tym zakresie posiadają bowiem wyłącznie odpowiednie organy samorządów zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych.

W art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 65 J) wśród zadań samorządu lekarzy zostały bowiem wymienione jego następujące zadania: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu, przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych osób będących obywatelami Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzenie i udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy, prowadzenie postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu.

Podobnie w art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038, z późn. zm.) wśród zadań tego samorządu wymieniono m.in.: sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, ustalenie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach

pracy, stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu, uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Odrębną kwestią jest wskazanie właściwego sposobu postępowania organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku stwierdzenia (lub podejrzenia), że szczepienia ochronne są wykonywane przez osobę nieposiadającą niezbędnych wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych uprawniających do ich wykonywania (lub nieposiadającą dokumentów potwierdzających uzyskanie stosownych uprawnień), co zgodnie z art. 51 pkt. 1 ustawy o z.o.z.z. i ch.z.u.l. stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny. Należy zauważyć, że przepis art. 54 ustawy o z.o.z.z. i ch.z.u.l. w tym zakresie w całości odsyła do regulacji zawartych w przepisach ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2013 r. poz. 395, z późn. zm.), której przepisy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji w zakresie nakładania grzywien w drodze mandatu karnego lub występowania przed sądami powszechnymi w charakterze oskarżyciela publicznego w związku z wykroczeniem wymienionym w art. 51 pkt. 1 ustawy o z.o.z.z. i ch.z.u.l. Tym samym w przypadku podejrzenia, że szczepienia są wykonywane przez osoby nieposiadające wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych doniesienia w tej sprawie należy wnieść do organów ścigania lub do odpowiednich organów odpowiedzialności zawodowej samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Warszawa, 20.08.2015

**Minister Zdrowia**

### **Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

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

W związku z licznymi zapytaniami dotyczącymi uprawnień osób przeprowadzających szczepienia, na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia został zamieszczony komunikat informujący o kwalifikacjach osób przeprowadzających szczepienia oraz wykaz specja-

lizacji, szkoleń i kursów zawierających problematykę szczepień. Należy zauważyć, że posiadanie dokumentu po ukończeniu określonej specjalizacji, szkolenia czy kursu jest wystarczającym dokumentem poświadczającym takie uprawnienia. Jednak uznając, że szczepienia ochronne to podstawowe, bezpieczne

i powszechne działanie profilaktyczne do ich przeprowadzania wystarczające jest podstawowe przygotowanie zawodowe, w związku z tym mając na względzie zapewnienie dostępności do szczepień ochronnych, przeprowadzanych przez osoby mające wieloletnią praktykę w ich wykonywaniu, podjęte zostały

działania legislacyjne polegające na złagodzeniu wymogów, tak aby osoby funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia

(lekarze, pielęgniarki i położne) mogły przeprowadzać szczepienia ochronne.

Z szacunkiem  
Marian Zembala  
Minister Zdrowia

## Komunikat w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne

Zgodnie z art. 17 ust. 6 i ust. 10 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) oraz §. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086, z późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, jeżeli odbyli w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskali dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskali specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

Jednocześnie w art. 67 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych ustalony został okres przejściowy, zgodnie z którym do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

W związku z tym, że od 1 stycznia 2016 r. obowiązkowe szczepienia ochronne będą mogły wykonywać jedynie te osoby, które odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, należy

sprawdzić, czy w trakcie dotychczasowego szkolenia zawodowego osoba, która chce przeprowadzać szczepienie, uzyskała odpowiednie przygotowanie. Jeżeli nie uzyskała, należy uzupełnić te kwalifikacje w najbliższym czasie.

Przeprowadzenie szczepienia ochronnego obejmuje kwalifikacyjne badanie lekarskie i wykonanie szczepienia.

Kwalifikacyjne badanie lekarskie do szczepień ochronnych przeprowadza wyłącznie lekarz posiadający niezbędną wiedzę z zakresu szczepień ochronnych, znajomości wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że problematykę szczepień ochronnych obejmują w szczególności programy specjalizacji opracowane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz. U. poz. 26):

### **1. Program specjalizacji w dziedzinie pediatrii, składający się z modułu podstawowego w zakresie pediatrii (czas trwania 3 lata) oraz modułu specjalistycznego w zakresie pediatrii (czas trwania 2 lata).**

Lekarz po ukończeniu modułu podstawowego w zakresie pediatrii powinien wykazać się wiedzą obejmującą aktualny program szczepień ochronnych oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie stosowania schematów szczepień u dzieci z zaburzeniami odporności.

W ramach stażu podstawowego w oddziale pediatrii ogólnej (dzieci młodsze, dzieci starsze) lekarz nabywa wiedzę obejmującą m.in. powikłania po szczepieniu BCG – zasady postępowania, natomiast w ramach stażu kierunkowego w poradni POZ sprawującej opiekę nad dziećmi – wiedzę oraz umiejętności praktyczne obejmujące szczepienia (wskazania, przeciwwskazania, NOP – niepożądane odczyny poszczepienne).

Oczekuje się, że lekarz po ukończeniu modułu specjalistycznego w zakresie pediatrii wykaże się wiedzą w zakresie szczepień ochronnych (kalendarz, przeciwwskazania, powikłania) oraz umiejętnością kwalifikowania dzieci do szczepień ochronnych.

Zawarty w programie modułu specjalistycznego w zakresie pediatrii kurs podsumowujący „Postępy w pediatrii” obejmuje wiedzę m.in. z zakresu szczepień ochronnych (wskazania i przeciwwskazania, NOP).

Należy wskazać, że ww. moduł podstawowy w zakresie pediatrii realizują nie tylko lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pediatrii, lecz również lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, na podstawie załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry, w następujących specjalizacjach, w których moduł ten stanowi jedną z części programu specjalizacji:

1. choroby płuc dzieci;
2. endokrynologia i diabetologia dziecięca;
3. gastroenterologia dziecięca;
4. kardiologia dziecięca;
5. nefrologia dziecięca;
6. neonatologia;
7. onkologia i hematologia dziecięca;
8. pediatria metaboliczna.

### **2. Program specjalizacji w dziedzinie chorób zakaźnych**

Lekarz realizujący szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chorób zakaźnych nabywa wiedzę dotyczącą szczepień i szczepionek, obejmującą zasady wykonywania, kalendarz szczepień oraz kontrolę efektywności.

Ww. wiedzę nabywa w ramach:

1. kursu wprowadzającego „Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie chorób zakaźnych” – zakres wiedzy obejmuje szczepienia i szczepionki, w tym szczepionki stosowane w infekcjach;



2. stażu podstawowego w zakresie chorób zakaźnych – zakres wiedzy obejmuje szczepienia ochronne, zasady aktualizacji i kontrolę wykonawstwa szczepień;

3. stażu kierunkowego w zakresie chorób zakaźnych dzieci – zakres wiedzy obejmuje kalendarz szczepień, niepożądane odczyny poszczepienne.

### 3. Program specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej

Zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych są realizowane w ramach kursu „Wybrane problemy kliniczne”, w którym zakres przekazywanej wiedzy obejmuje problematykę szczepień w praktyce lekarza rodzinnego, w tym:

1. ogólne zasady wykonywania szczepień,
2. organizacja punktu szczepień,
3. rodzaje szczepionek,
4. transport i przechowywanie szczepionek,
5. szczepienia obowiązkowe i zalecane,
6. kalendarz szczepień,
7. szczepienia podróży,
8. bezwzględne i względne przeciwwskazania do szczepienia,
9. powikłania poszczepienne,
10. rozmowa z pacjentami na temat szczepień,
11. ruchy antyszczepionkowe.

Ponadto wiedza obejmująca szczepienia ochronne jest przekazywana w ramach kursu „Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów”.

### 4. Program specjalizacji w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej

Wymagana wiedza obejmuje szczepienia ochronne w medycynie tropikalnej, natomiast wymagane umiejętności praktyczne obejmują umiejętność kwalifikowania do szczepień wymaganych i zalecanych przed podróżą.

Ww. wiedza jest realizowana w ramach:

1. kursu „Medycyna morska” – zakres wiedzy obejmuje szczepienia ochronne marynarzy, rybaków i innych osób podróżujących;
2. kursu „Medycyna podróży i turystyki” – zakres wiedzy obejmuje szczepienia ochronne podróżujących.

Ponadto wykaz obowiązków zabiegów i procedur, jakie lekarz powinien wykonać w czasie szkolenia specjalizacyjnego, obejmuje udział w co najmniej 20

procedurach poradnictwa dla osób podróżujących i w 10 procedurach stosowanych szczepień ochronnych w akredytowanych punktach szczepień i poradniach medycyny podróży.

### 5. Program specjalizacji w dziedzinie epidemiologii:

1. Zakres wymaganej wiedzy objętej programem tej specjalizacji obejmuje:

1. szczepienia profilaktyczne,
2. typy szczepionek i szczepień,
3. wskazania i przeciwwskazania do szczepień,
4. ocena skuteczności szczepionek i szczepień: odporność indywidualna i zbiorowiskowa,
5. szczepienia obowiązkowe i zalecane - kalendarz szczepień,
6. niepożądane odczyny poszczepienne (NOP): definicja, typy, nadzór nad NOP w Polsce.

2. Ruchy antyszczepionkowe, zasady przeciwstawiania się ich działalności.

Ww. wiedza jest przekazywana w ramach:

1. kursu „Epidemiologia chorób zakaźnych” – zakres wiedzy obejmuje problematykę szczepień zapobiegawczych i niepożądanych odczynów poszczepiennych,
2. kursu „Bioterroryzm i epidemiologiczne aspekty wojskowej służby zdrowia”, który obejmuje:

1. wiedzę – kalendarz szczepień Sił Zbrojnych według standardów NATO (STANAG 2037, 2491) oraz

2. umiejętności praktyczne – umiejętność opracowania kalendarza szczepień wojsk przewidzianych do działań w ramach NATO i misjach pokojowych ONZ,

3. stażu kierunkowego w zakresie epidemiologii chorób zakaźnych w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny lub w wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej, podczas którego lekarz zapoznaje się z podstawami epidemiologii chorób zakaźnych, nadzorem epidemiologicznym nad chorobami zakaźnymi, problematyką szczepień zapobiegawczych i niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Dokument poświadczający uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny, po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzami-

nu Specjalizacyjnego, wydaje Centrum Egzaminów Medycznych, tj. instytucja powołana do organizacji i przeprowadzania m.in. Państwowych Egzaminów Specjalizacyjnych.

Jednocześnie informuję, że lekarze mają możliwość uczestniczenia w kursach doskonalących, obejmujących zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych (lista ww. kursów doskonalących jest publikowana na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego: [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl)).

Kursy te są przeznaczone dla lekarzy zainteresowanych określoną tematyką, są nieobowiązkowe, ale często zalecane dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne. Wśród ww. kursów przewidzianych na 2015 r. można wymienić:

1. kurs „Podstawy wakcynologii dla lekarzy rodzinnych” (2 edycja) – przeznaczony dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, organizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Studium Medycyny Rodzinnej, ul. Kleczewska 61/63 w Warszawie;

2. kurs „Szczepienia ochronne u dzieci – aktualny stan wiedzy” – przeznaczony dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pediatrii, medycyny rodzinnej oraz innych specjalnościach, w których konieczna jest kwalifikacja do szczepień, organizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Klinika Pediatrii ul. Ceglowska 80 w Warszawie.

Dokument poświadczający udział w ww. kursach doskonalących (najczęściej jest to zaświadczenie o ukończeniu kursu) wydaje każdorazowo organizator danego kursu.

Jednocześnie należy wskazać, że ww. kursy doskonalące mogą być organizowane nie tylko przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, lecz również przez inne podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia podyplomowego na podstawie art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza dentyisty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464), a także podmioty, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 tej ustawy, po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzo-

nym przez okręgowe izby lekarskie lub Naczelną Izbę Lekarską.

**W przypadku pielęgniarek i położnych pożądane kwalifikacje posiadają osoby, które ukończyły:**

1. Kurs specjalistyczny pn.: „Szczepienia ochronne dla pielęgniarek”

2. Kurs specjalistyczny pn.: „Szczepienia ochronne noworodków dla położnych”.

*Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby zawarte w tym miejscu dane były rzetelne, wyczerpujące i aktualne. Jed-*

*nak mają one charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą stanowić podstawy do jakichkolwiek roszczeń.*



Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych  
PP-WPS.0212.1.2015.4.2015

Warszawa, 16.06.2015

**Pani dr n. o zdr. Dorota Kiliańska  
Przewodnicząca Rady do spraw e-Zdrowia w pielęgniarstwie**

**Szanowna Pani Przewodnicząca,**

Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w dniu 26 kwietnia 2015 roku Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia przyjęło Rekomendację nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 r. Rady do spraw e-Zdrowia w pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy Uniwer-

sytecie Medycznym w Łodzi dotyczącą projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwiej.

Informacja o przyjęciu przez Ministra Zdrowia powyższej Rekomendacji została zamieszczona w dniu 8 maja 2015 roku na stronie Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) w zakładce Pielęgniarki i Położne - Komunikaty dla pielęgniarek i położnych.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o bieżące informowanie Departamentu Pielęgniarek i Położnych o bieżących pracach Rady nad wzorami elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwiej.

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

**Minister Zdrowia przyjął rekomendację dotyczącą projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwiej**

W dniu 26 kwietnia 2015 r. Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia przyjęło Rekomendację nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 r. dotyczącą projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwiej. Dokument wypracowała Rada do spraw e-Zdrowia w pielęgniarstwie wspólnie z Akredytowanym przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Kła-

syfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Rada do spraw e-Zdrowia w pielęgniarstwie jest organem opiniotwórczo-doradczym powołanym przez Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Działa od 2012 roku.

Przyjęcie Rekomendacji przez Ministra Zdrowia będzie skutkowało rozpo-

częciem prac nad pierwszymi wzorami dokumentów w obszarze pielęgniarstwa w standardzie HL7 CDA.

Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby zawarte w tym miejscu dane były rzetelne, wyczerpujące i aktualne. Jednak mają one charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą stanowić podstawy do jakichkolwiek roszczeń.



**INNOWACYJNA  
GOSPODARKA**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**Centrum Systemów Informacyjnych**  
Ochrony Zdrowia

**UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO**



**Rekomendacja nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 r.**

**Rady ds. e-zdrowia w pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie**

Rada, mając na uwadze:

1. European Interoperability Framework 2.0 (Europejskie Ramy Interoperacyjności dla europejskich usług uży-

teczności publicznej”, 16/12/2010, do komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

i Komitetu Regionów „W kierunku interoperacyjności europejskich usług użyteczności publicznej”).

2. Ustawę o informatyzacji podmiotów publicznych z dnia 12 lutego 2010 r., o zmianie ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne oraz niektórych innych ustaw).

3. Dyrektywę 24/2010/UE w sprawie praw pacjenta w trans granicznej opiece zdrowotnej.

4. Normę EN 13606 - 4: 2009 Informatyka w ochronie zdrowia. Przesyłanie elektronicznych dokumentów zdrowotnych - część 4: Bezpieczeństwo, Dyrektywa UE (95/46/EC) dotycząca ochrony danych Rekomendacja 97/5 Rady Europy dotycząca ochrony danych medycznych.

5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U.2012.526).

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

Ponadto działając na mocy zapisów Rozporządzenia w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, gdzie interoperacyjność osiąga się przez:

1. ujednoczenie, rozumiane jako zastosowanie tych samych norm, standardów i procedur przez różne podmioty realizujące zadania publiczne, lub

2. wymiennosc, rozumianą jako możliwość zastąpienia produktu, procesu lub usługi bez jednoczesnego zakłócenia wymiany informacji pomiędzy podmiotami realizującymi zadania publiczne lub pomiędzy tymi podmiotami a ich klientami, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich wymagań funkcjonalnych i pozafunkcjonalnych współpracujących systemów, lub

3. zgodność, rozumianą jako przydatność produktów, procesów lub usług przeznaczonych do wspólnego użytkowania, pod specyficznymi warunkami zapewniającymi spełnienie istotnych

wymagań i przy braku niepożądanych oddziaływań.

Rada ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie rekomenduje do wprowadzenia do „karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej”, wskazanej w Rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, § 2, ust. 3, pkt. 4. następujących wzorów dokumentów, będących integralną częścią ww. karty:

1) karty wywiadu pielęgniarskiego;

2) karty oceny stanu pacjenta, wraz z rekomendowanymi przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek skalami oceny stanu zdrowia pacjenta, które znajdują się w załączniku do niniejszej Rekomendacji;

3) planu opieki opartego na Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®), w tym diagnoz pielęgniarskich i działań/interwencji pielęgniarskich oraz wyników opracowywanych w oparciu o Klasyfikację ICNP®;

4) karty wypisu ze wskazówkami dla pacjenta;

5) raportu pielęgniarskiego.

Dokumenty wskazane w pkt. 1) do pkt. 5) stanowią załączniki od nr 1 do nr 5 do niniejszej Rekomendacji.

Zaleca się, aby przy tworzeniu architektury pielęgniarskiej dokumentacji elektronicznej stosować ww. dokumenty, w oparciu o terminologię Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®). Zaleca się, aby dla celów prowadzenia prac dyplomowych, wykorzystujących metodę studium indywidualnego przypadku na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 poz. 631) wykorzystywano wskazane w załącznikach dokumenty. Zaleca się, aby opracowane dokumenty stosować także w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

#### **Rekomendacja zostanie przedstawiona:**

1. Ministrowi Zdrowia

2. Ministrowi Nauki i Szkolnictwa Wyższego

3. Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia

4. Dyrektorowi Centrum Monitorowania Jakości

5. Kierownikom podmiotów prowadzących działalność leczniczą

6. Kierownikom podmiotów prowadzących kształcenie na kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo

7. Dyrektorowi Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

8. Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej

9. Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych

#### **Członkowie Rady:**

1. dr Danuta Kiliańska - Przewodnicząca Rady, Akredytowane Centrum Badań i Rozwoju ICMP, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

2. dr Grażyna Rogala - Pawelczyk - zastępca Przewodniczącego Rady: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;

3. dr inż. Kajetan Wojsyk - przedstawiciel Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Zastępca Dyrektora ds. Europejskich

4. Marta Buraczyńska - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Wydział Badań i Analiz oraz Współpracy Międzynarodowej.

#### **Akceptował:**

Dyrektor

Marcin Kędziński - Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia



**„KARTA WYWIADU PIELEŃNIARSKIEGO”**

^Nazwisko i imię [Wpisz tekst]  
 ^Nazwisko panieńskie [Wpisz tekst]  
 płeć: K() M() PESEL [Wpisz tekst] wiek [Wpisz tekst]  
 data i miejsce urodzenia [Wpisz tekst]  
 adres zamieszkania [Wpisz tekst]  
 stan cywilny [lista do wyboru] wykształcenie [lista do wyboru]  
 zawód wykonywany [Wpisz tekst]  
 dane opiekuna pacjenta: kto[Wpisz tekst]  
 stopień pokrewieństwa [z klasyfikacji ICNP] nr telefonu[Wpisz tekst]  
 ^oddział [wybór z listy] ^sala nr [Wpisz tekst]  
 ^data i godzina przyjęcia do szpitala [autouzupełnianie]  
 tryb przyjęcia do szpitala: nagły() planowy()  
 przeniesienie z innego oddziału()[wybór z listy]  
 leczenie jednego dnia()  
 który pobyt w szpitalu [Wpisz tekst]  
 ^diagnoza lekarska [zaciągnięta z dokumentacji medycznej]  
 ^przyczyna przyjęcia do szpitala: [Wpisz tekst]  
 ^kontakt z pacjentem: prawidłowy () zaburzony () brak ()  
 (przy zaburzonym kontakcie wywiad z opiekunem) *kto udzielił wywiadu* [Wpisz tekst]  
 objawy choroby, ich umiejscowienie i charakter [Wpisz tekst]  
 objawy towarzyszące [Wpisz tekst]  
 choroby przebyte i współistniejące: \*1 [lista rozwijana ze strony 2]  
 przebyte choroby zakaźne [Wpisz tekst]  
 przebyte zabiegi operacyjne[Wpisz tekst]  
 wzrost [Wpisz tekst] m, masa ciała [Wpisz tekst] kg, BMI [obliczone wg wzoru]  
 ^parametry życiowe: ^temp. [Wpisz tekst] °C, ^CTK [Wpisz tekst] mmHg  
 ^tętno [Wpisz tekst] ud/min,  
 pomiar na tętnicy \*2 [lista rozwijana ze strony 2] rytm\*3 [lista rozwijana ze strony 2] napięcie \*4 [lista rozwijana ze strony 2] oddech [Wpisz tekst]/min.  
 ocena bólu: Skala Oceny Bólu [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 ^umiejscowienie bólu: [Wpisz tekst]  
 grupa krwi [Wpisz tekst] czynnik Rh [lista rozwijana GRUP KRWI]  
 źródło informacji [Wpisz tekst]  
 nosicielstwo HBs () HIV() inne [Wpisz tekst]  
 alergie:\*5 [lista rozwijana ze strony 2]  
 transfuzje krwi : nie() tak() data transfuzji [KALENDARZ]  
 reakcja na transfuzję: nie dotyczy() tak() nie()  
 objawy reakcji [Wpisz tekst]  
 styl życia 6\*[lista rozwijana ze strony 2]  
**AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI:**  
 nazwa [Wpisz tekst zapamiętany przez pacjenta] dawka \*7 [lista rozwijana ze strony 2]  
 nazwa [Wpisz tekst zapamiętany przez pacjenta] dawka \*7 [lista rozwijana ze strony 2]  
 nazwa [Wpisz tekst zapamiętany przez pacjenta] dawka \*7 [lista rozwijana ze strony 2]

nazwa [Wpisz tekst zapamiętany przez pacjenta] dawka \*7 [lista rozwijana ze strony 2]  
 leki przyjęte w dniu dzisiejszym: tak() nie()  
 ^zapewnienie opieki duszpasterskiej nie() tak ()  
 ocena stopnia aktywności pacjenta w zakresie podstawowych czynności życiowych:  
 Skala ADL [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 Skala Zmęczenia [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 stosowanie sprzętu kompensacyjnego: nie()tak ()\*8 [lista z ICNP @ oś F]  
 warunki socjalne \*9 [lista rozwijana ze strony 2]

<b>OCENA FUNKCJONOWANIA POSZCZEGÓLNYCH UKŁADÓW</b>
--

Skóra \*10 [lista rozwijana ze strony 2]  
 Skala Klasyfikacji Odleżyn [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 wzrok \*11 [lista rozwijana ze strony 2]  
 słuch \*12 [lista rozwijana ze strony 2]  
 węch \*13 [lista rozwijana ze strony 2]  
 smak \*14 [lista rozwijana ze strony 2]  
 układ nerwowy i funkcje poznawcze\*15 [lista rozwijana ze strony 2]  
 Skala MMSE (wersja skrócona) [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 zachowanie i reakcje emocjonalne\*16 [lista rozwijana ze strony 2]  
 układ sercowo-naczyniowy\*17 [lista rozwijana ze strony 3]  
 układ oddechowy\*18 [lista rozwijana ze strony 3]  
 Skala Oceny Duszności [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 układ pokarmowy\*19 [lista rozwijana ze strony 3]  
 Skala Oceny Nudności [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 układ moczowo-płciowy\* 20 [lista rozwijana ze strony 3]  
 Skala Nietrzymania MOCZU [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 układ kostno-stawowy\*21 [lista rozwijana ze strony 4]  
 Skala Upadków [lista rozwijana SKALE ICNP]  
 Inne stany \*22 [lista rozwijana ze strony 4]

**DIAGNOZY PIELEŃNIARSKIE \*23 [lista rozwijana - diagnozy ICNP z interwencjami]**

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA PACJENTA NA ODDZIAŁ**  
 [Wpisz tekst]

Pacjent(ka) zapoznany z oddziałem (*dzwonek do dyżurki, godziny odwiedzin, telefon, toaleta, godziny posiłków, lekarz prowadzący, regulamin oddziału i Karta Praw Pacjenta*): :  
 ^Pacjent(ka) poinformowany o nie opuszczaniu oddziału

TAK() NIE()  
 Inicjały (podpis) pielęgniarki przeprowadzającej wywiad

opcja	<b>ZAPISZ</b>
-------	---------------

Legenda:

\*opcje do wyboru:

**„KARTA WYWIADU PIELEŃNIARSKIEGO”**

1. **Choroby:** cukrzyca() nadciśnienie tętnicze() sercowo-naczyniowe () nowotwór()[Wpisz tekst] padaczka() gruźlica () choroby układu oddechowego ()[Wpisz tekst] nerek()[Wpisz tekst] reumatyczne () udar mózgu() choroba zakrzepowo-zatorowa() inne():[Wpisz tekst]
2. **^Tętno:** mierzone na tętnicy: promieniowej() udowej() innej()[Wpisz tekst]
3. **Tętno:** miarowe() niemiarowe()
4. **^Tętno:** dobrze napięte() słabo napięte() słabo wyczuwalne() nitkowane () nie wyczuwalne()
5. **Alergie:** brak ()  
na leki()[Wpisz tekst] na pokarmy() [Wpisz tekst] inne(): środki chemiczne () kosmetyki() roztocza() sierść zwierząt() pyłki traw/drzew()[Wpisz tekst]
6. **Styl życia:** siedzący tryb życia() aktywny tryb życia() tytuń nie() tak() liczba papierosów dziennie [Wpisz tekst] inne nałogi nie() tak() jakie [Wpisz tekst]
7. **Leki przyjmowane** 1x dziennie()2x dziennie()3x dziennie()4x dziennie()częściej()
8. **^Sprzęt:** protezy zębowe() laska() kule() wózek inwalidzki() balkonik() inny()jaki [wybór ze słownika ICNP, oś F] wkłucie centralne() jakie [Wpisz tekst] gdzie [Wpisz tekst] data założenia [kalendarz] inne dostępy żyłne [Wpisz tekst]
9. **Warunki socjalne:** mieszka: z rodziną() samotnie() w DPS() bezdomny() [Wpisz tekst] pracuje() utrzymuje się z renty/emerytury() otrzymuje zasiłek() inne() [Wpisz tekst]
10. **^Skóra:** stan higieniczny: zadbany() zaniedbany() brak uszkodzeń, ^zabarwienie, wilgotność ciepłota i napięcie –prawidłowe()
  - ^blada() ^zażółcona() marmurkowa() ^zasiniona() ^ wybroczyny()
  - ^sucha() wilgotna()
  - ^ciepłota: podwyższona() ^ obniżona ()
  - cechy odwodnienia()
  - uszkodzenia powierzchniowe() lokalizacja: [wybór z ICNP ® oś L]
  - ^ rany przewlekłe () lokalizacja [wybór z ICNP ® oś L] dotychczasowe leczenie: rana zainfekowana() czysta()- głębokie uszkodzenia tkanek() lokalizacja: [wybór z ICNP ® oś L]
  - samookaleczenia()[wybór z ICNP ® oś L]
  - stan higieniczny świerzb() wszawica() inne [Wpisz tekst]
  - inne dolegliwości()[Wpisz tekst]
  - rana pooperacyjna() – lokalizacja [wybór z ICNP ® oś L] ^założone dreny () [wybór z ICNP ® oś L]
  - ^odleżyny: brak() ^odleżyny stwierdzone() [wybór z ICNP ® oś L] ^założony opatrunek na skórę()
11. **^Wzrok:** prawidłowy()
  - ^niedowidzenie() ^ślepotą() inne zaburzenia i dolegliwości [Wpisz tekst]
  - ^ stosowanie okularów() stosowanie soczewek() inne [Wpisz tekst]
12. **^Słuch:** prawidłowy() ^niedosłuch() jeżeli jednostronny: strona L() strona P() stopień niewielki() znaczny() ^głuchota() inne dolegliwości [Wpisz tekst]  
^stosowanie aparatu słuchowego() implant() [wybór z ICNP ® oś F]
13. **Węch:** prawidłowy() zaburzony() brak() inne dolegliwości [Wpisz tekst]
14. **Smak:** prawidłowy() zaburzony() brak() inne dolegliwości [Wpisz tekst]
15. **Układ nerwowy:**  
stan prawidłowy () ^pełna świadomość, )^nastrój wyrównany, równowaga zachowana, )^kontakt słowny logiczny, spontaniczny, rytm snu i czuwania zachowany  
stan nieprawidłowy:  
zaburzenia świadomości() nastrój: podwyższony() obniżony()  
^niedowład() gdzie: [wybór z ICNP ® oś L] porażenia () jakiej części ciała [wybór z ICNP ® oś L]  
z wywiadu] kontakt słowny: ^nielogiczny() ograniczony() wymuszony ()komunikacja pozawerbalna() ^ brak kontaktu()  
zaburzenia mowy ()  
senność() zamroczenie() stan przedśpiączkowy() śpiączka()  
zawroty głowy ()omdlenia () zaburzenia równowagi() utraty przytomności() napady padaczkowe(): od kiedy [Wpisz tekst] Częstotliwość [wybór z ICNP ® oś T]  
- rytm snu i czuwania: nieprawidłowy() trudności w zasypianiu() bezsenność() charakter zaburzeń [Wpisz tekst].  
- inne dolegliwości()[Wpisz tekst]
16. **Zachowanie i reakcje emocjonalne:**  
^stan prawidłowy: zachowanie adekwatne do sytuacji ()pełna świadomość co do miejsca, czasu i osoby()  
stan nieprawidłowy: zachowanie niespokojne() uczucie lęku() pobudzenie psychoruchowe() przygnębiony() nadmierna wesołość() agresja()protest() rozpacz()obojętność()  
^brak orientacji co do: co do miejsca() czasu() osoby ()unieruchomienie pacjenta /przymus bezpośredni()  
- inne dolegliwości()[Wpisz tekst]

**„KARTA WYWIADU PIEŁĘGNIARSKIEGO”****17. Układ sercowo-naczyniowy**

- bez dolegliwości()
- obecne dolegliwości: ^obrzęki: kończyn dolnych() uogólnione() ^wodobrzusze()
- sinica: obwodowa() centralna()
  - duszność: wysiłkowa() spoczynkowa() napadowa()
  - ^żylaki kończyn dolnych () choroba żylna zakrzepowo-zatorowa()
  - inne dolegliwości()[Wpisz tekst].

**18. Układ oddechowy**

- 1) bez dolegliwości, ^oddech prawidłowy ()
- 2) obecne dolegliwości:
  - ^oddech: nieregularny() zwolniony() przyśpieszony() spłycony() świszczący() charczący() Cheyne-Stokesa() Kussmaula() Biota() stany bezdechu()
  - ^duszność: wysiłkowa()spoczynkowa()inna.....
  - zapach powietrza wydychanego: aceton() fetor() kwaśny() ropny()
  - ^kaszel: brak() suchy()wilgotny() napadowy() chroniczny() pokasywanie()
  - chrypka()
  - zaleganie płwociny w drzewie oskrzelowym()
  - odkrztuszanie: samodzielne() utrudnione() ^konieczne odsysanie()
  - ^toaleta drzewa tchawiczo-oskrzelowego tak(): jak często [wybór z ICNP @ ós T]
  - płwocina: bezbarwna() zabarwiona()jak [Wpisz tekst]
  - sinica obwodowa() sinica centralna()
  - konieczność utrzymania drożności dróg oddechowych poprzez:
    - o rurkę intubacyjną()
    - o rurkę ustno-gardłową()
    - o rurkę tracheotomijną()
    - o konikotomię ()
  - inne dolegliwości: [Wpisz tekst]
  - ^Tlenoterapia poprzez: : kaniulę() cewnik() maskę() przepływ [Wpisz tekst] l/min

**19. Układ pokarmowy**

- 1) ^bez dolegliwości() tj.: łaknienie w normie, pragnienie w normie, perystaltyka jelit obecna, wydalanie stolca regularne, masa ciała prawidłowa,
- 2) obecne nieprawidłowości:
  - ^niedowaga ()
  - ^nadwaga ()
  - otyłość()
  - język: szorstki() czerwony() obłożony()
  - jama ustna: błona śluzowa wysuszona() pleśniawki() owrzodzenia() inne zmiany () [Wpisz tekst]
  - dysfagia() nudności() zgaga odbijanie() wymioty() rodzaj wymiotów: treść pokarmowa() fusowate()
  - inne [Wpisz tekst]
  - ^łaknienie: brak()zmniejszone()wzmożone()
  - ^pragnienie: brak() zmniejszone() wzmożone()
  - ^odżywianie: enteralne(): ^PEG() ^sonda żołądkowa() ^parenteralne() [Wpisz tekst]
  - nietolerancja pokarmów() jakich: [Wpisz tekst] może z ICNP
  - nietolerancja napojów() jakich: [Wpisz tekst] może z ICNP
  - ^perystaltyka jelit : przyśpieszona() zwolniona() brak perystaltyki()
  - ^wydalanie: brak stolca() ^liczba dni od ostatniego stolca [Wpisz tekst], ^wzdęcia() ^zaparcia() ^biegunka() rodzaj: śluz() ^stolec zabarwiony krwią() ^stolec smolisty() ^nietrzymanie stolca()
    - o - ^przetoka: ileo/kolo-stomia () inna: [Wpisz tekst]
    - o - ^inne dolegliwości( ) [Wpisz tekst]

**20. Układ moczowo-płciowy**

- 1) ^bez dolegliwości() diureza prawidłowa, ()
- 2) ^obecne nieprawidłowości: dysuria() wielomocz ()skąpomocz() częstomocz() bezmocz() moczu zagęszczony() krwimocz() nykturia ()
  - ^bolesne parcie() ^inkontynencja() ^urostomia()
  - obrzęki: poranne() stałe() uogólnione() miejscowe() jeśli miejscowe: twarz () kończyny()
  - inne dolegliwości [Wpisz tekst]



**„KARTA WYWIADU PIELEŃNIARSKIEGO”**

- sprzęt pomocniczy: ^założony cewnik Foley'a()^data założenia [Wpisz tekst] ^data wymiany [Wpisz tekst] rozmiar [Wpisz tekst] ^pieluchomajtki()^ inny sprzęt/cewnik()[wybór z ICNP ® oś F]
- cykl miesięczkowy: ()regularny() nieregularny() menopauza ()
- krwawienie miesięczne: nie dotyczy()norma() mierne() skąpe() obfite() niebolesne() bolesne()
- krwawienia międzymiesiączkowe() po stosunku: występują()nie występują()
- ciążę: liczba ciąż [Wpisz tekst] porodów [Wpisz tekst] poronień [Wpisz tekst]
- wydzielina z cewki moczowej() narządów rodnych() liczba [Wpisz tekst] charakter [Wpisz tekst]
- gruczoł krokowy: prawidłowy()stwierdzony przerost ()data ostatniego badania [kalendarz ? czy orientacyjnie miesiąc dwa temu ?]
- przepuklina mosznowa() przepuklina pachwinowa()
- inne dolegliwości()[Wpisz tekst]

**21. Układ kostno-stawowy**

- 1) bez dolegliwości: poruszanie samodzielne, nie wymaga usprawniania() postawa, budowa i proporcje ciała prawidłowe() napięcie mięśniowe prawidłowe() ruchomość w stawach pełna()
- 2) obecne nieprawidłowości:
  - napięcie mięśniowe: obniżone() wzmożone() drżenia mięśniowe() przykurcze mięśniowe()
  - zakres ruchów oraz siła mięśniowa – ograniczone()
  - ^poruszanie ograniczone()^wymaga asystowania()^nie zmienia pozycji ciała samodzielnie()
  - ruchomość w stawach: ograniczona() sztywność()
  - wady wrodzone() jakie, gdzie: [wybór z ICNP ® oś L] przebyte urazy: złamania() [wybór z ICNP ® oś L] zwichnięcia() skręcenia()
  - ^brak kończyny(), której: [wybór z ICNP ® oś L]
  - inne dolegliwości [Wpisz tekst]

**22. Inne stany:** stan po mastektomii() strona prawa() strona lewa()^stan po operacji ()[Wpisz tekst] ^inne/uwagi [Wpisz tekst]

**23. Diagnozy pielęgniarskie** [wybór z ICNP ® oś DC]

**SKALE ZALECANE PRZEZ ICN – KATALOG „Nursing Outcome Indicators”**

- 1) Skala ADL (opieka długoterminowa, domowa, w stanach ostrych): 7 dniowa, 24 godzinna.
- 2) Skala IADL (opieka domowa)
- 3) Skala Nietrzymania Mocz (opieka: domowa, środowiskowa - POZ, w stanach ostrych)
- 4) Skala oceny bólu (opieka długoterminowa, domowa, w stanach ostrych)
- 5) Skala zmęczenia
- 6) Skala oceny duszności dla wszystkich obszarów pielęgniarstwa
- 7) Skala oceny nudności dla wszystkich obszarów pielęgniarstwa
- 8) Skala oceny upadków (opieka długoterminowa, domowa, w stanach ostrych)
- 9) Skala oceny odleżyn (opieka długoterminowa, domowa, w stanach ostrych)
- 10) Skala oceny możliwości samoopieki (w środowisku domowym, stanach ostrych)
- 11) Skala MMSE (wersja skrócona)

## „KARTA OCENY STANU PACJENTA”

Data [automatycznie] godzina [automatycznie]  
 @Nazwisko i Imię pacjenta [z wywiadu/kod pacjenta]  
 @wiek [z wywiadu] @płeć: K() M() @sala nr [z wywiadu]  
 @Diagnoza lekarska i powód przyjęcia do szpitala: [z wywiadu lekarskiego]  
 @Data przyjęcia do szpitala [z wywiadu]  
 @Stan ogólny: dobry() średni() ciężki() b. ciężki() [z wywiadu]  
 @ Aktywność pacjenta: chodzący() wymagający asystowania() nie porusza się samodzielnie()  
 @Parametry życiowe [z wywiadu] temp/ tętno/ CTK  
 @Ból: brak() mały ból() umiarkowany() [z wywiadu] dręczący, przeszywający ból() skala 3-10 [z wywiadu] umiejscowienie bólu [z wywiadu]  
 @Zachowanie i reakcje emocjonalne [z wywiadu] pełna świadomość() nastroj wyrównany() [z wywiadu] zaburzenia świadomości() [z wywiadu] kontakt słowny: spontaniczny, logiczny() wymuszony() [z wywiadu] zachowanie: adekwatne do sytuacji() niespokojne() [z wywiadu] pobudzenie psychoruchowe() kontakt nielogiczny() [z wywiadu] brak kontaktu co do miejsca() czasu() osoby() [z wywiadu]  
 Wzrok : prawidłowy() niedowidzenie() ślepota() [z wywiadu]  
 Słuch: prawidłowy() niedosłuch() głuchota() [z wywiadu]  
 Układ oddechowy: oddech prawidłowy [z wywiadu] oddech: przyspieszony() zwolniony() duszność() [z wywiadu] świszczący() charczący() kaszel: brak() suchy() [z wywiadu] wilgotny() odsysanie() toaleta drzewa oskrzelowego() [z wywiadu]  
 @tlenoterapia przez: [z wywiadu] kaniulę() cewnik() maskę() przepływ l/min z wywiadu] tracheostomia() [z wywiadu]  
 Układ krążenia: monitor() [z wywiadu] pomiar tętna na tętnicy : promieniowej() udowej() [z wywiadu] dobrze napięte() słabo napięte() nie wyczuwalne() [z wywiadu] zabarwienie skóry: prawidłowe() skóra: blada() [z wywiadu] zażółcona() zasiniona() wybroczyny() [z wywiadu] obrzęki [z wywiadu]: brak() obecne() lokalizacja [ICNP @ oś L] Pomiar obręzków: nie() pomiar wykonany() [z wywiadu] żyłki kończyn dolnych() [z wywiadu]  
 @Układ pokarmowy: odżywianie [wszystkie dane z wywiadu]: samodzielne() karmienie pacjenta() karmienie parenteralne() karmienie przez sondę() PEG() inne łąknienie: w normie() brak() zmniejszone() wzmożone() pragnienie: w normie() brak() zmniejszone() wzmożone() dieta [wpisz tekst] nadwaga() niedowaga() pomiar masy ciała()  
**wydalenie:** [z wywiadu]: stolec: regularny() brak() biegunka() luźny() zabarwiony krwią() smolisty() śluz() nietrzymanie stolca() [z wywiadu] liczba dni od ostatniego stolca [z wywiadu] przetoka: ileo/kolo-stomia() wykonana irygacja() enema() [z wywiadu] perystaltyka jelit: prawidłowa() [z wywiadu] przyspieszona() [z wywiadu] zwolniona() [z wywiadu] brak perystaltyki() [z wywiadu]  
 @Układ moczowy: diureza prawidłowa() [z wywiadu] @inkontynencja() pieluchomajtki() [z wywiadu] @założony cewnik Foley'a() data założenia cewnika [z wywiadu] data wymiany [z wywiadu] @bilans płynów() DZM() godzinowa ZM() urostomia()  
 @Skóra: brak odleżyn() [z wywiadu] odleżyny stwierdzone() 1 stopnia() lokalizacja [ICNP @ oś L] wielkość w cm [Wpisz tekst] 2 stopnia() lokalizacja [ICNP @ oś L] wielkość w cm [Wpisz tekst] 3 stopnia() lokalizacja [ICNP @ oś L] wielkość w cm [Wpisz tekst] 4 stopnia() lokalizacja [ICNP @ oś L] wielkość w cm [Wpisz tekst] efekt leczenia odleżyn: poprawa() bez zmian() pogorszenie() rany przewlekłe() miejsce i rodzaj [z wywiadu] opatrunek na skórę () [z wywiadu] materac p/odleżynowy: nie() tak()  
 Drenaż : miejsce założonego drenu [Wpisz tekst] czynny() bierny() ocena drenażu: [Wpisz tekst]  
 @Inne stany: [z wywiadu] stan po zabiegu operacyjnym() stan po mastektomii() [z wywiadu] brak kończyny() miejsce [z wywiadu] niedowład() [z wywiadu] wodobrzusze() inne/uwagi [z wywiadu]  
 Usprawnianie i bezpieczeństwo pacjenta: nie wymaga usprawniania() [z wywiadu] wymaga: asystowania() zmiany pozycji ciała w łóżku() [z wywiadu] pionizacja() transport na wózek lub fotel() barierki() unieruchomienie pacjenta /przymus bezpośredni() [z wywiadu] dzwonek w zasięgu ręki pacjenta() pacjent poinformowany o nie opuszczaniu oddziału() [z wywiadu]  
 @Terapia dożylna: tak() miejsce założonej kaniuli: dłoń P() dłoń L() przedramię L() przedramię P() część grzbietowa stopy() inne miejsce() centralne wkłucie() gdzie: [ICNP @ oś L] pompa infuzyjna() zmiana miejsca wkłucia: tak() nie() @płyn infuzyjny w trakcie wchłaniania: tak() nie() planowa transfuzja() upust krwi() krzywa wchłaniania żelaza()  
 @Czynności higieniczne: toaleta całego ciała wykonana samodzielnie () wymaga asystowania() wymaga wykonania przez: pielęgniarkę() przez inną osobę [Wpisz tekst] toaleta jamy ustnej: wykonana samodzielnie () wymaga asystowania() wymaga wykonania przez: pielęgniarkę () przez inną osobę [Wpisz tekst] zmiana bielizny pościelowej()  
 Przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych: nie() tak() rodzaj badania [Wpisz tekst] Pobranie krwi do badań nie() tak () pomiar glikemii: nie() tak() karta pomiaru glikemii Badanie EKG nie() tak() co [Wpisz tekst] godz.  
 sprzęt pomocniczy: [z wywiadu] ssak() krzesło sanitarne() balkonik() laska() kule() aparat słuchowy() okulary() protezy zębowe() inny(), jaki [z wywiadu] zapewnienie opieki duszpasterskiej nie () tak () [z wywiadu]  
 @Uwagi własne dotyczące stanu zdrowia pacjenta [Wpisz tekst]  
 @ Aktywne skale ocen: ADL() Skala Oceny Bólu () Skala Oceny Duszności() Skala Oceny Nudności () Skala Nietrzymania Moczu() Skala Zmęczenia() Skala upadków() Skala klasyfikacji odleżyn() Skala MMSE (wersja skrócona)  
 @ Aktywne karty pomiarów: bilans płynów() dren w ranie pooperacyjnej() pomiar obręzków() pomiar masy ciała() pomiar glikemii ()  
 ZAPISZ () Inicjały pielęgniarki:

**„SKALE OCENY PIEŁĘGNIARSKIEJ”**

1. ADL Samodzielność pacjenta w zakresie podstawowych czynności życiowych
2. Skala Nietrzymania Mocz (opieka domowa, opieka środowiskowa, opieka w stanach ostrych)
3. Skala Oceny Bólu (w stanach ostrych, opieka długoterminowa, opieka domowa)
4. Skala zmęczenia
5. Skala oceny duszności – dla wszystkich obszarów pielęgniarstwa
6. Skala oceny nudności – dla wszystkich obszarów pielęgniarstwa
7. Skala oceny upadków – (w stanach ostrych, opieka długoterminowa, opieka domowa)
8. Skala oceny odleżyn – (w stanach ostrych, ,opieka długoterminowa, opieka domowa)
9. MMSE

**1.ADL - Samodzielność pacjenta w zakresie podstawowych czynności życiowych**

	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
Kąpiel								
Higiena osobista								
Poruszanie się, chodzenie								
Wyjście do toalety								
Korzystanie z toalety								
Aktywność w łóżku								
Jedzenie								
<b>Ogółem liczba punktów</b>								

**Wynik (pkt.):**

- 0 - niezależny
- 1 - wymagający okresowej pomocy
- 2 - potrzebujący nadzoru
- 3 - niewielki zakres ograniczenia opieki
- 4 - zwiększony zakres opieki/pomocy osób
- 5 - wymagający pełnej opieki
- 6 - całkowita zależność

**2.Skala Nietrzymania Mocz /Wybór wersji w zależności od stanu pacjenta/****Wersja1 (opieka domowa)**

		data	data	data	data	data	data
0	pełna kontrola						
1	okazjonalne nietrzymanie moczu, 1 raz w tygodniu lub mniej						
2	okresowe nietrzymanie 2 razy na tydzień						
3	częste nietrzymanie moczu						
4	nietrzymanie moczu						

**Wersja 2 (opieka ostra)**

		data	data	data	data	data	data
0	pełna kontrola						
1	wymaga okresowego cewnikowania/24h						
2	wymaga kontroli przez urostomię /24h						
3	okresowe nietrzymanie moczu						
4	częste nietrzymanie moczu						
5	nietrzymanie moczu						





**„SKALE OCENY PIEŁĘGNIARSKIEJ”****4. Skala zmęczenia**

		data	data	data	data	data	data	data	data	data
0	brak zmęczenia									
1	minimalne zmęczenie (zmniejszenie energii, pozwalające dokończyć dzień)									
2	średnie zmęczenie (zmęczenie podczas wykonywania czynności)									
3	duże ( uniemożliwiające rozpoczęcie czynności dnia codziennego)									
4	uniemożliwiające normalne funkcjonowanie, żadnej czynności dnia codziennego									

**5. Skala oceny duszności**

		data	data	data	data	data	data	data
0	bez symptomów duszności							
1	nieobecna przy odpoczynku, pojawiający się przy średniej aktywności							
2	nieobecna przy odpoczynku, pojawiający się przy normalnych codziennych czynnościach							
3	obecna przy spoczynku							

**6. Skala Oceny Nudności**

		data	data	data	data	data
0	brak nudności					
1	nudności okazjonalnie odczuwane i nie związane z jedzeniem i nie dokuczające przy aktywności codziennej					
2	nudności umiarkowane, częściowo związane z jedzeniem lub aktywnością w większości dni					
3	ciężkie nudności, codziennie, powiązane z jedzeniem i/lub aktywnością					
4	nudności silne, obezwładniające nawet w łóżku, przy jedzeniu i aktywnościach dnia codziennego					

**7. Skala oceny upadków****Tabela 1** upadki podczas hospitalizacji:

		data
0	90 dni bez upadku	
1	bez upadku 30 dni (występowały od 31-90 dni temu)	
2	1 upadek w ostatnich 30 dniach	
3	2 upadki lub więcej w ostatnich 30 dniach	

**Tabela 2** upadki w ostatnim okresie/pół roku

		data
0	bez upadku	
1	1 upadek w ostatnich 31-180 dniach (pół roku)	
2	1 upadek w ostatnich 30 dniach	

**„SKALE OCENY PIEŁĘGNIARSKIEJ”****8. Skala Klasyfikacji odleżyn**

	stopień	Liczba	miejsce	data	data
brak odleżyny	0	x	x		
okolica ciała w której zaczerwienienie skóry nie znika po uciśnięciu	1 stopień				
częściowa utrata grubości skóry, w której wystąpiło otarcie, pęcherz, płytki krater	2 stopień				
utrata całej grubości skóry, pokazująca tkankę podskórną -ukazując głęboką ranę z lub bez kolejnej warstwy tkanek	3 stopień				
okolica ciała w której rana ukazuje tkankę podskórną, mięśnie czy kość	4 stopień				

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. potylicy        | 7. kość biodrowa (p, l)   |
| 2. łopatką (p, l)  | 8. kolano (p, l)  |
| 3. łokieć (p, l)   | 9. staw skokowy/ kostki- część wewnętrzna (p, l), zewnętrzna (p, l) |
| 4. kość krzyżowa   | 10. inne  |
| 5. pośladki (p, l) |   |
| 6. pięta (p, l)    |   |

**9. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION MMSE Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego**

		data
1	Orientacja w czasie (1- 5)	
	Orientacja w miejscu (1 - 5)	
2	Zapamiętywanie (1 - 3)	
3	Uwaga i liczenie (1 - 5)	
4	Przypominanie (1 - 3)	
5	Funkcje językowe (1 - 2)	
	Powtarzanie 1	
	Wykonywanie poleceń (1 - 3)	
	Pisanie 1	
6	Praksja konstrukcyjna 1	
<b>Ogółem pkt. [podsumowanie]</b>		

**ARKUSZ DPOWIEDZI****1. ORIENTACJA W CZASIE I W MIEJSCU****1) Orientacja w czasie**

- |   |                 |
|---|-----------------|
| Jaki jest teraz rok?                              | [wybór z listy] |
| Jaka jest teraz pora roku?                        | [wybór z listy] |
| Jaki jest teraz miesiąc?                          | [wybór z listy] |
| Jaka jest dzisiejsza data (którego dzisiaj mamy)? | [kalendarz]     |
| Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?                 | [wybór z listy] |

**2) Orientacja w miejscu**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| W jakim kraju się znajdujemy? .                        | [wybór z listy] |
| W jakim województwie się znajdujemy?                   | [wybór z listy] |
| W jakim mieście się teraz znajdujemy?                  | [wybór z listy] |
| Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy? | [wpisz tekst]   |
| Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?              | [wybór z listy] |



**„SKALE OCENY PIELEŃNIARSKIEJ”****2. ZAPAMIĘTYWANIE**

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył(a).

Poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie (jedno słowo na sekundę).

**BYK [ ]      MUR [ ]      LAS [ ]** [ ]

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

**3. UWAGA i LICZENIE**

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem stop [wpisz tekst] [wpisz tekst] [wpisz tekst] [wpisz tekst] [ ]

**4. PRZYPOMINANIE**

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan(i) miał(a) wcześniej zapamiętać.

**BYK [ ]      MUR [ ]      LAS [ ]** [ ]

**5. FUNKCJE JĘZYKOWE****NAZYWANIE**

Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek)

Jak nazywa się ten przedmiot? [wpisz tekst]

Jak nazywa się ten przedmiot? [wpisz tekst]

**POWTARZANIE**

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: **Ani tak, ani nie, ani ale.** [wpisz tekst] ( )

**WYKONYWANIE POLECEŃ**

a) Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać to polecenie.

• proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki [wpisz liczbę]

• złożyć ją oburącz na połowę [wpisz liczbę]

• i położyć ją na kolana [wpisz liczbę]

b) Pokazujemy badanemu tekst polecenia zamieszczony na okładce: „proszę zamknąć oczy”.

Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać [wpisz tekst]

**PISANIE**

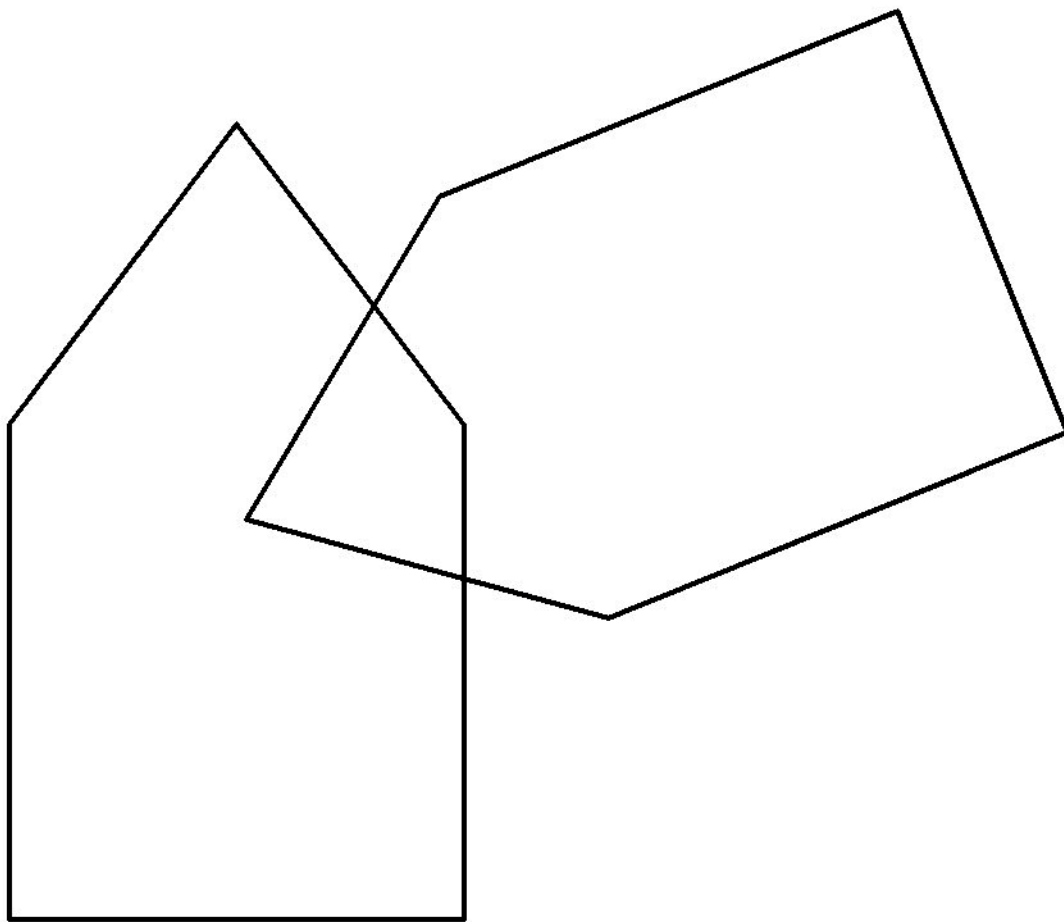
Dajemy osobie badanej **czystą** kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania.

Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie [wpisz tekst]

**6. PRAKSJA KONSTRUKCYJNA**

Proszę przerysować poniższy rysunek tak dokładnie, jak tylko jest to możliwe [ ]

**OGÓLNA LICZBA PUNKTÓW :** [ podsumowanie]



**Ocena głębokości otępienia:**

30 – 27	wynik prawidłowy
26 – 24	zaburzenia poznawcze bez otępienia
23 – 19	otępienie lekkiego stopnia
18 – 11	otępienie średniego stopnia
10 - 0	otępienie głębokie

**„ZALECENIA PIEŁĘGNIARSKIE PRZY WYPISIE ZE SZPITALA”**

Szpital [nazwa] Adres: [ ] Oddział [pobrany] tel. do dyżurki pielęgniarskiej [pobrany] E- mail [pobrany]

Nazwisko i imię pacjenta: [pobrany] Pesel: [pobrany]

Data wypisu ze szpitala [znacznik czasu]

**OCENA SAMOOPIEKI W DNIU WYPISU:**

## WYMAGANA POMOC \*

Toaleta ciała (mycie, czesanie, golenie): Nie ( ) Tak ( )

Zmiana bielizny (rozbieranie, ubieranie): Nie ( ) Tak ( )

Odżywianie Nie ( ) Tak ( )

Wydalenie Nie ( ) Tak ( )

Sprawność ruchowa Nie ( ) Tak ( )

Samodzielność w życiu codziennym Nie ( ) Tak ( )

**ZALECENIA PIEŁĘGNACYJNE**

\*1. Postępowanie z raną pooperacyjną.....

\*2. Postępowanie z drenażem .....

\*3. Postępowanie z cewnikiem .....

\*4. Postępowanie z rurką tracheotomijną.....

\*5. Postępowanie ze stomią .....

\*6. Postępowanie z wczesnym odczynem popromiennym.....

\*7. Postępowanie z miejscem po wkłuciu dożylnym.....

\*8. Postępowanie z miejscem po nakłuciu portu podskórnego.....

\* **właściwe zaznaczyć****WSKAZÓWKI DLA PACJENTA (właściwe zakreśli)**

- systematyczne przyjmowanie leków zleconych przez lekarza
- zakaz przyjmowania leków nie zleconych przez lekarza
- zakaz picia alkoholu i środków pochodnych
- systematyczna kontrola w poradni zdrowia psychicznego
- systematyczna kontrola w poradni odwykowej
- trenowanie umiejętności nabytych poprzez udział w różnych formach terapii
- udział w grupach samopomocowych (mityngi AA)
- kontynuacja programu terapeutycznego
- korzystanie z różnych form wsparcia społecznego
  - pomoc społeczna [ADRES z listy rozwijanej]
  - kluby pacjentów, telefon zaufania [ADRES z listy rozwijanej]
  - kontakt z pielęgniarką rodzinną [adres i telefon]

**2. ZALECENIA INNE: [WPISZ TEKST]**

data i podpis pielęgniarki

podpis pacjenta / rodziny /



**„RAPORT PIELEŃNIARSKI”**

Dane (zaburzenia) pochodzą z karty oceny pacjenta i zostają „zaciągnięte” do „Raportu Pielęgniarskiego”, tj.:

Data i godzina [znacznik czasu]

Nazwisko i Imię pacjenta

wiek [oblicz na podstawie daty urodzenia] płeć, sala nr

Diagnoza lekarska i powód przyjęcia do szpitala:

Kontakt z pacjentem: zaburzony, brak

Data przyjęcia do szpitala:

**Stan ogólny:** dobry, średni, ciężki, bardzo ciężki

**Aktywność:** chodzący, wymagający asystowania, nie porusza się samodzielnie

**Parametry życiowe** temp.....tętno.....CTK.....

**Ból:** mały ból, umiarkowany, dręczący

przeszywający ból, skala: ....

umiejscowienie bólu: .....

**Zachowanie i reakcje emocjonalne**

pełna świadomość, zaburzenia świadomości

kontakt słowny: wymuszony

zachowanie: niespokojne

pobudzenie psychoruchowe, kontakt nielogiczny

**Wzrok:** niedowidzenie, ślepotą

**Słuch:** niedosłuch, głuchota

duszność, oddech świszczący oddech charczący

kaszleł: suchy, wilgotny, odsysanie

tlenoterapia przez: kaniulę, cewnik, maskę

przepływ..... l/min

tracheostomia, toaleta drzewa oskrzelowego

**Układ krążenia:** monitor [z osi ICNP® M]

Tętno: słabo napięte, nie wyczuwalne

skóra: blada, zażółcona, zasiniona, wybroczyny

obrzęki: lokalizacja: [z osi ICNP® L]

Pomiar obrzęków: pomiar wykonany

odżywianie: karmienie pacjenta, parenteralne

karmienie przez sondę, PEG, inne.....

dieta..... pomiar masy ciała

stolec: brak, biegunka, luźny, zabarwiony krwią smolisty,

śluz, nietrzymanie stolca

przetoka: ileo/kolo-stomia, wykonana irygacja, enema

perystaltyka jelit: przyspieszona, zwolniona, brak

diureza: inkontynencja, pieluchomajtki

cewnik Foley'a, data założenia .... data wymiany

bilans płynów, DZM, godzinowa ZM, urostomia

**ODLEŻYNY:**

1 stopnia, lokalizacja: ..... wielkość w cm .....

2 stopnia, lokalizacja: ..... wielkość w cm .....

3 stopnia, lokalizacja: ..... wielkość w cm .....

4 stopnia, lokalizacja: ..... wielkość w cm .....

efekt leczenia odleżyn: poprawa, bez zmian, pogorszenie [z osi ICNP® DC]

rany przewlekłe, miejsce i rodzaj [z osi ICNP® L i J]

opatrunek na skórę [z osi ICNP® M]

materac p/ odleżynowy [z osi ICNP® M]

**Drenaż:** miejsce założonego drenu [z osi ICNP® L]

czynny, bierny, ocena drenażu

stan: po zabiegu operacyjnym, po mastektomii, brak kończyny wodobrzusze

niedowładny..... inne/uwagi .....

**Usprawnianie i bezpieczeństwo:**

wymaga asystowania, zmiany pozycji ciała w łóżku

unieruchomienie pacjenta /przymus bezpośredni

**Terapia dożylna:** dłoń P, dłoń L, przedramię L, przedramię P

część grzbietowa stopy, inne miejsce, centralne wkłucie

gdzie: [z osi ICNP® L] pompa infuzyjna, zmiana miejsca wkłucia

płyn infuzyjny w trakcie wchłaniania:

planowa: transfuzja, upust krwi, krzywa wchłaniania żelaza

**Czynności higieniczne:** wymaga asystowania, wymaga

wykonania przez: pielęgniarkę, przez inną osobę [z osi ICNP® C]

toaleta jamy ustnej: wymaga asystowania,

wymaga wykonania przez: pielęgniarkę [z osi ICNP® M]

**Przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych:**

pobranie krwi do badań, pomiar glikemii, badanie EKG co ... godz.

**Uwagi własne dotyczące stanu zdrowia pacjenta**

**Aktywne skale ocen:**

ADL

Skala Oceny Bólu

Skala Oceny Duszności

Skala Oceny Nudności

Skala Nietrzymania Mocz

Skala Zmęczenia

Skala upadków

Skala klasyfikacji odleżyn

Skala MMSE (wersja skrócona)

**Aktywne karty pomiarów:**

bilans płynów

dren w ranie pooperacyjnej

pomiar obrzęków

pomiar masy ciała

pomiar glikemii

Inicjały pielęgniarki

**Zapisz O**

## Pismo Podsekretarza Stanu dotyczące Systemu Informacji Medycznej

**Panie/Panowie Wojewodowie**

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r., o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 117, poz. 657, z późn. zm.) zwracam się do Państwa Wojewodów z uprzejmą prośbą o skierowanie, na podstawie art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 j.t, z późn. zm.), do kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w podległym Państwu województwie, prośby o uwzględnianie przy zakupie oprogramowania wymogu spełniania krajowych ram interoperacyjności przez nabywane składniki majątku, w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. z 2012. poz. 526), w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej, w ramach Systemu Informacji Medycznej (SIM) wprowadzenie w przyszłości dokumentacji pielęgniarskiej w postaci elektronicznej, wykorzystującej standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

Wdrażane i użytkowane, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą programy informatyczne powinny również spełniać wymogi określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014 r. 177 j.t, z późn. zm.) wydanego na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245).

W przepisach rozporządzenia zostały określone m.in. sposoby prowadzenia dokumentacji, w tym wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zawierającej w szczególności kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, obejmującą informacje dotyczące stanu zdrowia i przebiegu choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, a także opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W tej sprawie, pismem z dnia 17 września 2014 r. Przewodnicząca Rady do spraw e-Zdrowie w Pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), powołanej w celu przygotowania minimal-

nego zbioru danych o pielęgniarstwie (NMDS) dla potrzeb polityki zdrowotnej w Polsce, poinformowała Ministerstwo Zdrowia o podjętych i zrealizowanych przez ww. Radę oraz współpracujące z nią zespoły, czynnościach zmierzających do zastosowania w dokumentowaniu pracy pielęgniarek i położnych ICNP.

W ramach prac Rada ds. e-Zdrowia wydała m.in. rekomendację, w której przedstawia elementy, określonej przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia karty indywidualnej opieki w postaci: karty wywiadu, karty oceny, listy diagnoz, interwencji i wyników oraz raportu i karty wypisu do opieki środowiskowej. Ponadto, rekomendacja wskazuje, na potrzebę zastosowania słownika ICNP w procesie prawidłowego pielęgnowania. Należy zauważyć szczególną przydatność wprowadzenia ICNP przy dokumentowaniu opieki pielęgniarskiej w transgranicznej opiece zdrowotnej. Uwzględniając powyższe uprzejmie proszę o wsparcie procesu wdrażania dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej w systemie elektronicznym wg standardów IGNR

*Z poważaniem  
Z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Aleksander Sopiński*

## Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę autoszczepionki

W związku z niejasnościami w sprawie podawania przez pielęgniarki autoszczepionek przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie. Autoszczepionka nie jest szczepionką, pomimo zbliżonej nazwy oraz jej mechanizmu działania. Szczepionki wykorzystuje się przede wszystkim w celu zapobiegania chorobom, a także w celach leczniczych. W przypadku wykonywania przez pielęgniarkę szczepień ochronnych oraz badań tuberkulinowych istnieje obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie (§ 7 Rozporządzenia MZ

z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień - Dz. U z dnia 30 grudnia 2002 roku). Uznając, że autoszczepionka nie jest ani szczepieniem ochronnym, ani badaniem tuberkulinowym należy przyjąć, że do jej podania pielęgniarka nie ma obowiązku ukończenia kursu specjalistycznego.

Autoszczepionka nie posiada statusu produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terenie Polski, zgodnie z Ustawą z 2001 roku Prawo Farmaceutyczne

(Dz.U.01.126,1381), stąd nie jest sprzedawana w aptekach. Autoszczepionka wytwarzana jest indywidualnie dla pojedynczego pacjenta najczęściej przez laboratorium mikrobiologiczne nie będące wytwórcą produktów leczniczych w rozumieniu w/w ustawy, który nie posiada zezwolenia na produkcję i wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych. Wynika z tego, że autoszczepionka nie jest dopuszczona do obrotu, nie podlega seryjnej kontroli jakości mimo, iż nosi cechy produktu immunologicznego w rozumieniu przywołanej ustawy, która

wymaga takiej kontroli. Ponadto autoszczepionka nie ma dołączonej instrukcji postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych. Leczenie autoszczepionkami jest dość kontrowersyjne, ze względu na brak jednoznacznych dowodów na efektywność i bezpieczeństwo ich stosowania. W wielu krajach europejskich autoszczepionki nie są podawane.

Podanie w Polsce autoszczepionki jest świadczeniem opieki zdrowotnej wykonywanym na zlecenie lekarza, niefinansowanym ze środków publicznych. Biorąc pod uwagę, że autoszczepionka nie jest produktem leczniczym, może być użyta w lecznictwie jedynie w ramach eksperymentu medycznego, leczniczego. Prawne ramy realizacji eksperymentu medycznego leczniczego reguluje ustawa Prawo Farmaceutyczne oraz ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 1996 roku (Dz. U.11.277.1634) i ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku (Dz.U.11.174.1039). Jeśli szczepionka wytwarzana jest na zle-

cenie lekarza w ramach eksperymentu leczniczego, wszyscy jego uczestnicy muszą wyrazić zgodę na udział w tym eksperymencie, po zapoznaniu się z celami i skutkami, oraz po wyrażeniu zgody na jego przeprowadzenie przez niezależną komisję bioetyczną. Pielęgniarka lub inna osoba biorąca udział w eksperymencie ma prawo do odmowy uczestniczenia w przypadku uzasadnionych wątpliwości. W odniesieniu do pielęgniarki regulują to zapisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej tj.

Art. 11.1. Pielęgniarka i położna wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej; wiedzy medycznej.

Art. 12.2. Pielęgniarka i położna może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji podając niezwłocznie przyczynę

odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1.

Art. 14.1. Pielęgniarka i położna ma prawo do uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć eksperymencie medycznego, w którym mają uczestniczyć.

Podsumowując należy stwierdzić, że pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu na zlecenie lekarza może podać autoszczepionkę. Uznając jednak, że w wielu krajach Unii Europejskiej wytwarzanie autoczepionek jest zabronione, nie jest to produkt leczniczy, brak dowodów na efektywność jej stosowania i może być użyta w lecznictwie jedynie w ramach eksperymentu medycznego leczniczego wymagającego zgody komisji bioetycznej i wszystkich jego uczestników pielęgniarka może odmówić jej podania.

*dr hab. Maria Kózka*

## Opinia w sprawie wykonywania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie ustawowej opieki zdrowotnej, na pisemne zlecenie lekarza autohemoterapii

Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej nie są uprawnione do wykonywania leczenia bodźcowo-odczulającego autohemoterapii.

### **Uzasadnienie:**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 roku w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami nie określa zasad leczenia krwią w podstawowej opiece zdrowotnej. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi (z późniejszymi zmianami) nie określa zasad leczenia bodźcowo - odczulającego autohemoterapii jako leczenia dopuszczonego w podstawowej opiece zdrowotnej. Leczenie krwią zarezerwowane jest dla lecznictwa szpitalnego. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej nie ma

kompetencji do realizacji świadczenia jakim jest pobranie krwi żyłnej, połączenie z preparatem wapnia i podanie tak przygotowanego roztworu pacjentowi drogą wstrzyknięcia domięśniowego. Producent preparatu Calcium roztwór do wstrzykiwań zaleca podawanie preparatu wyłącznie drogą dożylną. Podanie preparatu Calcium drogą domięśniową, zgodnie z informacją producenta leku może spowodować martwicę tkanek. Podanie leku przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej niezgodnie z zaleceniami producenta nie może mieć miejsca nawet na zlecenie lekarza. Poza tym w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 marca 2010 roku nie ma preparatu składającego się z ludzkiej krwi i Calcium podawanego drogą domięśniową. Wszystkie preparaty krwi i krwiopochodne dopuszczone w Polsce do stosowania jako leczenie krwią podawane są

drogą transfuzji. Proponuję, aby o leku, w którego w skład wchodzi ludzka krew z preparatem Calcium podawanego drogą domięśniową opinię wydała Agencja Oceny Technologii Medycznych.

*Konsultant Krajowy w Dziedzinie  
Pielęgniarstwa Rodzinnego  
Beata Ostrzycka*

*Miejsce pracy:  
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA  
w Warmińsko-Mazurskim  
Centrum Onkologii, 10-228 Olsztyn,  
Al. Wojska Polskiego 37,  
Tel. 663 370 200,  
e-mail: bostrzycka@wp.pl*



# Instrukcja postępowania w razie wstąpienia patogenów alarmowych

## 1. Cel instrukcji:

Celem instrukcji jest przedstawienie zasad postępowania w razie wystąpienia patogenów alarmowych w środowisku szpitalnym.

## 2. Sposób postępowania:

### 2.1 Identyfikacja alert patogenów, do których zaliczamy:

- Staphylococcus aureus
    - szczepy metycylinooporne (MRSA)
    - szczepy odporne na wankomycynę (VISA, VRSA)
  - Streptococcus pyogenes
  - Enterococcus faecalis: szczepy wankomycynooporne (VRE)
  - Pałeczki gram (-): szczepy ESBL i szczepy odporne na karbapenemy
  - Pseudomonas aeruginosa odporne na karbapenemy lub przynajmniej 2 grupy antybiotyków
  - Acinobacter spp odporne na karbapenemy lub przynajmniej 2 grupy antybiotyków
  - Streptococcus pneumoniae: odporne na penicylinę lub/i cefalosporyny III generacji
  - Wielooporne szczepy bakterii
  - Neisseria meningitidis
  - Zakażenia wirusem HBV, HCV, HIV
- 2.2. Zgłoszenie Ordynatorowi lub lekarzowi prowadzącemu obecności alert patogeny u pacjenta i zaznaczenie **czerwonym wykrzyknikiem na wyniku badania**.

### 2.3. Zastosowanie izolacji barierowej:

- Umieszczenie pacjenta w izolatce. Dopuszczalne jest umieszczenie pacjenta na sali ogólnej ale **KONIECZNE** zastosowanie izolacji obszarowej. Należy umieścić pacjenta na końcu sali i wszystkie czynności pielęgnacyjno - opiekuńcze wykonywać zgodnie z obowiązującymi zasadami opieki nad pacjentem skolonizowanym alertpatogenem.
- Ograniczenie odwiedzin osób niezatrudnionych.
- Pościel, odpady, brudną bieliznę należy usuwać do worków foliowych na

sali pacjenta. Nie wolno przynosić luzem po oddziale.

- Przed przystąpieniem do czynności pielęgnacyjnych pamiętać o higienicznym myciu i dezynfekcji rąk, stosowaniu rękawic ochronnych jednorazowego użycia oraz fartuchów ochronnych jednorazowego użycia. Po użyciu usunąć do odpadów zakaźnych na sali chorego.
- Jeżeli istnieją możliwości organizacyjne wyznaczyć jedną pielęgniarkę do pielęgnacji pacjenta z alert patogenem (szczególnie wskazane w przypadku zakażeń rota lub adenowirusem na oddziałach pediatrycznych).
- Przed planowym zabiegiem operacyjnym należy w miarę możliwości zlikwidować nosicielstwo. W przypadku nosicielstwa w nosie można stosować mupirocynę donosowo. W przypadku nosicielstwa na skórze umyć całe ciało wraz z włosami 4% wodnym roztworem hlorheksydyny (noworodki 1% przez 1 min.).
- Na czas zabiegu wszystkie uszkodzenia skóry należy zabezpieczyć nieprzemakalnym opatrunkiem a skórę wokół uszkodzenia przemyć preparatem antyseptycznym.
- Pościel i bieliznę zmieniać codziennie. Łóżka poddać dezynfekcji 1 x dziennie.
- Sale chorych, na których przebywają nosiciele alert patogenów należy myć preparatami dezynfekcyjnymi 2 x dziennie (wydzielony sprzęt do sprzątania).
- W przypadku większej liczby zakażonych wprowadzić kohortację pacjentów o podobnym czynniku etiologicznym.
- W przypadku przekazywania pacjenta na inny oddział lub do innego szpi-

tala należy zaznaczyć w dokumentacji fakt zakażenia w/w szczepem.

W dokumentacji wewnątrzszpitalnej praktyczne jest umieszczanie na 1 stronie dokumentacji pacjenta umownego znaku zakażenia drobnoustrojem alarmowym np. czerwony wykrzyknik.

- Wszystkie czynności wykonywać w ostatniej kolejności.
- Transport karetką: ubrać czyste ubranie, ubrać fartuch ochronny. Personel uczestniczący w transporcie zobowiązany jest do mycia i dezynfekcji rąk oraz dezynfekcji noszy i karetki wewnątrz.
- W przypadku stwierdzenia większej liczby patogenów alarmowych na oddziale należy poddać badaniom personel oddziału na nosicielstwo tych drobnoustrojów.
- Przed podjęciem pracy na oddziale zabiegowym, onkologicznym, noworodkowym lub innym, na których hospitalizowani są pacjenci o obniżonej odporności należy poddać przyszłych pracowników badaniu w kierunku nosicielstwa MRSA.
- Wskazane jest okresowe badanie na nosicielstwo MRSA u pracowników w/w oddziałów. Nosiciele poddać dekontaminacji.
- Dokumentację archiwizować.

## 3. Odpowiedzialność i kompetencje

3.1 Pielęgniarka Oddziałowa odpowiada za wdrożenie procedury i nadzór nad jej stosowaniem.

3.2 Personel lekarski i pielęgniarski odpowiada za postępowanie zgodne z instrukcją.

## 4. Rozdzielnik

- wg wzoru rozdzielnika

Nr Karty zmian	Litera zmian	Podpis	Data	Nr Karty zmian	Litera zmian	Podpis	Data

Opracowała: mgr Bożena Jastrzębska  
Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

# Badanie skuteczności preparatów dezynfekcyjnych

Sposób działania jednostek służby zdrowia w Polsce nieustannie podlega głębokim zmianom. Następują przekształcenia własnościowe, zmiany źródła i zasady finansowania, kolejne rewolucje w organizacji. Na poziomie szpitala lub innej jednostki ochrony zdrowia wszystkie te, niestety chaotyczne, zmiany wymuszają jednak staranne liczenie kosztów usług medycznych oraz poprawę ich jakości i zakresu. Najlepszą drogą do osiągnięcia sukcesu jest standaryzacja jakości oraz czynności w szpitalu.

Jednym z ważniejszych obszarów wymagających ustanowienia przejrzystych procedur jest program higieny. W tym zakresie kontroli zakażeń ważne jest ustalenie zasad doboru preparatów i wyposażenia służącego do rygorystycznego przestrzegania wysokiego poziomu higieny na oddziałach. Profilaktyka zakażeń nawet w tym wąskim zakresie szybko przynosi znaczne efekty ekonomiczne w formie obniżenia kosztów leczenia i skrócenia czasu hospitalizacji.

Zakupy preparatów dezynfekcyjnych w szpitalach są dokonywane głównie poprzez przetargi publiczne, a często jedynym kryterium oceny nabywanych środków jest ich cena, co nie zapewnia, niestety, sukcesu w profilaktyce zakażeń. Preparaty powinny przede wszystkim spełniać wymagania użytkownika w zakresie realizacji programu profilaktyki (ważna jest ich skuteczność biobójcza, czas działania i stężenia dobrane do procedur). Ponadto środki stosowane do dezynfekcji powierzchni (preparaty biobójcze) oraz do dezynfekcji narzędzi i wyposażenia (wyroby medyczne) powinny być kompatybilne z rodzajem powierzchni, które będą dezynfekowane. Antyseptyki nie powinny drażnić skóry i błon śluzowych.

## Jak dobrać parametry do porównań?

Tak jak procedury higieniczne podlegają normalizowaniu, tak skuteczność preparatów dezynfekcyjnych jest badana i określana na podstawie metod opisanych w normach.

Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. nr 19 poz. 177) w art. 30 informuje, że:

1. Zamawiający opisuje przedmiot zamówienia za pomocą cech technicznych i jakościowych, przy przestrzeganiu Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:

- europejskie aprobaty techniczne;
- wspólne specyfikacje techniczne;
- normy państw członkowskich Unii Europejskiej, przenoszące europejskie normy zharmonizowane;
- Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;
- Polskie Normy;
- polskie aprobaty techniczne.

Tylko zasada porównywania skuteczności preparatów za pomocą obiektywnych, porównywalnych i powtarzalnych metod badawczych zapewnia wybór oferty z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji. Szpital, dokonując wyboru, nie może bez przyczyny żądać do porównań wyników badań nienormatywnych. To samo stężenie preparatu dezynfekcyjnego, badanego dwiema różnymi metodami może dać wyniki różniące się o kilkaset procent.

Na poziomie Unii Europejskiej stworzeniem uniwersalnych metod oceny preparatów dezynfekcyjnych (chemicznych środków dezynfekcyjnych) zajmuje się od 1989 roku Komitet Techniczny CEN TC216. Jest on odpowiedzialny za:

„Standaryzację terminologii, wymagań, metod badania obejmujących potencjalną skuteczność w warunkach użytkowania, zalecenia do stosowania i znakowania w całym obszarze dezynfekcji chemicznej i antyseptyki”.

CEN TC216 pracuje w trzech głównych grupach roboczych i w Grupie Horyzontalnej. Każda z grup zajmuje się innym obszarem:

- grupa robocza 1 – obszarem medycznym;

- grupa robocza 2 – obszarem weterynaryjnym;

- grupa robocza 3 – obszarem spożywczym, przemysłowym, gospodarstwa domowego i instytucjonalnym;

- grupę roboczą 4 – stanowi horyzontalna (łącząca) grupa robocza.

W Polsce normami z tego zakresu zajmuje się Komitet Techniczny nr 296 ds. Dezynfekcji i Antyseptyki.

Komitet Techniczny CEN TC 216 dokonał ważnych ustaleń, które omówiono poniżej.

Wytypowanie mikroorganizmów testowych

- Działanie bakteriobójcze.
- Działanie mykobakteriobójcze (lub tylko tuberkulobójcze).
- Działanie sporobójcze (spory bakterii).
- Działanie grzybobójcze (lub tylko drożdżakobójcze).
- Działanie wirusobójcze (podstawowe i rozszerzone).

## Systematyka metod badań

### 1. Badania fazy 1.

Podstawowymi metodami badań są testy zawieszinowe stosowane w celu stwierdzenia, czy produkt ma właściwości bakteriobójcze, grzybobójcze lub sporobójcze bez specyficznych warunków zastosowania. Dostarczają one jedynie informacji na temat działania podstawowego, nie pozwalają zaś na określenie stężenia użytkowego. Dlatego oceniając konkretny preparat w każdym wypadku należy w następnej kolejności przeprowadzić badania fazy 2.

Najważniejsze normy z fazy 1 zostały już wprowadzone w Polsce, np. PN-EN 1275:2000 (działanie grzybobójcze), PN-EN 1040:2000 (działanie bakteriobójcze) (tab. 1).

W wyjątkowych wypadkach dopuszczalne jest nawet opuszczenie badań fazy 1 i przeprowadzenie od razu badań fazy 2 (lecz taka decyzja wymaga uzasadnienia).

### 2. Badania fazy 2.

W praktyce opieramy się na specyficznych metodach fazy 2, w których stosujemy potencjalnie najbardziej odporne szczepy i najtrudniejsze warunki dezynfekcji dla danego zastosowania. Preparaty, które spełniają warunki fazy 2, powinny być skuteczne wobec normalnie występujących szczepów dzikich. Warto przy tej okazji podkreślić, że spotykana u niektórych szczepów szpitalnych antybiotykooporność nie powoduje zmiany wrażliwości tych szczepów na środki dezynfekcyjne.

Uznaje się, że w szczególnych wypadkach badania fazy 2 etapu 1 lub 2 są wystarczające do wyznaczenia skuteczności biobójczej preparatu.

Faza 2 obejmuje dwa etapy.

Etap 1 polega na zastosowaniu metod zawiesinowych, mających potwierdzić, że produkt wskazuje działanie bakterio-bójcze, mykobakteriobójcze, tuberkulo-bójcze, grzybobójcze, drożdżakobójcze, sporobójcze lub wirusobójcze w warunkach laboratoryjnych, zbliżonych do zamierzonego zastosowania w obszarze medycznym (narzędzia i powierzchnie).

Zatwierdzono już najważniejsze normy: PN-EN 13624:2004 (działanie grzybobójcze), PN-EN 13727:2004 (działanie bakteriobójcze), EN 14348:2005 (działanie mykobakteriobójcze), EN 14476:2005 (działanie wirusobójcze). W normach tych zwraca się uwagę, że roztwór preparatu dezynfekcyjnego powinien mieć fizycznie jednorodną i trwałą postać w czasie całej procedury badania (dezynfekcji), bez pozostawienia osadu, a zatem substancja musi być całkowicie rozpuszczalna.

Etap 2 opiera się na metodach z zastosowaniem nośników (powierzchniowe), w celu przeprowadzenia badań w warunkach imitujących rzeczywiste. Przy badaniu antyseptyków badania obejmują metody oceniające skuteczność mycia rąk i higienicznej dezynfekcji rąk przez wcieranie. Badanie obejmuje kilka etapów: podsuszanie zawiesiny organizmów testowych na nośniku, zanurzenie (dezynfekcja narzędzi medycznych), splukiwanie lub przecieranie (symulacja dezynfekcji z działaniem mechanicznym).

Badania fazy 2 powinny być przeprowadzane zawsze i należy je wybierać

zgodnie z przewidzianym zastosowaniem.

Normy fazy 2 i założenia do nich mają podstawowe znaczenie w praktycznym porównywaniu preparatów dezynfekcyjnych. Część z nich jest już oficjalnie przyjęta, pozostałe mają być zatwierdzone w 2005 roku. Poniżej przedstawiamy w dużym skrócie założenia najważniejszych z nich (tab. 3).

Większość przodujących firm produkujących preparaty dezynfekcyjne dokonała już odpowiednich badań według metod z norm fazy 2 i prezentuje ich wyniki w swoich materiałach. Warto podkreślić, że część preparatów badana była według norm krajowych (zbliżonych w założeniach do norm CE). Ponieważ nie ma wyznaczonego terminu ani obowiązku badania preparatów zgodnie z normami CE, część firm przez pewien czas będzie podawać parametry skuteczności ustalane na podstawie badań zgodnych z normami krajowymi.

### 3. Badania fazy 3

Są one przeprowadzane w warunkach zbliżonych do faktycznego zastosowania i mają na celu stwierdzenie skuteczności poza laboratorium, w prawdziwych warunkach.

Obecnie TC 216 nie przewiduje praktycznego rozwijania metod dotyczących fazy 3. Powodem zaniechania prac jest pewna wewnętrzna sprzeczność, polegająca na trudności ustalenia standardów dla warunków faktycznie zastanych warunków. W każdym szpitalu istnieje różna flora mikroorganizmów, która ulega częstym zmianom (np. nowy pacjent przynosi ze sobą nowe drobnoustroje, powstają nowe szczepy odporne itp.). Stan flory zależy od trudno przewidywalnych i krótkotrwałych czynników, np. pogody, stanu klimatyzacji, jakości pokarmu.

Z tego powodu preparaty dobrane według stanu na określony dzień mogą być zupełnie nieprzydatne po upływie nawet niedługiego czasu. Na razie przyjęto, że badania fazy 2 na „najtrudniejszych” szczepach dobrze oddają skuteczność w warunkach naturalnych.

Poszczególne kraje europejskie uznają normy europejskie obowiązujące jako krajowe. Nadawane im są wówczas odpowiednie oznaczenia, np. w Polsce PN-EN. W naszym kraju proces ten odby-

wa się sprawnie i w zasadzie na bieżąco normy są uznawane na bieżąco (w wersji angielskiej). Kraje członkowskie mogą oficjalnie przetłumaczyć tekst na język narodowy i staje się on wówczas tekstem oficjalnym. W Polsce idzie to bardzo mierzalnie między innymi dlatego, że PKN nie ma środków nawet na ich tłumaczenie. Spotkania i tłumaczenia Komitetu Technicznego PKN nr 296 ds. Dezynfekcji i Antyseptyki są finansowane w całości ze środków zainteresowanych firm. Ale te obciążenia są znaczne i nie możemy ich obecnie zwiększyć.

Warto podkreślić, że opinie wydawane w przeszłości przez PZH były podstawą do wprowadzenia produktu do użytkowania wyłącznie do 30 września 2001 roku. Obecnie metody opiniowania przez PZH w zakresie badań bakteriobójczych i grzybobójczych mogą mieć tylko znaczenie pomocnicze i nie stanowią podstawy do wprowadzania wyrobów medycznych na rynek europejski (nie ma już wewnętrznego rynku polskiego!).

Ponieważ metody stosowane w PZH oparte są na zastosowaniu innych szczepów bakterii i grzybów, z innym obciążeniem, innych technik pracy w laboratorium niż Normy Europejskie. Wyroby badane tylko w PZH, mają zamkniętą drogę na wspólny rynek, a od 1 stycznia 2006 roku – także na rynek polski. Ponadto deklarację producenta o zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG o wyrobach medycznych mogą potwierdzić tylko jednostki notyfikowane.

Producenci i dystrybutorzy preparatów dezynfekcyjnych nie chcą brać żadnej odpowiedzialności za badania i opinie PZH, które zostały wydane na podstawie metod nienormatywnych i sprzecznych z metodami badań znormalizowanych.

Europejska metodologia i założenia badań preparatów dezynfekcyjnych do zastosowań w weterynarii różnią się od tych z zakresu medycyny. Dla przykładu podano różnice z uwzględnieniem normy PN-EN 14349.

Jak widać w powyższym zestawieniu, mamy tu, w porównaniu z prEN 14561, inne gatunki bakterii (ważne dla tego obszaru), inne obciążenia (bardzo duże), inną (niższą) temperaturę badania. Takie warunki mają imitować trudne wa-



runki działania preparatów dezynfekcyjnych, występujące w weterynarii.

Przytoczone wykazy norm CE przyjętych i będących tuż przed przyjęciem wskazują, że brak w nich norm dotyczących badania aktywności wirusobójczej preparatów do dezynfekcji narzędzi. Należy zatem przyspieszyć prace nad nimi. W fazie wstępnej są uzgodnienia na temat działania sporobójczego (właśnie powołano zespół).

Podjęto też wstępne prace nad preparatami do dezynfekcji powierzchni. Są one jednak utrudnione z powodu zaliczenia tej grupy produktów do preparatów biobójczych, przez co komisja musi nieco wychodzić poza obszar swego działania.

Jednym z ciekawszych dokumentów TC 216 jest norma prEN 14885 – Application of European standards for chemical disinfectants and antiseptics. Za-

wiera ona wszystkie założenia do badań. Ten obszerny standard z bogatym słownikiem, wyliczeniami celów i licznymi tabelami stanowi podstawę planu pracy Komitetu Technicznego TC 216 i jego programu merytorycznego.

*Michał Zabłocki*

## Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chłoniakiem złośliwym

### Opieka chorego przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego

Pacjent przebywający na oddziale stacjonarnym czy dziennym, musi być odpowiednio przygotowany do rozpoczęcia leczenia. W dniu przyjęcia podstawowym działaniem pielęgniarki jest ocena biopsychospołeczna pacjenta. Musi opracować indywidualny plan opieki, aby realizować go, gdy stan chorego ulegnie zmianie. [Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J., 2011, s.243]

Pacjent, który po raz pierwszy ma otrzymać chemioterapię przede wszystkim się boi. Towarzyszy mu lęk i obawia się proponowanej metody leczenia. Ważne jest zaufanie chorego, zminimalizowanie jego strachu i lęku przed rozpoczęciem czynności technicznych. [Żuczowska E., Jędrzejczak W., 2009, s.118]

Pacjent powinien otrzymać od pielęgniarki informacje na temat leczenia. Ważna jest edukacja chorego o występujących objawach ubocznych i jak sobie z nimi radzić, a także o sposobie odżywiania się w trakcie leczenia. [Zaborowska A., Pasek M., 2011, s.11]

### Opieka chorego w trakcie terapii

Chory w trakcie terapii znajduje się pod stałą opieką hematologa prowadzącego leczenie. Opieka pielęgniarska nad pacjentem otrzymującym chemioterapię, prowadzona jest na bazie rozpoznanych potrzeb i problemów pielęgnacyjnych. W trakcie wchłaniania leków

cytotoksycznych chory wymaga cały czas monitorowania i starannej obserwacji, w celu zapobiegnięcia wystąpieniu powikłań. Bardzo ważne jest prawidłowe przygotowanie leków przeciwnowotworowych i bezpieczne ich podanie. Działanie toksyczne cytostatyków wywołuje wiele skutków ubocznych, które należy kontrolować i systematycznie łagodzić.

Istotne jest prawidłowe założenie kaniuli, właściwa pielęgnacja i codzienna obserwacja miejsca wkłucia, żeby zminimalizować niebezpieczeństwo zapalenia żył. Należy przed podaniem leków cytotoksycznych i po ich zakończeniu przepłukać żyłę albo port donaczyniowy około 10 ml 0,9% NaCl. Wybór odpowiedniej kaniuli zawsze przeprowadzamy po zbadaniu dostępności do żyły chorego. Właściwa pielęgnacja kaniuli i portu naczyniowego może zapobiec powikłaniom. W trakcie terapii może zaistnieć taka sytuacja, że przy powtarzaniu kolejnych wkłuć do żyły może wystąpić problem z uzyskaniem dostępu do żyły, co powoduje dodatkowy stres u pacjenta jak i personelu. Bardzo korzystne jest założenie portu donaczyniowego u chorych wymagających częstego dożylnego podawania leków, powodując oszczędzanie żył i wygodę podawania. Niestety istnieje także ryzyko wystąpienia powikłań: nakłucie tętnicy, zator powietrzny, odma opłucnowa i krwiak. Aby nie doszło do takich powikłań, należy przestrzegać zasad użytkowania oraz pielęgnowania portu naczyniowego.

Przekazanie pacjentowi wyczerpujących informacji o leczeniu i chorobie pozwala przyjąć mu aktywną postawę podczas terapii. Odpowiednia współpraca personelu z pacjentem i ich rodzinami pomaga w rozwiązywaniu problemów różnego rodzaju, w rozpoznaniu potrzeb jak i ich zaspokajaniu, co zapewnia pacjentom fachową i bezpieczną opiekę podczas terapii. [Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J., 2011, s.244-245]

### Opieka pielęgniarska po terapii

Pielęgniarka po chemioterapii uczy, motywuje i pomaga choremu samodzielnemu radzenia sobie z występującymi problemami. Powinna poinformować o możliwości wystąpienia późnych objawów ubocznych, po upływie miesięcy, a nawet lat od zakończenia leczenia. Przekazuje zalecenia, których chory powinien przestrzegać po opuszczeniu szpitala:

- powinien prowadzić oszczędzający tryb życia,
- należy prowadzić aktywność fizyczną w stopniu umiarkowanym,
- wskazana jest dieta lekkostrawna, wysokokaloryczna, bogato białkowa,
- należy zapobiegać zakażeniom, dbać o higienę osobistą,
- musi przestrzegać terminów leczenia oraz badań kontrolnych wyznaczonych przez lekarza.

Wskazane jest również pouczenie o sytuacji, w których chory powinien zgłosić się do lekarza. Są to następujące ob-

jawy: temperatura powyżej 38°C, nagły ból, przedłużające się krwawienia, duszność, suchy i męczący kaszel, zatrzymanie oddawania moczu, ostra biegunka, zaburzenie świadomości i przytomności. [Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J., 2011, s.261]

Bardzo istotną sprawą jest poinformowanie pacjenta, o bezwzględnym przestrzeganiu antykoncepcji czy wstrzeżności seksualnej podczas trwania terapii. Pacjentka musi wiedzieć, że porzucenie dziecka grozi wystąpieniem rozwoju wad u płodu. [Zaborowska A., Pasek M., 2011, s.16]

Przy kolejnych seriach chemioterapii pielęgniarka powinna zapytać chorego jak się czuł w domu, czy wystąpiły u niego objawy uboczne i czy sobie z nimi poradził. Jeśli pacjent z którymś problemem sobie nie poradził, to wówczas, należy wyedukować go jeszcze raz i upewnić się czy posiada poradnik, jak sobie dawać radę z objawami ubocznymi. Chorego, który źle znosi terapię trzeba wspierać i pomagać mu w różnych sytuacjach. [Zaborowska A., Pasek M., 2011, s.16]

Celem opieki pielęgniarskiej jest niwelowanie skutków ubocznych, a także podnoszenie jakości życia chorego w wymiarze somatycznym, społecznym i psychicznym. Pacjentowi należy pomóc w utrzymaniu właściwego poziomu jakości życia, a także po opuszczeniu szpitala potrafił sobie poradzić z codziennymi problemami. Poprawę jakości życia możemy uzyskać przez czynności: pielęgnacyjne, psychoterapeutyczne oraz farmakologiczne. Realizacja tego wymaga współdziałania i współpracy wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. [Siwik J., 2003, s.32-33]

*Fragment pracy licencjackiej  
Pani piel. lic. Marzeny Szpak  
Promotor pracy – dr Renata Rabiasz  
PWSZ im. S. Pigoń w Krośnie*

**BIBLIOGRAFIA:**

1. Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J.: Opieka pielęgniarska w chemioterapii. [W:] Pielęgniarstwo onkologiczne: podręcznik dla studiów medycznych, (red.) Koper A., Wyd. Lek.

PZWL, Warszawa 2011, s. 243, 244-245, 261

2. Żuczkowska E., Jędrzejczak W.: Postępowanie pielęgniarskie z chorym poddanym chemioterapii. [W:] Pielęgniarstwo onkologiczne, (red.) Nowickiego A., Wyd. Med. Termedia, Poznań 2009, s.118

3. Zaborowska A., Pasek M.: Opieka nad pacjentem poddanym chemioterapii.

[W:] Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową, (red.) Pasek M., Dębskiej G., Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM Kraków 2011, s.11, 16

4. Siwik J.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie teloradioterapii. [W:] Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, (red.) Koper A., Wrońskiej J., Wyd. Czelej, Lublin 2003, s.32-33

## Problemy zdrowotne pacjentki w stanie apalicznym po nagłym zatrzymaniu krążenia i akcji resuscytacyjnej

Nieustanny postęp nowoczesnej medycyny ratunkowej powoduje wzrost liczby osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych niezdolnych do samodzielnego życia. Są to osoby po ciężkich urazach czaszkowo- mózgowych, spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi, niebezpieczną pracą, a także schorzeniami neurologicznymi i kardiologicznymi. Często stają się pacjentami wymagającymi wzmoczonej profesjonalnej opieki medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki pielęgniarskiej sprawowanej przez długi czas.

Szczególną grupę wśród nich stanowią pacjenci w stanie apalicznym, którzy wymagają takiej opieki często do końca swojego życia.

Stan wegetatywny nazywany również zespołem apalicznym jest następstwem rozległego uszkodzenia kory mózgowej,

struktur podkorowych i/lub między-mózgowia. Zespół apaliczny charakteryzuje się utratą wyższych funkcji mózgu, zwłaszcza świadomości – chory jest nieprzytomny, a co za tym idzie nie można nawiązać z nim kontaktu. Pacjent w stanie wegetatywnym nie spełnia poleceń, a jego kończyny ułożone są w pozycji odmóżdzeniowej lub odkorowania, czasami jednak mogą pojawiać się bezcelowe ruchy kończyn, ruchy głowy oraz tułowia. Zachowane są niektóre funkcje mózgu i pacjent w wielu przypadkach samodzielnie oddycha, a akcja serca może przebiegać spontanicznie. Chory może bezwiednie otwierać i zamykać oczy, rozglądać się, albo zapadać w sen. W fazie snu chory ma zamknięte oczy, a jego oddech jest regularny. Czasami obserwuje się spontaniczne lub w odpowiedzi na bodźce reakcje w okolicy ust,

takie jak: ziewanie, ssanie, ruchy języka, czasami wydawanie dźwięków np. podczas toalety, czy zmianie pozycji. Występuje również odruch połykania, ale jest nieefektywny. Mogą pojawić się zaburzenia wegetatywne tj. hiperwentylacja, częstoskurcz, nadmierna potliwość oraz nietrzymanie moczu i stolca. W zapisie elektroencefalograficznym EEG obserwuje się słabą aktywność elektryczną kory mózgowej.

W sytuacji braku powrotu świadomości po kilku, a nawet kilkunastu miesiącach stan wegetatywny przechodzi w tzw. przetrwały stan wegetatywny, dla którego charakterystyczne są następujące objawy:

- nasilony odruch ssania, żucia i gryzienia z jednej strony, z drugiej niemożność połykania,

- pozorny kontakt z otoczeniem – bezcelowe otwieranie oczu i grymasy twarzy,
- zaburzenia rytmu snu i czuwania,
- upośledzenie lub zniesienie czynności ruchowych,
- stabilizacja czynności wegetatywnych lub chwiejność wegetatywna- okresowe przyspieszenie oddechu i akcji serca, wahania ciśnienia tętniczego krwi, nasilone pocenie się zwłaszcza głowy, twarzy i szyi,
- możliwość wystąpienia napadów padaczkowych,
- świadome odbieranie pobudzeń zmysłowych tj. słuchowych, wzrokowych, węchowych i czuciowych, ale bez ukierunkowanej odpowiedzi w zakresie tych czynności,
- zaburzenia hormonalne i metaboliczne, które prowadzą do obniżenia odporności organizmu i wyniszczenia,

Opiekując się pacjentami w stanach apalicznych bezwzględnie trzeba kierować się etycznymi zasadami postępowania, należy pamiętać że żyją oni własnym życiem. Nie da się stwierdzić ile tak naprawdę „świadomości jest w nieświadomości”.

W przypadku stwierdzenia u pacjenta stanu wegetatywnego stosuje się normalny tryb leczenia przy zastosowaniu tzw. terapii proporcjonalnej, będącej dla pacjenta optymalnym działaniem leczniczym, przynoszącym pozytywny efekt bez narażania go na niepotrzebne uciążliwości, czy cierpienie oraz nieuzasadnione obniżenie jakości życia.

Sprawowanie opieki nad pacjentem w stanie apalicznym wymaga bardzo rozległej wiedzy oraz umiejętności personelu pielęgniarstwa i pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Aby uchronić go przed powikłaniami albo je zminimalizować musimy dobrze poznać najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne chorych w stanie wegetatywnym. Jest to niezmiernie trudne ponieważ stan pacjenta, niejednokrotnie wielochorobowość, wielolekowość, przeszłość chorobowa która do stanu apalicznego doprowadziła nie pomaga w prawidłowym rozpoznaniu potrzeb, a co za tym idzie problemów pielęgnacyjnych chorych w stanie wegetatywnym.

Pomimo coraz lepszej opieki i doskonalszych metod leczenia odległynie sta-

nowią nadal bardzo poważny problem w opiece nad pacjentem unieruchomionym, w ciężkim stanie ogólnym, a powikłanie to wraz z innymi współistniejącymi zaburzeniami często przyczynia się do śmierci chorego.

Drugim bardzo ważnym problemem niejednokrotnie prowadzącym do powikłań zagrażających życiu chorego jest wystąpienie problemów ze strony układu oddechowego. Utrzymanie prawidłowej wymiany gazowej w płucach, drożności dróg oddechowych, prawidłowej pielęgnacji rurki tracheostomijnej, wentylacji tlenem zapobiega zagrażającym życiu i niebezpiecznym powikłaniom ze strony układu oddechowego. Utrzymanie prawidłowej wymiany gazowej w płucach decyduje o życiu organizmu jako całości.

Kolejnym problemem którego nie można pominąć jest niemożność przyjmowania pokarmów i płynów drogą doustną wynikającym z występowania zaburzeń połykania i stanu apalicznego. Poprzez prawidłowe, stosowne do stanu odżywianie i nawadnianie chorego zapobiegamy niedożywieniu i odwodnieniu pacjenta, a co za tym idzie zaburzeniom w gospodarce wodno- elektrolitowej, zaburzeniom mechanicznym, metabolicznym, septycznym, a niejednokrotnie śmierci chorego.

Bardzo ważnym problemem utrudniającym prawidłowe rozpoznanie potrzeb chorego jest całkowity brak kontaktu z otoczeniem mimo otwartych oczu i zachowanych ruchów gałek ocznych - brak możliwości werbalnego i pozawerbalnego komunikowania się. Pomimo tego, że z pacjentem w stanie apalicznym pielęgniarka nie ma możliwości kontaktu musi traktować go jak osobę przytomną i świadomą. Od jej wnikliwej obserwacji, umiejętności rozpoznania potrzeb, intensywności i staranności opieki zależy stan chorego i minimalizacja powikłań.

Niemożność kontroli przez pacjenta wydalania moczu i stolca prowadzi niejednokrotnie do licznych powikłań ze strony układu moczowego i układu pokarmowego. Aby ich uniknąć należy prowadzić kontrolę diurezy i regularności wypróżnień. Istotnym elementem jest utrzymanie drożności założonego do pęcherza moczowego cewnika, oraz zapo-

bieganie zakażeniom poprzez pielęgnację okolic intymnych.

Innymi problemami jakie mogą pojawić się u pacjentów w stanie wegetatywnym są np. zaburzenia ośrodka termoregulacji. Pielęgnując chorego trzeba zwracać baczną uwagę na obniżenie się temperatury ciała, pamiętając, że jest ono równie niebezpieczne jak wystąpienie gorączki.

Musimy również zwracać uwagę na powstawanie przykurczów i osłabienie siły mięśniowej. Poważne zagrożenie wynika również z upośledzenia przepływu krwi, zastoju żylnych, które nie leczone mogą doprowadzić do zakrzepicy kończyn.

Pacjenci w stanie wegetatywnym narażeni są również na wystąpienie napadów epileptycznych.

Przewlekłe stany wegetatywne nie roją przywrócenia świadomości ani wyzdrowienia. Musimy jednak pamiętać, że człowiek w stanie apalicznym żyje, żyją jego narządy wewnętrzne i bardzo często dobrze funkcjonują przez długie lata, dlatego wymaga odpowiedniego traktowania i pielęgnacji tak jak każda żywa, ale chora osoba. W tych przypadkach zmniejsza się intensywność stosowanego leczenia, natomiast intensywność i staranność opieki pielęgniarstwa musi być niezmiennie utrzymana, a nawet wzmożona aż do końca życia pacjenta.

Każdą osobę w stanie wegetatywnym należy traktować jak osobę, która widzi, czuje, słyszy, ale nie może odpowiedzieć tak jak my byśmy tego oczekiwali.

W procesie opieki nad chorym w stanie apalicznym musi uczestniczyć jego rodzina i bliscy. To oni mają najlepsze efekty rehabilitacji poprzez: rozmowy z chorym, opowieści, najlepiej takie które pacjent lubił przed chorobą, pokazy zdjęć, czy ulubionych przedmiotów, puszczając znane i lubiane utwory muzyczne, poprzez dotyk, głaskanie, całowanie, czyli maksimum normalnego życia w nienormalnej, trudnej sytuacji w jakiej znalazł się pacjent i jego rodzina.

W opiece pielęgniarstwa nad osobą w stanie apalicznym, pielęgniarka musi określić indywidualne diagnozy pielęgniarstwa oraz zaplanować i realizować działania pielęgniarstwa niwelujące problemy występujące u pacjenta. Pielęgnowanie indywidualnie dobrane do potrzeb pacjenta zwykle przynosi popra-



wę jego stanu zdrowia oraz minimalizuje problemy pielęgnacyjne.

Diagnoza pielęgniarska jest to rozpoznanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta, jako bio-psycho-społecznej jednostki w jej powiązaniu ze środowiskiem istotnym dla utrzymania i polepszenia zdrowia, a także w miarę możliwości dla przywrócenia zdrowia.

Jak wspomniano wcześniej człowiek, który znajduje się w stanie apalicznym należy do grupy pacjentów, wymagających szczególnej opieki i troski. Opieka taka jest bardzo trudna i wyczerpująca, zarówno psychicznie jak i fizycznie. Chory wymaga całodobowej opieki pielęgniarskiej, a także troski rodziny. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorym musi ściśle współpracować z zespołem terapeutycznym i rodziną w celu osiągnięcia zamierzonych celów w opiece, oraz poprawie jakości życia. Opierając się na wywiadzie i obserwacji zaplanować proces pielęgnowania, postawić cel opieki, zaplanować realizację zadań, oraz poddać ocenie wynik swoich działań. W trakcie prowadzenia procesu pielęgnowania u chorego w stanie wegetatywnym wyłoniono następujące problemy:

1. Nieskuteczne oczyszczanie dróg oddechowych.
2. Niemożność przyjmowania pokarmów i płynów drogą doustną wynikające z wystąpienia zaburzeń połykania i stanu apalicznego.
3. Możliwość wystąpienia zakażeń pęcherza moczowego spowodowane założeniem cewnika.
4. Niemożność kontroli wydalania stolca.
5. Zapobieganie występowaniu odleżyn z powodu unieruchomienia.
6. Całkowity brak kontaktu z otoczeniem.
7. Deficyt samoopieki wywołany stanem apalicznym.
8. Trudna sytuacja rodziny spowodowana lękiem o stan zdrowia chorego.
9. Zapobieganie wystąpieniu objawów „burzy wegetatywnej”.
10. Powstawanie przykurczów i osłabienie siły mięśniowej.

Przetrwwały stan wegetatywny stanowi problem kliniczny, etyczny i społeczny. Jak dotąd nie opracowano zasad postę-

powania farmakologicznego ani rehabilitacyjnego.

Celem niniejszej publikacji było przedstawienie jak ważna jest kompleksowa i dobrze zorganizowana opieka pielęgniarska. Pacjent nie może dodatkowo cierpieć z powodu jakichkolwiek zaniedbań, czy źle podejmowanych działań pielęgnacyjnych. Pielęgniarka swoją opiekę musi ukierunkować na cały organizm chorego w stanie wegetatywnym nie pomijając żadnego z układów i uwzględniać potrzeby bio – psycho – społeczne. Należy prowadzić pomiar poszczególnych parametrów życiowych, obserwację i analizę informacji. Pacjent nie może być traktowany przedmiotowo. Do chorego należy zwracać się w sposób życzliwy i ciepły.

Po rozpoznaniu problemów zdrowotnych pacjenta należy zaplanować opiekę nad chorym i włączyć w nią rodzinę, która powinna otrzymać wskazówki pielęgniarskie, które należy przestrzegać w celu poprawy jakości życia pacjenta. W opiece nad chorym ważna jest współpraca całego zespołu terapeutycznego do którego należą lekarze, pielęgniarki, technicy fizjoterapii, psychologów. Działania takie powinny nie tylko zmierzać do rozwiązywania problemów zdrowotnych, ich minimalizowania, ale także do poprawy jakości życia chorego. Pielęgniarka ma szczególną rolę, gdyż to ona prowadzi proces pielęgnowania, stosuje profilaktykę przeciwoleżynową, przeciwwakrepopową, dba o odpowiednie ułożenie chorego, pielęgnację skóry, błon śluzowych, układu moczowego, oddechowego, prawidłowe odżywianie pacjenta. Poprzez swoje działania zapobiega powikłaniom ruchowym i wegetatywnym. Ważna też jest rola edukacyjna- konieczne jest poinformowanie rodziny o przebiegu procesu pielęgnowania ustalonego indywidualnie dla pacjenta, objawach na które należy zwracać szczególną uwagę. Pielęgniarka powinna nauczyć rodzinę jak radzić sobie w sposób indywidualny z pacjentem.

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Stan apaliczny łączy się z wieloma problemami pielęgnacyjnymi, a opieka nad chorym w tym stanie jest bardzo trudna i złożona.

2. Pielęgnacja ciała, rehabilitacja ruchowa, zapobieganie skutkom długotrwałego unieruchomienia, właściwe odżywianie, kontakt z bliskimi to niezbywalne prawa osoby w stanie apalicznym.

3. Rola pielęgniarki jest ważna tak samo na każdym etapie pielęgnowania chorego w stanie apalicznym.

4. Każdą osobę w stanie wegetatywnym należy traktować jak osobę, która widzi, słyszy, czuje.

5. Wsparcie psychiczne rodziny przez pielęgniarkę prowadzi do chętnego włączania się bliskich do opieki nad pacjentem.

6. Współpraca pielęgniarki z całym zespołem terapeutycznym pomaga w zapobieganiu powikłaniom i problemom zdrowotnym chorego

7. Poprzez profesjonalną, troskliwą opiekę pielęgniarską poprawia się jakość życia chorego.

8. Wnikliwa obserwacja, „umiejętność patrzenia na chorego” przez pielęgniarki przyczynia się do zapobiegania problemom zdrowotnym, albo ich minimalizowania.

*Fragment pracy licencjackiej*

*Pani piel. lic. Marzeny Guzik*

*Promotor pracy – mgr Maria Zakrzewska*

*PWSZ im. S. Pigoń w Krośnie*

#### BIBLIOGRAFIA

Kędziora- Kornatowska K., Muszali M., Skolmowska E.: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. PZW, Warszawa 2010.

# Udział pielęgniarki w edukacji zdrowotnej chorego ze stłuszczeniem wątroby

Edukacja zdrowotna jest działaniem, którego celem jest kształtowanie u ludzi zachowań zdrowotnych. Edukowani uczą się, jak prowadzić zdrowy styl życia, co robić aby umocnić zdrowie oraz jak na nie wpływać. [Ślusarska B. 2011, s. 1051]

Działania edukacyjne dążą do zmniejszenia lub zniesienia braków z określonego obszaru wiedzy oraz kształtowania motywacji do przekształcenia negatywnych zachowań zdrowotnych. Działania mają na celu także wyrobienie u pacjenta poczucia, że zdrowie i życie są najważniejsze, [Posłuszna M. 2009, s. 82] dlatego każdy kontakt pielęgniarki z pacjentem powinien mieć części edukacyjne. [Wojnarowska B. 2013, s. 127]

Pielęgniarka prowadząc edukację zdrowotną z podopiecznym między innymi powinna stosować podstawowe zasady nauczania:

- ocenienie poziomu wiedzy oraz motywacji podopiecznego do uczenia się,
- przyłączenie chorego do zdefiniowania celów edukacji,
- planowanie obszaru treści, miejsca oraz czasu nauczania,
- stosowanie metod, które będą mobilizować pacjenta do uczestnictwa w edukacji,
- dopasowanie szybkości i tematyki nauczania do możliwości chorego,
- rozpoczynanie od łatwiejszej do przyswojenia wiedzy,
- przeprowadzanie oceny osiągnięć w czasie trwania edukacji oraz po jej zakończeniu,
- kontrolowanie metod i treści nauczania. [Posłuszna M. 2009, s. 81]

Pielęgniarka zaczynając edukację zdrowotną powinna ocenić poziom wiedzy podopiecznego na temat choroby oraz jego możliwości w zakresie wprowadzenia zmian w zachowaniu zdrowotnym (np. wsparcie rodziny, sytuacja ekonomiczna). [Kawalec E. 2010, s. 353] Najważniejszym jej celem jest modyfikacja

zachowań pacjenta poprzez wzbogacenie jego wiedzy z danej dziedziny, w tym zapoznanie chorego z objawami i przyczynami choroby, jak im zapobiegać oraz jak wyeliminować czynniki szkodliwe dla zdrowia i zagrażające życiu. [Posłuszna M. 2009, s. 80]

Edukator ma za zadanie uświadomić choremu przyczyny i uwarunkowania choroby oraz czynniki, na które posiada on wpływ. Powinien motywować go, nauczyć jak zmienić zachowania, które przyczyniają się do powstania choroby oraz tego jak funkcjonować w chorobie. [Posłuszna M. 2009, s. 82]

Na etapie motywowania należy uświadamiać pacjenta o odpowiedzialności za własne zdrowie, o istnieniu silnego związku pomiędzy tym jak żyje a stanem własnego zdrowia. Istotą jest, aby podopieczny odczuwał potrzebę dbania o swoje zdrowie oraz kształtował pozytywne postawy wobec zdrowia. [Ciechaniewicz W. 2006, s. 889, 891] Pielęgniarka powinna wyeksponować korzyści jakie płyną wraz ze zmianą przyzwyczajzeń oraz utwierdzać edukowanego, że jest w stanie żyć zgodnie z nowymi zaleceniami.

Edukacja zdrowotna pacjenta z chorobą stłuszczeniową wątroby obejmuje włączenie go w proces modyfikacji stylu życia, dietoterapię oraz wskazówki odnośnie wysiłku fizycznego. [Grzymiński M., Kargulewicz A., Stankowiak – Kulpa H. 2010, s. 416]

W edukacji żywieniowej edukujący powinien przekazać choremu odpowiednią wiedzę dotyczącą żywności oraz żywienia, nauczyć go poszukiwania tej wiedzy, a także interpretowania informacji pochodzących z mediów. Istotne jest kształtowanie metod postępowania w zaspokajaniu potrzeb dietetycznych: sposób nabywania produktów żywnościowych, ich przechowywania, przyrządzania oraz planowania posiłków. [Wojnarowska B. 2013, s. 300] Wskazówki

dietetyczne powinny obejmować ilość oraz jakość artykułów spożywczych i posiłków, liczby i rozkładu potraw w ciągu dnia. Pacjent powinien dowiedzieć się, jakie są dozwolone produkty w proponowanej diecie, oraz których powinien unikać i o konieczności przestrzegania diety. [Wieczorek – Chełmińska Z. 2004, s. 48] Zadaniem edukatora jest to, aby wybierane produkty przez pacjenta obustronnie się uzupełniały i pokrywały w dziennym zapotrzebowaniu. [Laska M. 2004, s.1 37]

Dla edukacji aktywności fizycznej istotne jest ukazanie choremu korzyści dla zdrowia, jakie z niej płyną. Chory powinien wiedzieć, że wysiłek fizyczny: obniża nadwagę, zapobiega powstawaniu chorobom, ma dobry wpływ na przeciążenie stresu, poprawia przemianę materii, zmniejsza ciśnienie tętnicze krwi, a przede wszystkim wpływa na samopoczucie, pomaga zrelaksować się, czerpać z życia radość, mobilizuje do życia dodając energię. [Komosińska K. 2004, s. 91 – 94]

Zespół edukacyjny powinien być otwarty na ponowne wyjaśnianie i omawianie niezrozumiałych treści. Ważne jest wspieranie chorego poprzez rozmowę, odpowiadanie na pytania, nieużywanie skomplikowanych wyrażeń oraz przekazywanie w sposób precyzyjny i prosty niezbędnych informacji. [Kaczkan M., Małgorzewicz S., Pałubicka K., Rutkowski B. 2011, s. 311]

Zadaniem edukacyjnym pielęgniarki jest przede wszystkim zdobycie przez pacjenta informacji koniecznych do życia z chorobą i jej następstwami oraz umiejętności, dzięki którym będzie mógł optymalnie funkcjonować w społeczeństwie. [Ślusarska B. 2011, s. 169]

Sprawdzając efekty edukacji edukator każdorazowo powinien wysłuchać podopiecznego i sprawdzić czy rozumie i czy pamięta ostatnio omawiane zagadnienia oraz czy wprowadził w życie zapropono-

wane zmiany. [Trepńska M., Wierusz – Wysocka B. 2008, s. 254].

*Fragment pracy licencjackiej  
Pani piel. lic. Anny Szpak  
Promotor pracy dr Renata Rabiasz  
PWSZ im S. Pigoń w Krośnie*

**BIBLIOGRAFIA:**

1. Ciechaniewicz W.: Udział pielęgniarki w edukacji zdrowotnej. [W:] Pielęgniarstwo ćwiczenia 2, pod red. Ciechaniewicz W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2006, s. 889, 891.
2. Grzymisławski M., Kargulewicz A., Stankowiak – Kulpa H.: Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby – etiopatogeneza, epidemiologia, leczenie. Nowiny lekarskie. 2010, nr 5, s. 416.
3. Kaczkan M., Małgorzewicz S., Pałubicka K., Rutkowski B.: Edukacja żywieniowa pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego. Forum nefrologiczne. 2011, nr 4, s. 311.
4. Kawalec E.: Pacjent z zespołem metabolicznym. [W:] Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym: podręcznik dla studiów medycznych, pod red. Kózki M., Płaszewskiej – Żywko L. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, s. 353.
5. Komosińska K.: Edukacja do aktywności fizycznej, bezpieczeństwo, zapobieganie wypadkom i pierwsza pomoc. [W:] Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej, pod red. Jaczewskiego A., Komosińskiej K. Wyd. Naukowe Novum, Płock, 2004, s. 91 – 94.
6. Laska M.: Edukacja żywieniowa. [W:] Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej, pod red. Jaczewskiego A., Komosińskiej K. Wyd. Naukowe Novum, Płock, 2004, s. 137.
7. Poślusznia M.: Metody i techniki stosowane przez pielęgniarkę internistyczną podczas edukacji pacjentów. [W:] Pielęgniarstwo internistyczne, pod red. Talarńskiej D., Zozulińskiej – Ziółkiewicz D. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009, s. 80 – 82.
8. Ślusarska B.: Podstawy edukacji pacjenta w pielęgnowaniu. [W:] Podstawy pielęgniarstwa, tom 2, pod red. Ślusarskiej B., Zarzyckiej D., Zahradniczek K. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2011, s. 1051, 1058.
9. Trepńska M., Wierusz – Wysocka B.: Edukacja osób przewlekle chorych. [W:] Choroby wewnętrzne: podręcznik dla studentów pielęgniarstwa, położnictwa i fizjoterapii, pod red. Wierusz – Wysockiej B. i in. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2008, s. 254.
10. Wieczorek – Chełmińska Z.: Żywność w chorobach przewodu pokarmowego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2004, s. 48.
11. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2013, s. 127, 300.

# Rola pielęgniarki w opiece i przygotowaniu do samoopieki pacjenta po operacji wyłonienia kolostomii

Funkcje zawodowe pielęgniarki wywodzą się z istoty misji pielęgniarstwa. Pielęgniarka, która świadczy opiekę na rzecz podopiecznego realizuje swoje zadania w określonym terminie i zgodnie z określonymi funkcjami. Wyróżnia się następujące funkcje zawodowe pielęgniarki:

- opiekuńcza;
- terapeutyczna;
- wychowawcza;
- rehabilitacyjna;
- profilaktyczna<sup>1</sup>.

Wytworzenie sztucznego odbytu prowadzi do znacznego upośledzenia jakości życia człowieka oraz zmniejszenia aktywności fizycznej. Związane jest to głównie ze zmianą obrazu ciała chorego i utratą kontroli nad wydalaniem. Proces adaptacji chorego do nowych warunków jest bardzo trudny i w głównej mierze zależy od kondycji psychofizycznej chorego, od zasobu wiedzy

i umiejętności, otrzymania wsparcia społecznego, prawidłowego wykonania i umiejscowienia stomii, rodzaju stosowanego sprzętu oraz opieki w ramach wyspecjalizowanej poradni. Opieka nad chorym ze stomią jest procesem, który powinien rozpocząć się od momentu podjęcia decyzji o planowym wytworzeniu sztucznego odbytu. Opieka obejmuje przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego, opiekę okołoperacyjną i pooperacyjną oraz przygotowanie chorego do samoopieki<sup>2</sup>. Edukacja przedoperacyjna powinna obejmować informacje o rodzaju zabiegu, który pacjent ma mieć wykonany, opis rodzaju stomii, pokaz sprzętu stomijnego, a także wskazówki dotyczące sposobu prawidłowej obsługi tego sprzętu. Bardzo ważne jest omówienie wyglądu stomii, diety, płynów i elektrolitów, konsystencji i ilości wydzieliny, seksualności, kontro-

li nad gazami i zapachem, odpoczynku i powrotu do pracy.

**Wyznaczenie miejsca stomii**

Dobrze umocowana stomia pozwoli na w miarę bezpieczne umocowanie sprzętu stomijnego i nie zakłócenie trybu życia. Chory szybko nabierze pewności siebie i przystosuje się do życia ze stomią. Miejsce wytworzenia stomii powinno być określone już przed operacją. Dotyczy to zarówno stomii czasowych, jak i stałych. Są trzy zasady decydujące o wyborze miejsca stomii. Musi ona znajdować się poza bruzdami brzuszными i bliźniami, w obrębie mięśnia prostego oraz w zasięgu wzroku pacjenta. Częściej zalecanym miejscem na wyłonienie stomii jest górny kwadrant brzucha aniżeli dolny kwadrant, musi tylko znajdować się w zasięgu wzroku pacjenta. Jest tam odpowiednia ilość płaskiej powierzch-



ni brzucha, na której można bezpiecznie umocować sprzęt stomijny. Po wyznaczeniu miejsca na stomię, musimy je oznaczyć niezmywalnym markerem, aby była ona nadal widoczna po umyciu pacjenta do operacji. Wyznaczone miejsce stomii można również delikatnie „drapnąć” sterylną igłą, aby mieć pewność, że będzie widoczne. Ileostomię i urostomię wytwarza się zazwyczaj po prawej stronie, natomiast kolostomia umiejscowiona jest zwykle po stronie lewej. Wokół stomii należy zostawić odpowiednią ilość miejsca na przyklejenie sprzętu stomijnego.

### **Edukacja pooperacyjna**

Edukacja pooperacyjna powinna być kontynuacją nauki rozpoczętej przed zabiegiem operacyjnym. Naukę powinno się przeprowadzać w kilku krótszych sesjach niż w jednej długiej. Bezpośrednio po operacji pacjent odczuwa ból i ma mniejszą zdolność przyswajania informacji, dlatego powinien otrzymywać je w większości w warunkach ambulatoryjnych. Zanim chory opuści szpital należy zaplanować wizyty pielęgniarki stomijnej lub środowiskowej. Powinno się współpracować z pacjentem i jego rodziną, aby dobrze wyznaczyć cele opieki. Chory i jego rodzina powinni poznać:

- zasady wymiany i opróżniania worka stomijnego,
- zasady pielęgnacji skóry wokół stomii,
- zasady modyfikacji diety oraz
- zasady prawidłowego umocowania sprzętu stomijnego<sup>3</sup>.

Podstawowym zadaniem zespołu terapeutycznego, który opiekuje się chorym ze stomią jest przygotowanie go do samoopieki, pomoc w adaptacji siebie samego, swojego wyglądu, dążenie do wysokiej jakości życia oraz pomoc w przystosowaniu się do funkcjonowania ze stomią.

Integralnym elementem edukacji jest informowanie pacjenta o możliwości wystąpienia powikłań, sposobach zapobiegania powikłaniom oraz postępowaniu w przypadku ich wystąpienia. Po opuszczeniu szpitala chory po zabiegu wyłonienia stomii powinien mieć zapewnioną ciągłą opiekę ambulatoryjną w poradni stomijnej<sup>4</sup>.

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym opieka pielęgniarska powinna skupić się na następujących ważnych elementach:

- obserwowaniu świadomości chorego;
- monitorowaniu podstawowych funkcji życiowych pacjenta (ciśnienie, tętno, oddech, ocena zabarwienia skóry i błon śluzowych, temperatury oraz ilości wydalanego moczu);
- obserwacji pacjenta w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań;
- obserwacji rany operacyjnej w kierunku wystąpienia możliwego krwawienia (czystość opatrunku) oraz w kierunku wystąpienia martwicy stomii (kolor, zabarwienie, ukrwienie stomii);
- obserwacji stanu skóry wokół stomii (reakcja na materiał przyklejny i kontakt z kałem);
- obserwacji sondy żołądkowej;
- łagodzeniu dolegliwości bólowych związanych z przebyciem zabiegiem operacyjnym poprzez systematyczne podawanie leków anelgetycznych na zlecenie lekarza oraz stałej kontroli bólu przez prowadzenie skali bólu i zapisywanie bólu odczytywanego przez pacjenta;
- podawanie pacjentowi zleconych leków i płynów infuzyjnych;
- dbanie o komfort pacjenta;
- zmniejszeniu u pacjenta negatywnego nastawienia do swojego nowego wyglądu związanego z wyłonieniem stomii i wytworzeniu sztucznego odbytu na powłokach brzucha;
- prawidłowym dokumentowaniu wszystkich parametrów dokonywanych u pacjenta oraz podawanych płynów infuzyjnych i leków;
- w razie powikłań szybkie poinformowanie chirurga lub anestezjologa<sup>5</sup>.

### **Funkcja wychowawcza**

W czasie realizacji zadań funkcji wychowawczej pielęgniarka powinna przygotować pacjenta i jego rodzinę do współpracy w procesie pielęgnowania oraz do podjęcia samoopieki. Pielęgniarka swoją postawą i zachowaniem powinna pomóc podopiecznemu uwierzyć w to, że może pokonać trudności związane z wyłonieniem stomii jelitowej. Podczas wizyt u pacjenta dba o prawidłową pielęgnację skóry wokół stomii, dokonuje wymiany sprzętu stomijnego i udziela instruktażu jego stosowania. Pielęgniarka jest osobą która przebywa z pacjentem najczęściej, obserwuje go w różnych sytuacjach i to ona wie najlepiej czego potrzebuje. W czasie kiedy przebywa z pacjentem ma

szczególne możliwości przekazania swojej wiedzy i kształtowania umiejętności samoopieki.

Jeżeli pacjent życzy sobie, aby jego rodzina była włączona w proces edukacji, pielęgniarka powinna zorganizować wizytę najbliższych w szpitalu, w czasie której wspólnie z pacjentem będą uczyć się wszystkich zasad opieki nad chorym ze stomią jelitową. Im aktywniejszy będzie udział w edukacji, tym szybciej chory powróci do aktywnego życia.

Realizując funkcję wychowawczą pielęgniarka musi przygotować chorego i rodzinę do realizowania opieki w domu. W tym celu powinna wyjaśnić zasady związane z utrzymaniem ciała w czystości, zasady właściwych form aktywności i wypoczynku, dać wskazówki odnośnie diety i rehabilitacji oraz działalności poradni stomijnych i grup wsparcia<sup>6</sup>.

### **Funkcja opiekuńcza**

Pielęgniarka powinna ułatwić pacjentowi dostęp do informacji o stanie zdrowia i planowanej opiece, a także udostępnić broszury i materiały z których pacjent i jego rodzina zasięgnie wiedzy o stomii, o zasadach pielęgnacji stomii, rodzajach sprzętu stomijnego i sposobie refundacji tego sprzętu. Są to działania które pomogą i ułatwią życie choremu z wyłonioną stomią jelitową. Celem funkcji opiekuńczej jest niesienie pomocy oraz szacunek dla chorego i jego rodziny.

### **Funkcja terapeutyczna**

Pielęgniarka realizując funkcję terapeutyczną wykonuje głównie zlecenia lekarskie. Kompetencje zawodowe pielęgniarki uwarunkowane są poziomem wykształcenia, zdobyciem specjalizacji i ukończeniem odpowiednich kursów<sup>7</sup>.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu wyłonienia stomii jelitowej wymaga od pielęgniarki pomocy w rozwiązywaniu wszystkich problemów związanych z chorobą i pobytem w szpitalu. Pielęgniarka wyznacza miejsce stomii, przygotowuje jelito do operacji, uczy chorego samoopieki, zapoznaje go ze sprzętem stomijnym oraz informuje o zasadach refundacji takiego sprzętu.

### **Funkcja rehabilitacyjna**

Celem funkcji rehabilitacyjnej jest pomaganie podopiecznemu w uzyskaniu

niezależności i umiejętności poradzenia sobie w nowej, zmienionej sytuacji życiowej, powstałej z różnych przyczyn. Proces rehabilitacji to przywrócenie tego, co chory utracił z powodu choroby lub przebytego urazu. Zadaniem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie pacjentowi jak najlepszej sprawności fizycznej i psychicznej.

Za rehabilitację przyłóżkową odpowiedzialna jest pielęgniarka, która poprzez swoje działania zapobiega powstawaniu powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem. W czasie rehabilitacji należy zachęcać podopiecznego do pokonywania trudności i przeszkód, łagodzić napięcia i dodawać otuchy oraz wzbudzać motywację do usamodzielnienia i usprawnienia. Nie można wyręczać podopiecznego w wykonywaniu czynności, powinno się pomagać tylko w tych czynnościach, z którymi pacjent sobie nie radzi<sup>9</sup>.

W początkowym okresie pooperacyjnym pielęgniarka powinna wykonywać wszystkie czynności pielęgnacyjne przy łóżku chorego. Kiedy stan pacjenta ulegnie poprawie powinna nakłaniać go do nauki samoopieki. Proces adaptacji pacjenta trwa pewien czas i uzależniony jest od zdolności adaptacyjnych chorego. W czasie rehabilitacji ważna jest aktywność chorego, pielęgniarka powinna tak dozować swoją opiekuńczość, aby pacjent nie stał się nadmiernie od niej zależny. Podczas edukacji powinna starać się, aby chory pod nadzorem : pielęgniarki kilkakrotnie zmienił sprzęt stomijny. Nie można dopuścić do tego, aby przed wypisem ze szpitala chory ani razu nie podjął takiej próby. Pacjenci liczą na pomoc rodziny i odkładają ten moment na później. Zadaniem pielęgniarki jest nakłanianie go do samoopieki. Aby zachęcić chorego do nauki chwalimy go za wszelkie podjęte

próby, w ten sposób motywujemy go do działania. Czas jaki chory spędza na oddziale jest zazwyczaj wystarczający, aby przekazać mu niezbędną wiedzę dotyczącą pielęgnacji stomii i sprawnej wymiany sprzętu stomijnego<sup>10</sup>.

#### Funkcja profilaktyczna

Pielęgniarka realizując funkcję profilaktyczną musi pamiętać, że aby działania były skuteczne powinny być skierowane na konkretnego człowieka. Pielęgniarka w stosunku do pacjenta ze stomią jelitową zwraca uwagę na powikłania: dermatologiczne, martwicę stomii oraz zapobieganie późnym powikłaniom takim jak przepuklina okołoopercyjna czy wypadanie stomii.

Działania profilaktyczne prowadzone przez pielęgniarkę powinny polegać na nauce pacjenta prawidłowej pielęgnacji skóry, zapobiegania uszkodzeń mechanicznych stomii oraz nauce jak ma żyć i prowadzić rehabilitację, aby nie dochodziło do powstawania późnych powikłań pooperacyjnych. Ważnym elementem w zapobieganiu powstawania przepukliny okołostomijnej jest prowadzenie ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha i unikanie otyłości<sup>11</sup>.

Funkcje zawodowe pielęgniarki są ze sobą ściśle powiązane i wynikają jedna z drugiej. Kompetencje i zaangażowanie zespołu terapeutycznego w proces leczenia i opieki pacjenta i jego rodziny ma bardzo duży wpływ na uzyskanie niezależności chorego. W momencie kiedy pacjent aktywnie włączy się w terapeutyczny - leczniczy proces przejmie kontrolę nad własnym zdrowiem<sup>12</sup>.

*Fragment pracy licencjackiej*

*Pani piel. lic. Marty Niziołek*

*Promotor pracy - mgr Małgorzata Dziura*

*PWSZ im. S. Pigoń w Krośnie*

#### BIBLIOGRAFIA:

- 1 Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgniarstwa [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Tom I, pod red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 326.
- 2 Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, s. 330.
- 3 Fisher J.E.: Chirurgia. Jelito cienkie. Jelito grube. MediPage. Warszawa 2010, s. 77-79.
- 4 Szewczyk M.T., Jawień A.: Leczenie ran przewlekłych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2012, s. 159 - 160.
- 5 Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wyd. Czelej, Lublin 2006, s. 169 - 170.
- 6 Ciechaniewicz W.: Pielęgniarka [W:] Pielęgniarstwo - ćwiczenia, pod red. Ciechaniewicz W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2002, s. 117-118.
- 7 Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgniarstwa [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Tom I, pod red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 342-343.
- 8 Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wyd. Czelej, Lublin, 2006, s. 151.
- 9 Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgniarstwa [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Tom I, pod red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 343-344.
- 10 Sobczak U.: Opieka pielęgniarstwa w okresie pooperacyjnym, Troska, 2002, s. 4-6.
- 11 Fisher J.E.: Chirurgia. Jelito cienkie. Jelito grube. MediPage. Warszawa 2010, s. 86-89.
- 12 Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgniarstwa [W:] Podstawy pielęgniarstwa, Tom I, pod red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2008, s. 344.

## Istota opieki pielęgniarstwa wobec pacjenta po usunięciu nerki z powodu nowotworu

Rak nerki to podstępna choroba, która przez długi czas rozwija się bezobjawowo. Obecnie ponad 90% nowotworów nerki wykrywa się przypadkowo, pod-

czas badania USG jamy brzusznej, które wykonuje się rutynowo, albo z powodu innych dolegliwości.

Standardową metodą leczenia raka nerki jest otwarta radykalna nefrektomia. Rokowanie w raku nerki jest uzależnione od stopnia zaawansowania choro-

by. Zabieg ten, niestety jak każdy zabieg chirurgiczny, niesie ze sobą ryzyko pojawienia się różnorodnych powikłań.

### **Przygotowanie pacjenta i postępowanie przed zabiegiem operacyjnym**

Zabieg operacyjny oraz okoliczności z nim związane stanowią dla chorego i jego bliskich sytuację trudną. Niezależnie od rodzaju zabiegu zawsze istnieją obawy, które dotyczą hospitalizacji, przygotowania do zabiegu, jego przebiegu oraz wyników leczenia.

U chorego oprócz objawów choroby występuje również poczucie zagrożenia i utrata poczucia bezpieczeństwa. Każdy pacjent, który trafia do szpitala, powinien zostać otoczony troskliwą opieką całego personelu. W okresie, który poprzedza operację, chory wymaga wielu wyjaśnień i udzielenia wielu informacji. [Walewska E., Ścisło L., 2012]

Chorzy na nowotwory stanowią szczególną grupę pacjentów. Ich odrębność widać przede wszystkim w sferze psychologicznej. Pacjenci, którzy wiedzą, że są chorzy na nowotwór, znajdują się pod wpływem bardzo silnego stresu. Obawiają się oni o swoją przyszłość, o swoje życie i o swoich bliskich. [Jeziński A., 2005]

Opieka pielęgniarska w okresie przedoperacyjnym polega na wskazywaniu sposobów rozwiązywania problemów związanych z chorobą nowotworową. Opieka ta powinna być tak realizowana, aby zapewniała pacjentowi komfort psychiczny i fizyczny, a więc przyczyniała się do poczucia bezpieczeństwa. Opieka ta ma również za zadanie zapobiegać groźnym powikłaniom pooperacyjnym oraz pomagać w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, które wynikają z ograniczenia samodzielności i niepełnosprawności. [Koper A., 2011]

Głównym celem działań pielęgniarskich jest jak najlepsze przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego. Priorytetem będzie zatem nawiązanie dobrej komunikacji z pacjentem i jego rodziną. Opieka przedoperacyjna rozpoczyna się w momencie poinformowania pacjenta przez lekarza o konieczności leczenia operacyjnego.

W okresie przedoperacyjnym działania pielęgniarki wobec chorego można podzielić na:

#### **▪ działania diagnostyczne**

- pomiary parametrów życiowych, masy ciała, wzrostu
- rozpoznanie ograniczeń sprawności ruchowej
- zebranie informacji o chorobach współistniejących, o ich przebiegu i leczeniu

- określenie stanu odżywienia

#### **▪ działania opiekuńczo-terapeutyczne**

- wymiar psychiczny:
  - traktowanie indywidualne
  - zrozumienie problemów pacjenta
  - zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa
  - niwelowanie lęku
  - wyjaśnienie pacjentowi istoty zabiegu i sposobu znieczulenia

- wymiar fizyczny:

- przygotowanie przewodu pokarmowego
- przygotowanie układu moczowego
- wykonanie dostępu dożylnego
- uzupełnienie niedoborów elektrolitowych
- wyjaśnienie choremu zasad dotyczących żywienia w okresie pooperacyjnym
- przygotowanie pola operacyjnego (przygotowanie skóry – toaleta, depilacja, dezynfekcja)
- zabezpieczenie preparatów krwi potrzebnej do zabiegu operacyjnego

- wdrożenie profilaktyki przeciwzapalnej
- usunięcie i zabezpieczenie protez, biżuterii, itp.
- założenie bielizny operacyjnej
- kontrola dokumentacji
- podanie premedykacji
- transport pacjenta na salę operacyjną

#### **▪ działania rehabilitacyjne**

- okres przedoperacyjny jest właściwym momentem na naukę wykonywania ćwiczeń oddechowych i ogólnie usprawniających. Pielęgniarka podejmuje wraz z pacjentem czynności z zakresu:

- gimnastyki oddechowej
- nauki efektywnego kaszlu i odkrztuszania
- kinezyterapii (dostosowuje tempo ćwiczeń do możliwości chorego),

Wczesne uruchamianie odgrywa ważną rolę w okresie pooperacyjnym, gdyż

jego celem jest zapobieganie wielu groźnym powikłaniom ze strony układu krążenia, układu oddechowego i ruchu.

#### **▪ działania profilaktyczne**

spośród wielu działań profilaktycznych najważniejszym jest prewencja zakażeń wewnątrzszpitalnych, dotyczy wszystkich członków zespołu terapeutycznego, pracowników oddziału, chorych oraz osób odwiedzających,

#### **▪ działania edukacyjne**

na pielęgniarce spoczywa zadanie przekazania choremu wiedzy, która dotyczy właściwych zachowań w okresie pooperacyjnym, informacje, które chory zdobędzie przed zabiegiem, korzystnie wpływają na obniżenie u niego poziomu lęku, czas, który pielęgniarka przeznacza na rozmowy z pacjentem lub na naukę pewnych czynności, sprzyja budowaniu więzi emocjonalnych, w zakresie działań edukacyjnych pacjent zostaje zapoznany z różnego rodzaju poradnikami, które zawierają treści odpowiadające jego potrzebom, jeżeli do przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego wprowadzimy standardy pielęgnowania chorych oraz profilaktykę i wdrożymy wytyczne postępowania okołoperacyjnego, to prowadzić będziemy do poprawy jakości opieki nad chorym. [Szewczyk M.T., Ślusarz R., 2006]

### **Zasady opieki pielęgniarskiej bezpośrednio po zabiegu usunięcia nerki**

Stan chorego po zabiegu usunięcia nerki wymaga systematycznej oceny klinicznej, monitorowania podstawowych parametrów życiowych. Wymaga też utrzymania właściwego bilansu płynów, a także okresowego kontrolowania wartości morfotycznych krwi, stężenia elektrolitów oraz wskaźników równowagi kwasowo-zasadowej. Bardzo wiele zależy od prawidłowej i wnikliwej obserwacji oraz pielęgnacji. Szybko podjęta interwencja może ustrzec pacjenta przed groźnymi następstwami.

Możemy wyodrębnić wiele obszarów w sprawowaniu opieki nad chorym po operacji. Jednym z nich jest np. znoszenie i łagodzenie cierpienia fizycznego oraz dyskomfortu, który wynika z ograniczenia samodzielności lub też uzależnienia od personelu medycznego w zaspokajaniu podstawowych potrzeb.



Innym obszarem jest zapewnienie bezpieczeństwa i zapobieganie groźnym komplikacjom pooperacyjnym. Istotną sprawą u chorych po zabiegu operacyjnym jest również pielęgnacja dostępu żylnego (obwodowego lub centralnego). Niewłaściwa opieka oraz brak drożności mogą doprowadzić do powstawania odczynów zapalnych, a także do zakrzepic wewnątrznaczyniowych i przysporzyć choremu niepotrzebnego cierpienia.

Bardzo dużą uwagę poświęca się obserwacji i pielęgnacji rany pooperacyjnej, wyprowadzonych z niej drenaży oraz na ocenie ich funkcjonowania i monitorowaniu treści, która się z niej wydobywa.

Do podstawowych zadań pielęgniarki w okresie pooperacyjnym wobec pacjenta, u którego usunięto nerkę z powodu nowotworu, należą:

- obserwacja stanu świadomości
- obserwacja zabarwienia skóry i błon śluzowych
- kontrola parametrów
  - tętno
  - ciśnienie tętnicze krwi
  - oddechy
  - temperatura
- kontrola diurezy
- pielęgnowanie rany pooperacyjnej
- ocena opatrunków i drenaży z rany pooperacyjnej
- zwalczanie bólu pooperacyjnego
- zapobieganie wymiotom i ich powikłaniom
- nawodnienie i odżywienie organizmu pacjenta drogą pozajelitową oraz uzupełnienie występujących niedoborów elektrolitowych
- zapewnienie higieny osobistej, stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej, rehabilitacji oddechowej, asystowanie choremu w deficytach spowodowanych ograniczoną aktywnością ruchową
- pielęgnacja skóry
- monitorowanie perystaltyki jelit i brzucha pod kątem wzdęć
- pomoc we wczesnym uruchamianiu oraz w rehabilitacji
- zapobieganie zakrzepowemu zapaleniu żył
- dbanie o zachowanie właściwego ułożenia po zabiegu operacyjnym.

### **Problemy pielęgnacyjne występujące u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka nerki**

Pacjent, u którego została stwierdzona choroba nowotworowa i pojawiła się konieczność zabiegu operacyjnego, powinien zostać otoczony szczególną opieką przez personel medyczny. Sytuacja ta wymaga od personelu medycznego, a szczególnie od pielęgniarki, takiego zachowania, które będzie chorego motywować i będzie z niego wypływać życzliwość i pomoc dla pacjenta. Wiąże się to z koniecznością dokładnego poznania problemów, jakie napotka pacjent, aby zminimalizować uboczne skutki hospitalizacji. Sytuacja ta wymaga od pielęgniarki właściwej realizacji procesu pielęgnowania, a co za tym idzie, zapewnienia pacjentowi profesjonalnej opieki. Aby skutecznie zwalczać chorobę, nie wystarczą tylko nowoczesne metody leczenia, ale potrzebne jest również nowoczesne pielęgnowanie.

Plan opieki pielęgniarstwa obejmować powinien chorego w sposób całościowy. Proces pielęgnowania pozwala włączyć pacjenta do współpracy i wyzwala w chorym motywację do większej aktywności.

Do głównych problemów pielęgnacyjnych dotyczących opieki wobec pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu raka nerki należą:

- niepokój związany z przyjęciem do szpitala
- obniżony nastrój, który wynika z rozpoznania choroby nowotworowej
- lęk przed operacją oraz ograniczeniem samodzielności w okresie pooperacyjnym
- lęk przed konsekwencjami leczenia operacyjnego (kalectwo)
- niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań pooperacyjnych ze strony układu oddechowego
- niebezpieczeństwo wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej
- nudności i wymioty
- niemożność przyjmowania płynów i pokarmów drogą doustną
- trudność w oddaniu moczu
- dyskomfort chorego związany z unieruchomieniem
- ograniczona sprawność ruchowa związana z zabiegiem operacyjnym i występującym po zabiegu bólem

- niebezpieczeństwo zakażenia rany pooperacyjnej.

Istotą opieki pielęgniarstwa wobec pacjentki po resekcji nerki z powodu nowotworu jest świadczenie wobec niej profesjonalnej opieki, której podstawą jest wysoki poziom wiedzy medycznej, a polega ona na wykonywaniu zadań wynikających z podstawowych funkcji zawodowych pielęgniarki, zgodnie z przyjętymi procedurami i standardami, współpracując z całym zespołem terapeutycznym.

*Fragment pracy licencjackiej  
Pani piel. lic. Bożeny Cichockiej  
Promotor pracy –  
mgr Małgorzata Moskal-Szybka  
PWSZ im. S. Pigonia w Krośnie*

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Walewska E., Ścisło L. (red.): Procedury pielęgniarstwa w chirurgii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
2. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. PZWL, Warszawa 2005.
3. Koper A. (red.): Pielęgniarstwo onkologiczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
4. Szewczyk M., Ślusarz. (red.): Pielęgniarstwo w chirurgii. Wyd. Medyczne Borgis, Warszawa 2006.

# Konsultanci wojewódzcy w dziedzinach pielęgniarstwa

lp.	dziedzina	imię i nazwisko	adres
1.	pielęgniarstwo	mgr piel. Ewa Zawilińska	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie ul. Wierzbowa 14, 35-310 Rzeszów tel. 17 867 20 30; fax. 17 867 20 37 sekretariat@rckk.rzeszow.pl www.rckk.rzeszow.pl
2.	pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	mgr piel. Dorota Ozga	Uniwersytet Rzeszowski Wydział Medyczny Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego ul. Pigionia 6, 35-310 Rzeszów tel. 17 872 11 95; fax. 17 872 13 58 ins.prm@univ.rzeszow.pl www.ur.edu.pl
3.	pielęgniarstwo epidemiologiczne	dr n. o zdr. Barbara Stawarz	Centrum Opieki Medycznej ul. 3 Maja 70, 37-500 Jarosław Tel. 16 621 23 37 w. 190, fax 16 621 54 21 epi@comjar.pl
4.	pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze	mgr położnictwa Krystyna Krygowska	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie Oddział Ginekologiczno-Położniczy ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno tel. 13 43 78 400, fax. 13 43 78 204 krkrygowska@krosno.med.pl www.krosno.med.pl
5.	pielęgniarstwo onkologiczne	mgr piel. Zenona Radwańska	Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. Bronisław Markiewicza w Brzozowie ul. ks. Bielawskiego 18, 36-200 Brzozów tel. 13 43 09 724, 501 fax. 13 43 41 420 naczelnapielegniarka@szpital-brzozow.pl www.szpital-brzozow.pl
6.	pielęgniarstwo opieki paliatywnej	mgr piel. Małgorzata Kulas	Szpital Wojewódzki im. Św. Ojca Pio w Przemyślu Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Diennej Chemioterapii ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl tel. 16 677 55 11; fax. 16 677 50 03 onkologia@wszp.pl www.wszp.pl
7.	pielęgniarstwo prze- wlekle chorych i niepełnosprawnych	dr n. o zdr. Bożena Majchrowicz	NZOZ „WSPARCIE” Bożena Majchrowicz, Katarzyna Tomaszewska Sp. Jawna ul. Poniatowskiego 53, 37-500 Jarosław tel. 668 820 008, fax. 16 736 23 22 info@bozenamajchrowicz.pl www.bozenamajchrowicz.pl

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

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

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: RS Druk, Rzeszów. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 29 IX 2015 roku.

# Położna na Medal

## wystartowała druga edycja



Wystartowała II edycja kampanii społeczno-edukacyjnej i konkursu „Położna na medal” zorganizowana przez Akademię Malucha Alantan. Patronat merytoryczny nad tegoroczną kampanią i konkursem objęła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Położnych, Fundacja Rodzic po Ludzku, Stowarzyszenie Dobrze Urodzeni oraz portal edukacjapacjenta.pl.

Celem kampanii jest wzrost świadomości położnych nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej i podniesienie standardów pracy w zgodzie z przyjętymi wymaganiami środowiska i oczekiwaniami pacjentów oraz uświadomienie roli położnej, jej kompetencji i odpowiedzialności w oparciu o przyjęte standardy pracy jaką na co dzień wykonuje.

Przez najbliższe 9 miesięcy będzie można głosować na najlepsze położne w całej Polsce w konkursie „Położna na medal”. Nominowanie i oddawanie głosów odbywać się będzie za pośrednictwem strony [www.polożnanamedal.pl](http://www.polożnanamedal.pl). W tym roku spośród nominowanych położnych zostaną wybrane 3 najlepsze, które uzyskają największą liczbę głosów. Dodatkowo, konkurs wyłoni 3 najlepsze położne z poszczególnych województw. Kryteria oceny położnej powstały w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Położnictwo na przestrzeni ostatnich lat zmieniło swoje oblicze, a wraz z nim zmieniło się społeczne widzenie porodu i opieki okołoporodowej. Odradzająca się idea traktowania ciąży i, porodu jako fizjologicznego procesu wchodząca w program prokreacji ekologicznej - spowodowała konieczność wprowadzenia zmian w systemie opieki nad kobietą, matką

i dzieckiem z uwzględnieniem standardów opieki okołoporodowej. Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku 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. z 2012 r. poz. 1100) nakłada na położną realizację określonych zadań podczas sprawowania opieki nad ciężarną, w tym edukację przedporodową uwzględniającą praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, karmienia piersią, pielęgnowania noworodka i rodzicielstwa.

Chcemy promować położne, które swój zawód wykonują z pasją i prawdziwym oddaniem. Wielu pacjentów głosowanie traktuje jako podziękowanie położnym za profesjonalizm, wrażliwość i otwartość - podkreśla Iwona Barańska z Akademii Malucha Alantan, organizatora konkursu.

Stosowanie standardów przez położną w okresie porodu fizjologicznego obejmuje m.in.: monitorowanie stanu rodzącej, wsparcie kobiety w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych, niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, pozycji, które uznaje za najwygodniejsze. Umożliwienie dziecku - bezpośrednio po porodzie - nieprzerwany i co najmniej dwugodzinny kontakt z matką „skóra do skóry”. W kolejnych godzinach pomoc i edukacja w zakresie prawidłowego karmienia piersią oraz tworzenie warunków do prawidłowej laktacji. Takie postępowanie powoduje, że rodzica staje się ważną, a przede wszystkim świadomą całego procesu osobą. W wyniku dokonujących się zmian w opiece okołoporodowej oraz

przemiany kulturowej w postrzeganiu narodzin, które z wydarzenia medycznego stają się także wydarzeniem rodzinnym, niezbędnym jest zachęcanie rodziców do korzystania podczas porodu ze wsparcia wybranej przez nią bliskiej osoby.

W opiece nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, położna rodzinna obejmuje opieką i edukacją kobietę pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży i prowadzi edukację do czasu porodu. Po porodzie realizuje nie mniej niż cztery wizyty, podczas których diagnozuje i monitoruje stan zdrowia matki i dziecka wg ustalonych kryteriów, ocenia relacje w rodzinie, wspiera w sytuacjach trudnych. Promuje karmienie piersią i rozwiązuje problemy laktacyjne oraz umacnianie w rodzicielstwie.

Położna w swojej praktyce traktuje kobietę oraz jej rodzinę z szacunkiem i na zasadach partnerskich, stara się poznać jej preferencje i potrzeby w zakresie sprawowanej opieki oraz uzyskuje każdorazowo zgodę na wykonanie realizowanych świadczeń medycznych.

Dla uzyskania dobrych relacji z kobietą niezbędna jest otwartość na współpracę i współdziałanie, empatia, cierpliwość i wyrozumiałość, które powinny stać się wyznacznikami przyjaznego położnictwa. Spokojna i wzbudzająca zaufanie postawa położnej z pewnością pomoże kobiecie złagodzić lęk i stres związany z ciążą, porodem i położeniem oraz przyczyni się do tego, że narodziny dziecka staną się najważniejszym a zarazem najpiękniejszym wydarzeniem rodzinnym.

*Z wyrazami szacunku,  
Zespół „Położna na medal”*





Położna na medal



## Wybieramy najlepszą położną

1. Wejdź na [www.pozoznanamedal.pl](http://www.pozoznanamedal.pl)
2. Sprawdź czy twoja położna została już zgłoszona.
3. Jeśli nie, zgłoś ją i oddaj na nią swój głos.

Konkurs "Położna na medal" to wyjątkowa inicjatywa, która w 2015 roku po raz drugi nagrodzi położne w całej Polsce. W tym roku wyłonione zostaną 3 najwyżej ocenione przez pacjentów położne w kraju, oraz najlepsza położna w każdym województwie.



AKADEMIA  
MALUCHA ALANTAN  
DLA ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA DZIECI

ORGANIZATOR  
Akademia Malucha Alantan

Konkurs w ramach II edycji kampanii społeczno-edukacyjnej

# Położna na medal

Konkurs trwa od 1 kwietnia do 31 grudnia 2015 r.

### Wspierają nas

Patronat merytoryczny



Patronat medialny

