

FORUM ZAWODOWE

1(88)2014



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

W numerze

- 3 Słowo Przewodniczącej
- 4 Wokół samorządu
- 4 Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 15 Nowe rozporządzenia
- 15 Nowe Zarządzenie Prezesa NFZ - opieka paliatywna i hospicyjna
- 16 Ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego uchwalona przez Sejm
- 16 Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami
- 22 Koniecznie przeczytaj
- 30 Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki leku Zinacef...
- 32 Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w sprawie asystowania przez pielęgniarki operacyjne do zabiegów operacyjnych
- 32 Opinia w sprawie pełnienia dyżuru przez pielęgniarki Anestezjologii w Oddziale Intensywnej Terapii w soboty, niedziele i święta.
- 32 Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarsztwa w sprawie wykonywania zleceń lekarskich w oddziałach szpitalnych
- 34 Ochrona danych osobowych w pracy pielęgniarki i położnej
- 37 Automatyczna defibrylacja zewnętrzna
- 38 Diagnostyka prenatalna
- 40 Ułożenie i pozycja pacjenta na stole operacyjnym z perspektywy zespołu anestezjologicznego
- 43 Kim jest pielęgniarka, położna w opiece zdrowotnej
- 45 Ogłoszenia, podziękowania
- 51 Gratulacje

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

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

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

www.oipip.krosno.pl

e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek

udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00

Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00

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

*Gdy próg domu przestępujesz,
to tak jakby noc sierpniowa
zaszumiała wśród listowia,
a ty przodem postępujesz.*

*A za tobą cienie ptasie,
szczygieł, gil i inne ptaki.
Świecisz światłem wielorakim
od sierpniowej nocy jaśniej.*

*Bo ty jesteś ornamentem
w gmachu nocy, jej księżycem,
przesypujesz światła w rękę
z namaszczeniem jak pszenicę.*

*U twych ramion płaszcz powisa
krzykliwy, z leśnego ptactwa,
długi przez cały korytarz,
przez podwórze, aż gdzie gwiazda*

*Venus. A tyś lot i górność chmur,
blask wody i kamienia.*

*Chciałbym oczu twoich chmurność
ocalić od zapomnienia.*

Konstanty Ildefons Gałczyński



Słowo Przewodniczącej

Drogie Koleżanki i Koledzy,

Przygotowaliśmy dla Was kolejne wydanie Forum Zawodowego, pierwsze w roku 2014.

W bieżącym roku planujemy wydanie sześciu biuletynów w ilości po 600 sztuk. Zespół redakcyjny bardzo cieszy fakt, że wzrasta zainteresowanie jego lekturą. Biuletyn stanowi bardzo ważne ogniwo w komunikacji między organami samorządu zawodowego, a jego członkami. Dokładamy wszelkich starań, aby spełniał on oczekiwania naszych grup zawodowych, dlatego po raz kolejny bardzo proszę o uwagi w formie pisemnej, mailowej lub telefonicznej, jakie zagadnienia winny być jeszcze w nim ujęte. Ponownie szczerze zachęcam wszystkie koleżanki i kolegów do przesyłania swoich artyku-

łów, czy innych prac, które byłyby wykorzystywane przez Zespół redakcyjny. Co Wy na to? Proszę o pomysły i chęć współpracy, bo naprawdę miło jest spojrzeć na własny artykuł, czy wiersz napisany osobiście, zadedykowany komuś na kartkach biuletynu. W bieżącym roku planujemy organizację kolejnych edycji szkoleń z zakresu „Efektywna komunikacja w relacji z pacjentem, klientem”.

W dniu 7 marca 2014 r. Podkarpacki Oddział Krajowego Związku Pracodawców NZOZ Porozumienie Śląskie przy współpracy z ORPiP w Krośnie, Przeworsku i Rzeszowie organizuje Ogólnopolską Konferencję opieki długoterminowej „Wyzwania współczesnej opieki nad osobami niesamodzielnymi”. Patronat honorowy nad konferencją objęli:

Prezes i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Marszałek Województwa Podkarpackiego, Wojewoda Podkarpacki i Rektor Uniwersytetu Rzeszowskiego. Obrady odbędą się w Sali audytorijnej Urzędu Marszałkowskiego w Rzeszowie (szczegóły w dalszej części biuletynu.)

ORPiP podjęła uchwałę o zwołaniu Okręgowego Zjazdu – budżetowego na dzień 12 marca 2014 r., na którego obrady zaprasza już dzisiaj wszystkich delegatów. Myślę, że będzie on owocny w podejmowaniu wniosków, stanowisk i apeli.

*W Nowym Roku wszystkim Koleżankom i Kolegom życzę
niech radość i pokój zapanują w naszych sercach
i udzielą się innym, z którymi się spotykamy.
Uczucia te niech sprawią byśmy okazali cierpliwość dla nieznośnych,
wrażliwość na głos bezbronnych,
słuchali tych których nikt nie słucha.*

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

załącznik nr 1 do uchwały nr 384/VI/2013 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie zatwierdzenia Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Rozdział I Przepisy ogólne

§ 1. 1. Fundusz na częściową refundację kosztów doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych tworzą środki finansowe pochodzące ze składek członków samorządu.

2. Wysokość funduszu przeznaczanego na dofinansowanie określa na każdy rok kalendarzowy uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w kwocie nie mniejszej niż 20% planowanych wpływów ze składek członkowskich.

3. Z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie mogą być refundowane koszty ponoszone przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w związku z uczestnictwem w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego organizowanych przez uprawnione podmioty w kraju.

4. Refundacja kosztów uczestnictwa w kształceniu i doskonaleniu zawodowym może być zawieszona w chwili wykorzystania środków budżetowych w danym roku kalendarzowym, zaś zobowiązania finansowe zostaną przeniesione do realizacji na kolejny rok budżetowy.

§ 2. Refundacja kosztów uczestnictwa może być tylko częściowa.

§ 3. Członkowie OIPiP w Krośnie mają prawo ubiegać się o refundację **kosztów dydaktycznych kształcenia i doskonalenia zawodowego (rozumianych**

jako opłata poniesiona na rzecz podmiotu prowadzącego kształcenie) związanych z udziałem w:

1. szkoleniu specjalizacyjnym zw. specjalizacją.,
2. kursach kwalifikacyjnych,
3. kursach specjalistycznych,
4. kursach dokształcających,
5. studiach pomostowych (licencjackich) na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo,
6. magisterskich studiach zawodowych na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo oraz studia II stopnia na kierunku „Zdrowie Publiczne”
7. studiach podyplomowych na kierunkach mających zastosowanie w realizacji zadań, których posiadanie jest przydatne do wykonywania zadań zawodowych na stanowisku pielęgniarki/położnej,
8. studiach doktoranckich,
9. zjazdach, sympozjach, konferencjach, seminariach.

§ 4. 1. Członkowie OIPiP w Krośnie mogą korzystać z dofinansowania form kształcenia i doskonalenia zawodowego **jeden raz na rok kalendarzowy.**

2. Jeżeli członek OIPiP ukończył w jednym roku dwie różne formy kształcenia może ubiegać się o dofinansowanie jednego z nich. Dofinansowaniu podlega ta forma kształcenia, o której dofinansowanie zostanie złożony wniosek jako pierwszy.

3. Dofinansowanie zaliczane jest na ten rok kalendarzowy w którym osoba ukończyła naukę niezależnie od daty

złożenia wniosku o dofinansowanie (z uwzględnieniem § 6 ust. 2 pkt 2).

Rozdział II Warunki i zasady przyznawania refundacji

§ 5.1. O dofinansowanie do danej formy kształcenia i doskonalenia zawodowego mają prawo ubiegać się członkowie OIPiP w Krośnie mający opłacone składki członkowskie na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych przez łączny okres co najmniej:

- a) trzech lat poprzedzających miesiąc, w którym rozpoczęto szkolenie w przypadku specjalizacji, studiów zawodowych i podyplomowych wykorzystywanych w pracy pielęgniarki/położnej,
- b) dwóch lat poprzedzających miesiąc, w którym rozpoczęto szkolenie w przypadku kursów kwalifikacyjnych,
- c) jednego roku poprzedzającego miesiąc, w którym rozpoczęto szkolenie w przypadku: kursów specjalistycznych lub dokształcających oraz konferencji, sympozjum, zjazdów lub seminariów.

2. Pielęgniarki i położne zarejestrowane jako bezrobotne w urzędach pracy, przebywające na urloпах wychowawczych, pobierające zasiłek rehabilitacyjny, które są zwolnione z opłacania składek na podstawie § 4 pkt 1 i 2 Uchwały Nr 19/VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. mogą ubiegać się o dofinansowanie danej formy kształcenia lub doskonalenia zawodowego po spełnieniu warunków określonych w ust. 1, jeśli przed powstaniem okoliczności określo-

nych w niniejszym ustępie odprowadzały składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przez okres wskazany w ust. 1.

§ 6. 1. Refundacja może być przyznana wyłącznie na podstawie indywidualnego, dokładnie i czytelnie wypełnionego wniosku osoby zainteresowanej wraz z kompletem dokumentów.

2. Wniosek o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego powinien być:

1) wypełniony dokładnie i czytelnie drukowanymi literami,

2) złożony w sekretariacie OIPiP w Krośnie po zakończeniu wybranej formy kształcenia **nie później niż 3 miesiące od uzyskania dyplomu**, zaświadczenia, certyfikatu lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie formy kształcenia wskazanej w § 3.

3) kompletny tzn. zawierający:

- potwierdzenie opłacania składki członkowskiej,

- zaświadczenie wystawione przez pracodawcę o refundacji lub **dowód wpłaty** do ukończonej formy kształcenia (koszt dydaktyczny),

- kserokopię dyplomu lub zaświadczenia o ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, studiów licencjackich, magisterskich, podyplomowych, doktoranckich,

- kserokopię zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego, dokształcającego,

- kserokopię zaświadczenia, certyfikatu lub innego dokumentu poświadczającego udział w symposium, konferencji, zjeździe lub seminarium.

3. Wzór wniosku wymienionego w ust. 1 stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

§ 7. 1. Wniosek wypełniony nieczytelnie lub zawierający braki formalne nie będzie rejestrowany, a tym samym nie będzie rozpatrywany przez Komisję.

2. Wnioski o których mowa w ust. 1 wpływające drogą korespondencyjną, będą odsyłane wraz z pouczeniem o obowiązku uzupełnienia braków.

3. Wnioski złożone do 10 grudnia będą rozpatrywane do końca roku kalendarzowego, natomiast złożone po 10 grudnia rozpatrzone zostaną w styczniu roku następnego i obciążą konto wnioskodawcy w roku rozpatrzenia wniosku.

§ 8. Refundacji nie podlegają:

1. Opłaty poniesione za uczestnictwo w doskonaleniu zawodowym nie związanym bezpośrednio z wykonywaną pracą pielęgniarki/położnej.

2. Wszystkie formy kształcenia dofinansowane ze środków Unii Europejskiej lub przez inne instytucje oraz jeśli są w całości opłacane przez pracodawcę.

§ 9. 1. Wnioski rozpatruje Komisja d/s Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego nie rzadziej niż raz na 2 miesiące, zgodnie z kolejnością wpływu do biura OIPiP w Krośnie, a następnie zatwierdza je Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych lub Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

2. O wydanej decyzji odmownej niezwłocznie powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

3. Wyплаты dofinansowania będą dokonywane w miarę posiadanych środków i kolejności złożonych wniosków do wysokości funduszu określonego w § 1 pkt 2.

Rozdział III Wysokość refundacji

§ 10. Wysokość refundacji związana z ukończeniem form kształcenia wymienionych w § 3 wynosi:

1. szkolenie specjalizacyjne zw. specjalizacją, za które pielęgniarka lub położna ponosi odpłatność - do 70 % kosztów dydaktycznych szkolenia jednakże nie więcej niż 1.200,00 zł (słownie: jeden tysiąc dwieście złotych) jednorazowo po uzyskaniu dyplomu specjalisty,

2. kurs kwalifikacyjny - do 70 % kosztów dydaktycznych szkolenia, jednakże nie więcej niż 700 zł (słownie: siedemset złotych),

3. kurs specjalistyczny - do 70 % kosztów dydaktycznych szkolenia, jednakże nie więcej niż 400 zł (słownie: czterysta złotych),

4. kurs dokształcający - do 70 % kosztów dydaktycznych szkolenia, jednakże nie więcej niż 400 zł (słownie: czterysta złotych),

5. studia pomostowe (licencjackie) - jednorazowo do 200 zł (słownie: dwieście złotych) po przedstawieniu kosztów dydaktycznych,

6. magisterskie studia zawodowe - jednorazowo do 300,00 zł (słownie: trzysta

złoty) po przedstawieniu kosztów dydaktycznych,

7. studia podyplomowe - jednorazowo do 500 zł (słownie: pięćset złotych) po przedstawieniu kosztów dydaktycznych,

8. studia doktoranckie - jednorazowo do 500 zł (słownie: pięćset złotych) po przedstawieniu kosztów dydaktycznych,

9. zjazdy, sympozja, konferencje, seminaria - do 70 % kosztów dydaktycznych szkolenia, jednakże nie więcej niż 300 zł (słownie: trzysta złotych).

Rozdział IV Przepisy końcowe

§ 11. W przypadku stwierdzenia, że refundacja została przyznana na podstawie nieprawdziwych informacji lub fałszywych dowodów podlega ona natychmiastowemu zwrotowi w całości wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wypłacenia wnioskodawcy dofinansowania. **§ 12.** 1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie decyzje podejmować będzie Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

2. Komisja prowadzi rejestr rozpatrywanych spraw i wydanych decyzji, które przedstawia do zatwierdzenia na posiedzeniach ORPiP lub PORPiP.

*Przewodnicząca Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego
Bożena Kamińska*



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno ul. Bieszczadzka 5

OIPiP.0010.92.2013

Krosno, dnia 29 październik 2013 r.

Pani (-) Grażyna Rogala-Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

W imieniu Zespołu pielęgniarek ds. opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej zwracam się do Pani Prezes z prośbą o podjęcie działań dotyczących kontraktowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a także świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej.

W roku bieżącym NFZ nie ogłosił postępowań konkursowych na ww. świadczenia na rok 2014, tylko zaproponował świadczeniobiorcom podpisanie aneksów do aktualnie obowiązujących umów.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (który opiniowaliśmy końcem lipca br. obecnie znajduje się w senacie) w swoim zapisie (art.4) przewiduje możliwość przedłużania obowiązujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres nie dłuższy niż do 31 grudnia 2014 r. - na wniosek Dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, za zgodą świadczeniodawcy.

W dniu 22 października 2013 r. wraz z pielęgniarkami realizującymi kontrakty w zakresie świadczeń w ramach opieki długoterminowej i hospicyjnej domowej odbyliśmy spotkanie z zastępcą Dyrektora ds. ekonomiczno - finansowych Podkarpackiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w celu omówienia sytuacji dotyczącej realizacji ww. świadczeń w roku 2014. Zostałyśmy zapoznane z treścią pisma skierowanego w dniu 16 października 2013 r. do Podkarpackiego Oddziału NFZ przez Prezesa NFZ, z którego jednoznacznie wynika, że aneksy na ww. świadczenia będą obejmować tylko okres pierwszego półrocza przyszłego roku, a pod koniec

kwietnia 2014 r. rozpisane zostaną konkursy ofert.

Z nie ukrywaniem zaskoczeniem przyjęliśmy fakt, że takie działania dotyczą realizacji tylko wybranych świadczeń a mianowicie opieki długoterminowej, opieki hospicyjnej i rehabilitacji. W stosunku do pozostałych świadczeń, aneksy do umów na ich realizację będą obejmowały okres do końca 2014 r.

Biorąc pod uwagę projekt planu finansowego NFZ na rok 2014, gdzie brak jest zmian w wysokości finansowania ww. świadczeń w przyszłym roku i fakt, że środki rozdysponowane pomiędzy poszczególnymi oddziałami NFZ zostały na takim samym poziomie jak w roku 2013, rodzi się pytanie czemu ma służyć przeprowadzanie konkursów na te trzy rodzaje świadczeń w połowie roku, skoro nie spowoduje to pożądaných zmian dla NFZ jak i dla pacjentów. Wręcz przeciwnie może wyrządzić wiele szkody.

Plany zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne opracowywane są na podstawie oceny wykonania kontraktów z poprzedniego roku, najczęściej obejmującej pierwsze półrocze i uwzględniającej również zrealizowane świadczenia ponad limit kontraktu lub liczbę pacjentów wpisanych w kolejkę oczekujących. Taka ocena pozwalała w dużym przybliżeniu ustalić rzeczywiste zapotrzebowanie na określony rodzaj usług zdrowotnych. Ogłoszenie konkursu na wiosnę przyszłego roku spowoduje, że liczba zaplanowanych do zakupu przez NFZ świadczeń z zakresu opieki długoterminowej i opieki paliatywno-hospicyjnej może być znacznie niższa niż rzeczywiste potrzeby środowiska pacjentów.

Do dnia dzisiejszego nie znane są również kryteria oceny ofert na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Z dostępnych informacji prasowych wynika, że projektowane zapisy mogą w znaczący sposób zmienić dotychczasowy sposób oceny ofert, niestety brak jest oficjalnego komunikatu, który jasno określałby kryteria i zasady oceny. W związku z powyższym świadczeniodawcy, którzy będą przystępować do konkursów ofert w połowie 2014 roku, będą mieli znacznie krótszy czas na przygotowanie się do wymagań określonych w kryteriach oceny ofert.

W związku z dużą liczbą zmian w obowiązujących aktach prawnych dotyczących konkursu ofert na realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (m.in. nowelizacja ustawy, nowe kryteria oceny ofert, rozporządzenia koszykowe) Zespół ds. opieki długoterminowej oraz opieki paliatywno-hospicyjnej stoi na stanowisku, że aneksy przedłużające obecnie obowiązujące umowy winny być zawarte na okres wskazany w nowelizacji ustawy tj. do końca 2014 r. Pozwoli to na wnikliwe zapoznanie się przez wszystkich świadczeniodawców z wprowadzonymi zmianami oraz odpowiednie przygotowanie się do nowych konkursów ofert.

Z wyrazami szacunku

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie*

Barbara Błażejowska-Kopiczak



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno ul. Bieszczadzka 5

OIPiP.0010.115.2013

Krosno, dnia 28 listopad 2013 r.

Pani (-) Grażyna Rogala-Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

W nawiązaniu do pisma z dnia 25 listopada 2013 r. znak NIPiP-NRPiP-DM.0021.2013 dotyczące projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zgłaszam następujące uwagi:

1. W § 13 ust. 2 przedłożonego projektu określono zasady udzielania świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej. W treści pkt 6 zapisano, że „w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje czynności pielęgniarstwie, tzn. takie, których nie może wykonać inna osoba niż pielęgniarka z ważnym prawem wykonywania zawodu (np. iniekcje, cewnikowanie) oraz czynności pielęgnacyjne (opiekuńcze i higieniczne), które może wykonać inna osoba niż pielęgniarka z ustalonego planu pielęgnacji”.

2. W załączniku Nr 1 do projektu w/w zarządzenia Prezesa określono katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych. W pozycji 7, tego załącznika wyspecyfikowano numery i nazwy świadczeń sprawozdawczych. W konsekwencji rozdzielono czynności na pielęgniarstwie i pielęgnacyjne, dokonano ich wyspecyfikowania.

Jednocześnie do czynności pielęgnacyjnych zastosowano współczynnik korygujący:

- **0,6** za osobodzeń za **świadczenia pielęgnacyjne** w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej dla pacjenta pod różnymi adresami zamieszkania

- **0,4** za osobodzeń za **świadczenia pielęgnacyjne** w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej dla pacjenta pod tym samym adresem zamieszkania.

Dotychczasowe rozwiązania w tym zakresie nie rozdzielały czynności pielęgniarstwie na czynności pielęgniarstwie i pielęgnacyjne. W konsekwencji nie funkcjonował współczynnik korygujący w zakresie czynności pielęgnacyjnych.

Ponadto niezrozumiałe jest ustalenie współczynnika korygującego w załączniku do projektu zarządzenia, **a nie w jego treści.**

W rozdziale 6 Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń w § 15 projektu w zakresie dotyczącym opieki w ZOL/ZPO przyjęto rozwiązanie polegające na zastosowaniu współczynników korygujących uwzględniając stan zdrowia pacjenta oceniany w skali Barthel i w skali Glasgow.

Natomiast w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej wprowadza się współczynnik odnosząc się do czynności wykonywanych przez pielęgniarkę (dziwnie podzielonych), pomijając zupełnie stan zdrowia pacjenta. W załączniku nr 8 w/w zarządzenia „karta czynności pielęgniarstwie dla pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej” wprowadzono zapisy w pkt. 2: świadczenia pielęgnacyjne i w pkt. 3: świadczenia pielęgniarstwie. W przytoczonym pkt 3 świadczenia pielęgniarstwie został zastosowany katalog zamknięty czynności od 3.1 do 3.7.

Uważam, że powinien być dodany pkt 3.8 z zapisem **inne czynności pielęgniarstwie.**

Konieczność wprowadzenia takiego zapisu wynika z cytowanego powyżej § 13 ust 2 pkt 7 zarządzenia, który brzmi: „świadczenia pielęgniarstwie wymienione w załączniku nr 8 do zarządzenia mogą być realizowane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego; jeżeli świadczeniobiorca nie posiada skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pie-

lęgniarka uprawniona jest do wykonania czynności pielęgniarstwie zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210. poz. 1540). Pozwoli to pielęgniarstwie na wykazanie do rozliczenia z NFZ wszystkich tych czynności, które nie zostały ujęte.

Podsumowując: wyrażamy zdecydowany sprzeciw wobec proponowanego rozwiązania rozdzielającego świadczenia pielęgniarstwie na pielęgniarstwie i pielęgnacyjne.

W proponowanych w projekcie zapisach w karcie czynności pielęgniarstwie dla pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej nie uwzględniono w sprawozdawaniu wszystkich czynności pielęgniarstwie dlatego koniecznym jest wprowadzenie zapisu pkt 3.8 z zapisem inne czynności pielęgniarstwie.

Przyjęcie tego typu zapisów w istotny sposób obniży wysokość wynagrodzenia za zrealizowane świadczenia i spowoduje nieopłacalność udzielonych przez pielęgniarkę świadczeń Nie można zatem wykluczyć likwidacji tego rodzaju praktyk pielęgniarstwie. Co za tym idzie ciężko chorzy pacjenci z przyczyn finansowych zostaną pozbawieni pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej.

W załączeniu przesyłam pismo pielęgniarstwie w opiece długoterminowej.

Do wiadomości:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych (wszystkie)

Z wyrazami szacunku

Przew. Okr. Rady Piel. i Poł. w Krośnie

Barbara Błażejowska-Kopiczak



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno ul. Bieszczadzka 5

OIPiP.0010.119.2013

Krosno, dnia 4 grudnia 2013 r.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Rady Ministrów Donald Tusk
Ministerstwo Zdrowia
Narodowy Fundusz Zdrowia Warszawa
Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych w dniu 22 listopada 2013 r. projektu Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego Komisja ds. Opieki Długoterminowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwraca się z apelem o pilne podjęcie działań w sprawie zmiany zapisów w/w projektu w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

W omawianym dokumencie w § 13 ust.2 pkt.6 projektodawca zawarł zapis o treści: „w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej pielęgniarstwo wykonuje czynności pielęgniarstwa, tzn. takie, których nie może wykonać inna osoba, niż pielęgniarka z ważnym prawem wykonywania zawodu (np. iniekcje, cewnikowanie) oraz czynności pielęgnacyjne (opiekuńcze i higieniczne), które może wykonać inna osoba niż pielęgniarka, wynikające z ustalonego planu pielęgnacji;” Podobny, w naszej opinii co najmniej dziwny podział czynności, związanych z pielęgnacją pacjenta przewlekle i obłożnie chorego, występuje w Karcie czynności pielęgniarstwa dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, stanowiącej załącznik nr 8 do Zarządzenia. Zachodzi pytanie: kto i na jakiej podstawie dokonał takiego podziału czynności wykonywanych przez pielęgniarstwo w środowisku domowym pacjenta? W naszej opinii tak brzmiące zapisy są niezgodne z obowiązującym prawem:

1. Ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa, która jednoznacznie określa zasady wykonywania naszego zawodu.

Art.4 wspomnianej ustawy mówi, że „wykonywanie zawodu pielęgniarstwa polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

2. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Podczas analizy projektu Zarządzenia Prezesa NFZ stawiamy pytanie czy świadczenia takie jak: prowadzenie poradnictwa w zakresie sa-

moopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością, ustalanie diety w żywieniu ludzi chorych, prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia czy prowadzenie usprawniania ruchowego to czynności pielęgnacyjne (według projektodawcy - opiekuńcze i higieniczne, które może wykonać inna osoba niż pielęgniarka), czy pielęgniarstwie?

Podobne pytania rodzą się podczas analizy innych niż wymienione w załączniku nr 8 do zarządzenia czynności, które do tego czasu jednoznacznie przypisane były jako świadczenia zdrowotne, wykonywane przez pielęgniarki: up. inhalacje, pielęgnacja rurki tracheotomijnej, pielęgnacja pacjenta ze stomią, itd.

Współczesna pielęgniarka posiada samodzielną zawodową, ma prawo do stawiania diagnoz pielęgniarstwa, planowania swojej pracy i ponosi pełną odpowiedzialność za powierzony jej opiece pacjenta (jego zdrowie i życie). Tymczasem, w naszym odczuciu, omawiany projekt sprowadza pielęgniarstwo długoterminowej opieki domowej do roli wykonawcy kilku zleceń lekarskich. Jednocześnie nakłada się na nią obowiązek posiadania oprócz wykształcenia medycznego dodatkowych kursów kwalifikacyjnych lub specjalizacji (!), co najmniej dwuletniego stażu pracy w środowisku domowym i dużego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Podczas oceny ofert dodatkowo punktuje się

również posiadanie certyfikatów jakości. Czy nie jest to kuriozum?

Wyrażamy również stanowczy protest wobec zapisów w projekcie zarządzenia, dotyczących zmiany finansowania świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej.

W § 16 czytamy, że „w przypadku świadczeń zrealizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, za wykonane czynności pielęgnacyjne i co najmniej jedną czynność pielęgniarstwową, o której mowa w § 13 ust.2 pkt 6 i 7, dla wartości osobodnia, w którym została wykonana **czynność pielęgniarstwową (!)** nie stosuje się współczynnika korygującego”. W innym przypadku, według załącznika nr 1 do zarządzenia, stosuje się współczynnik korygujący 0,6.

Obecnie cena w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej kształtuje się na poziomie od 23 zł do 28 zł za osobodzień. Zarządzenie będzie obowiązywało od 1 stycznia 2014 r., co spowoduje realne i drastyczne obniżenie stawki. Pielęgniarki za swoją pracę przy obłożeniu chorych pacjentach, niejednokrotnie w bardzo trudnych warunkach, bez możliwości pomocy ze strony innych osób czy korzystania ze sprzętu ułatwiającego podnoszenie i przemieszczanie chorych, będą otrzymywać wynagrodzenie od 13,80 zł do 16,80 zł. za osobodzień! Praca pielęgniarki została niżej wyceniona niż praca osób wykonujących usługi

opiekuńcze zlecane na podstawie ustawy o pomocy społecznej (gotowanie, sprzątnięcie, robienie zakupów, itp.), gdzie stawka za ten rodzaj usług kształtuje się na poziomie 17 zł. **Jeszcze nigdy w naszym kraju ciężka i odpowiedzialna praca pielęgniarki nie została tak nisko wyceniona!**

Pani Prezes!

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa powstała z inicjatywy środowiska pielęgniarek w odpowiedzi na rozpoznane potrzeby osób obłożnie i przewlekle chorych przebywających w swoich domach. To właśnie pielęgniarki jako pierwsze dostrzegły zmieniającą się sytuację demograficzną naszego kraju oraz przewidziały skutki reformy ubezpieczeń zdrowotnych. Dzisiaj szpitale licząc koszty pobytu chorego w oddziale, najszybciej, jak to jest możliwe, wypisują pacjenta z zaleceniami do domu. Pielęgniarka rodzinna, mająca pod swoją opieką do 2750 pacjentów i związane z tym różnego rodzaju obowiązki zawodowe, nie jest w stanie zapewnić takiej opieki obłożnie chorym, jakiej ze względu na swój stan zdrowia wymagają. Od 2002 roku, kiedy weszły w życie programy pilotażowe z zakresu opieki długoterminowej domowej, notuje się dynamiczny wzrost zapotrzebowania na ten rodzaj świadczeń. Są to nie tylko nowe miejsca pracy dla pielęgniarek (dla wielu jedynie), ale również, a może przede wszyst-

kim ogromna i humanitarna pomoc osobom cierpiącym, ciężko doświadczonym przez los. Musimy nadmienić, że pacjentami opieki długoterminowej domowej są nie tylko osoby w podeszłym wieku, ale również osoby młodsze, po wypadkach komunikacyjnych, udarach, ze stwardnieniem rozsianym i innymi poważnymi jednostkami chorobowymi. I to właśnie im oraz zmęczonej opiecej rodzinnej, potrzebna jest codzienna wizyta pielęgniarki, zawodowo przygotowanej i uprawnionej do niesienia profesjonalnej pomocy. Niestety, wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną marginalizacji pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku.

Liczymy na pomoc Pani Prezes oraz całej Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Ze swej strony zapewniamy o swojej determinacji w walce o utrzymanie i rozwój pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

*Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Komisji ds. Opieki
Długoterminowej przy OTPiP w Krośnie
Teresa Witusik*

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

Krosno, dnia 29.11.2013 r.

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

W związku z ukazaniem się do konsultacji społecznych propozycji zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, jako Podmioty Lecznicze kontraktujące powyższe świadczenia, przekazujemy nasze uwagi dotyczące przedmiotowego dokumentu.

W załączniku nr 1 zarządzenia Nr /2013/DOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. Wprowadzenie współczynnika korygującego 0,6 dla osobodnia za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej dla pacjentów pod różnymi adresami, jest nie do przyjęcia.

2. Osobodzień dla pacjentów pod jednym adresem wskaźnik 0.4 został nie zmieniony, tylko ujęty jako świadczenia pielęgnacyjne natomiast dla świadczeń pielęgniarstwowości został podwyższony na 0.5. W związku z tym pełny etat pielęgniarki dla pacjentów pod jednym adre-

sem nie zmienił się i wynosi 100 % obecnej stawki.

W przypadku pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pacjentów pod różnymi adresami etat pielęgniarki przy wskaźniku 0.6 wynosi 60% obecnej stawki. Dlatego uważamy, że wprowadzenie współczynnika korygującego 0.6 dla osobodnia za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej dla pacjentów pod różnymi adresami, w porównaniu do osobodnia za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarstwie opieki długoter-

minowej domowej dla pacjentów pod tym samym adresem 0,4, jest bardzo krzywdzące, z powodu kosztów realizacji świadczenia związanych z dojazdem do pacjenta. Dla przykładu podajemy obliczenie kosztu dojazdu do pacjentów pielęgniarki w okresie jednego miesiąca: $0,8358 \times 40 \text{ km} \times 22 \text{ dni robocze} = 735,50 \text{ zł}$

W wyliczeniu nie uwzględniono amortyzacji pojazdu jak również kosztów ubezpieczenia.

Jest to degradacja finansowa opieki pielęgniarskiej domowej pod różnymi adresami zamieszkania.

Należy nadmienić, że od 01.01.2014 wzrasta najniższe wynagrodzenie, czyli wzrastają koszty zatrudnienia.

3. Zastosowanie współczynnika różnicującego czynności pielęgniarskie i pielęgnacyjne dla pacjentów pod tym samym adresem wynosi 0,1, ($0,5 - 0,4 = 0,1$) natomiast w przypadku pacjentów pod różnymi adresami aż 0,4 ($1,0 - 0,6 = 0,4$)

4. Wykonanie czynności pielęgnacyjnych u pacjenta obłożnie chorego pochłania dużo czasu i wymaga dużego wysiłku fizycznego, a jego rzetelne wykonanie skutkuje brakiem odleżyn co przekłada się na jakość życia pacjenta i nie wymaga wykonywania jałowych opatrunków. Zarówno czynności pielęgnacyjne jak pielęgniarskie wymagają dojazdu do pacjenta a jego koszt w obydwu przypadkach jest taki sam.

5. Nie zgadzamy się z zaproponowanym załącznikiem nr 8- Karta czynności pielęgniarskich opieki długoterminowej domowej. Uważamy, że wszystkie pomiary (np. RR, tętno poziom cukru, ilość oddechów, obrzęki itp.) powinny być zakwalifikowane do świadczeń pielęgniarskich. W procesie kształcenia studenci uczą się wykonywać badania fizykalne, które zawierają również w/w czynności. Także podczas kształcenia podyplomowego (kursy kwalifikacyjne i specjalizacyjne) realizowane są moduły z badań fizykalnych.

Pielęgniarka więc jako profesjonalista posiada wiedzę do oceny i interpretacji w/w parametrów i prawidłowego zareagowania w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

7. Również do czynności pielęgniarskich należy zaliczyć profilaktykę przeciwoleżynową, przeciwzakrzepową i świadczenia rehabilitacyjne zmierzające do zapobiegania przykurczom lub usprawniania pacjenta. Działania te nie wymagają zlecenia lekarskiego ale wymagają profesjonalnej wiedzy i umiejętności i są nieodłącznym elementem procesu pielęgnowania.

8. Za utrzymaniem współczynnika 1.0 dla wszystkich czynności wykonywanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej przemawia fakt że koszt finansowania przez NFZ pacjenta w opiece długoterminowej domowej w porównaniu z pacjentem przebywającym w szpi-

talu jest znacznie niższy. Dlatego nie do przyjęcia jest szukanie oszczędności w tym zakresie świadczeń

9. Jeśli Płatnik widzi potrzebę wprowadzenia zróżnicowania czynności pielęgniarskich i pielęgnacyjnych przy pomocy współczynników, proponujemy aby czynności pielęgnacyjne pozostały na poziomie finansowania przy współczynniku 1.0, natomiast czynności pielęgniarskie przy współczynniku 1.3.

10. Wprowadzenie proponowanego Zarządzenia za skutkuje tym, że pacjenci w chwili obecnej nie wymagają czynności pielęgniarskich, a tylko pielęgnacyjnych, będą finansowani na poziomie nie pozwalającym na utrzymanie etatu pielęgniarskiego. Co za tym idzie, tacy pacjenci zostaną z przyczyn finansowych pozostawieni bez opieki.

*Z poważaniem:
Świadczeniodawcy*

*NZOZ „MA-TER”
A. Prajsnar, H. Sińczak, B. Urbanek
38-420 Korczyn
ul. Parkowa 8*

*NZOZ „AGAMED”
Agnieszka Wilusz
38-422 Krościenko Wyżne
ul. Kasztanowa 33 B*

Chronologia prac NRPiP nad projektem Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Szanowni Państwo,

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych czyniła intensywnie starania na rzecz zmiany brzmienia projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Przedmiotowy projekt, zgodnie z procedurą został poddany konsultacji z Okręgowymi Radami Pielęgni-

rek i Położnych, jak też był przedmiotem spotkania w dniu 2 grudnia 2013 r. Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z przedstawicielami Świadczeniodawców, realizujących świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Ponadto, w dniu 4 grudnia 2013 r. NRPiP podjęła „Stanowisko dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadcze-

nia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”, w którym wniosowała o natychmiastowe podjęcie działań dotyczących zmiany zapisów projektu, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

NRPiP wyraziła stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych

i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

Jednocześnie w dniu 5 grudnia 2013 r. z inicjatywy Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyny Rogali – Pawelczyk odbyły się spotkania w Ministerstwie Zdrowia i NFZ, dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W dniu 11 grudnia 2013 r. NRPIP przekazała do NFZ uwagi, będące implementacją uwag, opinii, postulatów od ORPIP, Świadczeniodawców – pielęgniarek realizujących powyższe świadczenia, Krajowego Związku Pracodawców Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej – Porozumienie Śląskie, NZOZ-ów – Pielęgniarska Opieka Domowa, Zespołów ds. Opieki Długoterminowej Domowej działających przy Okręgowych Radach Pielęgniarek i Położnych, Konsultantów wojewódzkich w dziedzinie przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z oczekiwaniami środowiska zawodowego konsekwentnie wnioskowała o wydanie Zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 r. na aktualnie obowiązujących zasadach.

Ponadto, w celu przygotowania propozycji nowych warunków umów na lata następne NRPIP wniosła o powołanie zespołu składającego się z przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców oraz członków i ekspertów komisji ds. kontraktowania świadczeń działającej przy NRPIP. Korespondencja w tej kwestii została, w dniu 12 grudnia 2013 r. przekazana do wiadomości Pana Bartosza Arłukowicza - Ministra Zdrowia oraz Pani Beaty Cholewki, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

W celu omówienia i wypracowania rozwiązań możliwych do przyjęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, w

dniu 16 grudnia 2013 r. z inicjatywy Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyny Rogali-Pawelczyk odbyło się kolejne spotkanie z Panem Marcinem Pakulskim, Zastępcą Prezesa ds. medycznych, dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W spotkaniu, oprócz przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych uczestniczyły także pielęgniarki, reprezentujące Świadczeniodawców z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Podczas rozmów omówiono zapisy projektu zarządzenia dotyczące:

- 1) rozdzielenia świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na czynności pielęgniarskie i czynności pielęgnacyjne,
- 2) finansowania świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej oraz proponowanych współczynników,
- 3) katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz Karty czynności pielęgniarskich dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

Przedstawiciele NRPIP zwrócili także uwagę na konieczność opracowania wspólnie przez przedstawicieli NFZ oraz samorządu pielęgniarek i położnych warunków zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, zgodnych z oczekiwaniami środowiska zawodowego.

Jednocześnie, w dniu 16 grudnia 2013 r. NRPIP wystosowała ponownie pismo do Prezesa NFZ, w którym NRPIP po raz kolejny wnioskowała o wydanie Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 na aktualnie obowiązujących zasadach oraz o powołanie zespołu składającego się z przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców oraz członków i ekspertów komisji ds. kontraktowania świadczeń działającej przy NRPIP w celu przygotowania propozycji nowych warunków umów na lata następne. Powyższe pismo zostało przekazane

do wiadomości Pana Bartosza Arłukowicza - Ministra Zdrowia oraz Pani Beaty Cholewki – Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w dniu 16 grudnia 2013 r.

W dniu 18 grudnia 2013 r. na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia zostało opublikowane Zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W Komunikacie prasowym Funduszu czytamy cyt. „...Po przeanalizowaniu uwag zgłoszonych do projektu zarządzenia uznano, że wprowadzenie nowych rozwiązań powinno zostać poprzedzone modyfikacją sprawozdawczości w okresie przejściowym oraz ich ewentualnej weryfikacji w trakcie roku. Ta przesłanka spowodowała, że - przychyliając się do wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - Prezes Funduszu określiła wejście w życie nowych zasad rozliczania świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, na dzień 1 stycznia 2015r. Do końca 2014 roku będą obowiązywały dotychczasowe zasady rozliczeń, to jest podział na dwa produkty rozliczeniowe: osobodzeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów pod różnymi adresami zamieszkania oraz osobodzeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów pod tym samym adresem zamieszkania. Zmodyfikowany został jedynie zakres sprawozdawanych informacji w szczególności w zakresie czynności związanych z opieką nad pacjentami w szczególnie ciężkim stanie”.

Przedstawiam, w załączeniu porównanie projektu zarządzenia i aktualnie obowiązującego zarządzenia.

Prezes NRPIP
(-)Grażyna Rogala-Pawelczyk

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 15

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r.

dotyczące projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

NRPiP domaga się natychmiastowego podjęcia działań w sprawie zmiany zapisów w/w projektu, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

Wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną

marginalizacji pielęgniarstwie długoterminowej domowej na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku. Proponowany projekt Zarządzenia, w części dotyczącej zasad sprawozdawania, rozliczania i finansowania w pielęgniarstwie długoterminowej należy odrzucić i uznać jako skandaliczne pogwałcenie praw pacjenta! Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym przypadku narzuca w trakcie już istniejącej opieki nad pacjentem zmianę zasad rozliczania osobodnia na stawkę rażąco niską, stosuje w ten sposób monopolistyczną praktykę wobec pacjentów i świadczeniodawców! Jest to czyn społecznie nieakceptowany narusza za-

sady współżycia społecznego i zasady równego traktowania obywateli wynikające z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wzywa do natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarstwu realizującym świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej.

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

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 16

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 roku

dotyczące treści Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna skierowane do: Premiera RP, Ministra Zdrowia, Parlamentarzystów, Prezesa NFZ, Przewodniczącej Rady Społecznej NFZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 16

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 roku

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się stosowanemu przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktykom, w których Prezes NFZ dopuszcza się zmian w treści Zarządzenia niezgodnych z wcześniej przekazanym do konsultacji społecznym projektem.

Treść projektu została zmieniona z dnia na dzień bez uzgodnienia z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych z ogromną stratą dla środowiska.

Naczelna Rada od wielu lat wnioskuje do Prezesa NFZ o wzrost środków na realizację zadań w zakresie pielęgniarstwa POZ.

W związku z faktem, że treść przyjętego Zarządzenia w istotny sposób różni się od treści projektu i uzgodnień

w trakcie spotkania z Panią Prezes NFZ w miesiącu sierpniu 2013 roku wnosimy o wprowadzenie do treści Zarządzenia procedur dodatkowo finansowanych zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami.

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

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 136/VI/2013
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r.

w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r., o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) oraz art. 4 ust. 1 pkt 3 i 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.), uchwała się co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki oraz indywidualną kartę zleceń pielęgniarskich.

§ 2. Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3. Indywidualna karta zleceń pielęgniarskich stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały. § 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 136/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r. ws. przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

KATALOG CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ OPIEKUNA MEDYCZNEGO U OSOBY CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ NA ZLECENIE I POD NADZOREM PIELĘGNIARKI

1	słanie łóżka z chorym
2	toaleta jamy ustnej
3	mycie głowy w łóżku
4	toaleta całego ciała w łóżku
5	toaleta całego ciała pod natryskiem
6	toaleta całego ciała w wannie
7	higiena intymna
8	ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej
9	zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku
10	toaleta przeciwoleżynowa
11	zastosowanie udogodnień w łóżku
12	zastosowanie materaca p/odleżynowego
13	pomiar ciśnienia tętniczego krwi
14	pomiar tętna
15	pomiar temperatury
16	pomiar oddechów
17	pomiar masy ciała
18	pomiar wzrostu
19	przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego
20	przygotowanie i założenie okładu zimnego wilgotnego
21	przygotowanie i założenie okładu ciepłego suchy
22	przygotowanie i założenie okładu ciepłego wilgotny
23	karmienie przez zgłębnik i gastrostomię
24	wymiana worka stomijnego
25	założenie i zmiana cewnika zewnętrznego (nakładki na prącie wykonanej z miękkiego silikonu, przez którą mocz spływa do worka na mocz)
26	wymiana worka na mocz
27	wymiana worka zewnętrznego na stolec
28	stawianie baniek próżniowych
29	przewodzenie dobowej zbiórki moczu
30	kontrola oddawania moczu i stolca
31	wykonanie ćwiczeń biernych w łóżku
32	pomoc w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego
33	pomoc w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę
34	asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich
35	asystowanie pielęgniarce w zastosowaniu przymusu bezpośredniego

Nowe rozporządzenia

1) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie Systemu Wspomagania Ratownictwa Medycznego

Rozporządzenie określa:
- minimalną funkcjonalność Systemu Wspomagania Ratownictwa Medycznego zwanego dalej „systemem”;
- warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia i udostępniania danych gromadzonych w systemie.

2) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego

Rozporządzenie określa:
- świadczenia gwarantowane z zakresu ratownictwa medycznego,
- warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

3) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Świadczenia gwarantowane obejmują:

- 1) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania;
- 5) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

6) transport sanitarny.

4) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

5) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U.2013.1562)

6) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2014 r. (Dz.U.2013.1559)

7) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zmiany w świadczeniach POZ od 1 stycznia 2014 r.

12 listopada 2013 r. weszło w życie rozporządzenie z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Nowe rozporządzenie zastąpiło, obowiązujące dotychczas rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia w przedmiotowym zakresie wynika z art. 63 pkt 6 ustawy refundacyjnej, który dokonał zmiany w treści art. 31 d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W nowym akcie uwzględniono zmiany wprowadzone w zakresie struktury organizacyjnej szkoły podstawowej (do określono w przypadku dzieci w wieku 5 lat, iż chodzi o dzieci odbywające roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, zaś dzieci w wieku 6-7 lat sklasyfikowano jako uczniów klasy I). Zrezygnowano z określenia wieku uczniów na rzecz określenia etapu ich edukacji. Dokonano także zmiany porządkowej zastępując określenie „rodzice” na „przedstawiciele ustawowi lub opiekunowie prawni lub faktyczni” w części dotyczącej warunków realizacji wizyt patronażowych. Wykreślono także z bilansu w 12 miesiącu życia dziecka obowiązek kontroli wielkości blizny poszczepiennej BCG..

W stosunku do obecnie obowiązującego rozporządzenia, dokonano zmiany w załączniku nr 5 poprzez wprowadzenie do warunków realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej rejestratora rozmów telefonicznych, co ma służyć poprawie jakości udzielanych świadczeń oraz wzrostowi bezpieczeństwa pacjentów. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r. Do świadczeń gwarantowanych, udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r., stosuje się przepisy dotychczasowe.

Nowe Zarządzenie Prezesa NFZ - opieka paliatywna i hospicyjna

W dniu 9 grudnia 2013 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie nr 73/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Zarządzenie weszło w życie z dniem podpisania, z tym

jednak zastrzeżeniem, że jego przepisy stosowane będą do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2014 r. Z uwagi na powyższe z dniem 31 grudnia 2013 r. moc utra-

ci obecnie obowiązujące zarządzenie Nr 79/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Przedruk z Wolters Kluwer

Ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego uchwalona przez Sejm

22 listopada 2013 r. Sejm przyjął przygotowany przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji projekt ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego. Celem ustawy jest poprawa funkcjonowania obsługi numeru 112.

Nowa ustawa opiera cały system powiadamiania ratunkowego na Centrach Powiadamiania Ratunkowego (CPR).

Ponadto w nowej regulacji rozdzielono funkcję odbioru zgłoszeń alarmowych od funkcji dysponowania zasobami ratowniczymi, a także uregulowano kwestie organizacji, zadań i wymagań postawionych przed operatorami numerów alarmowych. W ustawie znalazły się również zapisy ujednociające zasady szkolenia pracowników CPR oraz sposób finansowania tego systemu.

Jeśli Senat nie wprowadzi zmian do ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego od przyszłego roku wszystkie zgłoszenia kierowane na numery alarmowe będą obsługiwane w CPR-ach, które będą pracować według takich samych procedur.

Przedruk z Wolters Kluwer

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Dnia 1 stycznia 2013 r. weszły w życie nowe zasady ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Niniejszy komentarz przybliży problematykę regulowaną w nowych przepisach, przedstawiając także praktyczne przykłady wyliczeń minimalnych norm zatrudnienia.

1. Wstęp

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) - dalej r.m.n.z. jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) - dalej u.dz.l.

Przedmiotowe **rozporządzenie dotyczy wyłącznie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i jednostek budżetowych, w tym państwowych jednostek budżeto-**

wych tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bowiem w myśl art. 2 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 u.dz.l. podmioty te są podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami.

Omawiane rozporządzenie zastąpiło obowiązujące do dnia 31 grudnia 2012 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), które utraciło moc obowiązującą na podstawie art. 219 u.dz.l.

Wprowadzenie w życie rozporządzenia poprzedzone zostało szerokimi konsultacjami społecznymi. Swoje uwagi zgłosiły m.in. korporacje zawodowe zawodów medycznych, w tym Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz związki za-

wodowe pielęgniarek i położnych. Wprowadzone w obecnym kształcie przepisy różnią się istotnie od projektu rozporządzenia, a analiza aktu prowadzi do wniosku, że niektóre z postulowanych zmian nie zostały uwzględnione w obowiązującym akcie. Nowe rozporządzenie różni się w sposób istotny od obowiązującego poprzednio przede wszystkim sposobem wyliczenia norm zatrudnienia, a w szczególności sposobem ustalania poszczególnych kryteriów uwzględnianych przy ustalaniu norm. Warto także zaznaczyć, iż wzory wyliczenia norm w stosunku do poprzednich różnią się zasadniczo i wydają się być zdecydowanie prostsze w porównaniu z dotychczas obowiązującymi.

Podkreślić należy również, że poprzednie rozporządzenie - w przeciwieństwie do obecnego - dotyczyło wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, publicznych i niepublicznych. Samorząd pielęgniarek i położnych jeszcze na etapie procedury legislacyjnej przy tworzeniu ustawy o działalności leczniczej bezskutecznie wnioskował o rozszerzenie stosowania przepisów dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na wszyst-

kie podmioty lecznicze. Podobne wnioski były zawarte w uwagach kierowanych do Ministra Zdrowia podczas prac legislacyjnych przy tworzeniu rozporządzenia.

2. Kto ustala minimalne normy w podmiocie leczniczym?

Ustawodawca w art. 50 ust. 1 u.d.z.l. ograniczył obowiązek ustalania minimalnych norm zatrudnienia wyłącznie do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Minimalne normy zatrudnienia ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu. Poprzez określenie „kierownik podmiotu leczniczego ustala normy zatrudnienia” należy mieć na uwadze fakt, iż normy te winny być wprowadzone przez kierownika podmiotu w formie przyjętej w danym podmiocie, np. w formie zarządzenia. W celu ustalenia norm nic nie stoi na przeszkodzie, aby normy zatrudnienia zostały przygotowane przez zespół profesjonalnych pracowników zatrudnionych w danym podmiocie, powołany przez kierownika podmiotu (dyrektora), a następnie opiniowane przez podmioty wskazane w art. 50 ust. 1 u.d.z.l.

W trybie przewidzianym w art. 119 u.d.z.l., tj. w trybie kontroli zlecanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw wewnętrznych w odniesieniu do podmiotów leczniczych, dla których jest podmiotem tworzącym, a minister właściwy do spraw zdrowia w odniesieniu do pozostałych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, dokonuje corocznej oceny realizacji obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek.

Niniejsze rozporządzenie zgodnie z wolą ustawodawcy ma na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Rozporządzenie określa zasady ustalania minimalnych norm zatrudnienia w zależności od rodzaju udzielanych

świadczeń zdrowotnych, grupując je w następujących rodzajach:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

3. Co uwzględnia się przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych?

Rozporządzenie najwięcej miejsca poświęca, co jest oczywiste, ustaleniu norm zatrudnienia w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Przewiduje ono, że przy ustalaniu tych norm uwzględnia się:

- 1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
- 2) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 4) harmonogram czasu pracy;
- 5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny, ustalony według reguł określonych w § 2 r.m.n.z.;
- 6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
- 7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;
- 8) stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Istotne jest, że do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących, pracę innych pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

W rozporządzeniu wprowadzono pojęcia takie jak średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity oraz średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku. W celu obliczenia średniego czasu w poszczególnych rodzajach

należy zastosować odpowiednio wzory zawarte w § 2 r.m.n.z.

Dla uporządkowania i ujednoczenia zasad wyliczania norm wprowadzono w załącznikach nr 1-7 do rozporządzenia kryteria dla poszczególnych kategorii opieki w zależności od rodzaju oddziałów ze względu na ich profil. Dokonano klasyfikacji pacjentów do określonej kategorii opieki ze względu na stan zdrowia. Ustalono kryteria dla kategorii:

- 1) opieki w przypadku oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr1);
- 2) opieki w przypadku oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr 2);
- 3) opieki w przypadku zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury albo w przypadku oddziału lub zespołu porodowego w profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego (załącznik nr 3);
- 4) opieki w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu - w odniesieniu do położnicy (załącznik nr 4);
- 5) opieki w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu - w odniesieniu do noworodka (załącznik nr 5);
- 6) opieki w przypadku oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr 6);
- 7) opieki w przypadku oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu (załącznik nr 7).

W przypadku opieki w oddziale o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu - w odniesieniu do noworodka oraz

O profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu wprowadzono dwie kategorie opieki, natomiast w pozostałych profilach oddziałów wprowadzono trzy kategorie opieki.

W myśl § 2 r.m.n.z. uwzględnia się następujące dane przy zastosowaniu poszczególnych wzorów:

- 1) średnią liczbę pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy poprzedzający ustalenie minimalnej normy wg podziału na poszczególne kategorie opieki I, II, III;
- 2) średni dobowy czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich dla poszczególnych kategorii opieki I, II, III;
- 3) średni dobowy czas wykonania świadczeń pielęgnarskich pośrednich, który może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich; czas ten określa się, biorąc pod uwagę organizację pracy w danym podmiocie;
- 4) średni czas pracy w dniach;
- 5) średni czas urlopu wypoczynkowego w dniach;
- 6) średni czas ustawowo przysługujący na opiekę nad dzieckiem w dniach;
- 7) średni czas przeznaczony na realizację kształcenia podyplomowego w dniach;
- 8) średni czas nieobecności w pracy usprawiedliwiony zaświadczeniem lekarskim w dniach.

Z uwagi na to, iż przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia uwzględnia się średnią liczbę pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy poprzedzający ustalenie normy minimalnej, logiczne wydaje się uwzględnienie danych opisanych powyżej w pkt 2-8 również w odniesieniu do tego samego roku kalendarzowego, pomimo że rozporządzenie nie wskazuje tego wprost.

Średni dobowy czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich, oznaczony jako T_{spb} , stanowi sumę iloczynów średniej liczby pacjentów (oznaczona jako N) i średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich dla poszczególnych kategorii opieki, tj. iloczyn średniej liczby pacjentów kategorii opieki

1 i średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich dla kategorii opieki I powiększony o iloczyn

średniej liczby pacjentów kategorii opieki II i średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich dla kategorii opieki

II oraz o iloczyn średniej liczby pacjentów kategorii opieki III i średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich dla kategorii opieki III.

Wzór:

$$T_{spb} = (N1 \times T_{spbi}) + (N2 * T_{spb2}) + (N3 * T_{spb3})$$

Średni dobowy czas świadczeń pielęgnarskich pośrednich, oznaczony jako T_{spp} , może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich; czas ten określa się, uwzględniając organizację pracy w danym podmiocie.

Średni dobowy czas świadczeń pielęgnarskich całkowity, oznaczony jako T_{spc} , stanowi sumę średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich i średniego dobowego czasu wykonywania świadczeń pielęgnarskich pośrednich.

Średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku, oznaczony jako T_d , stanowi różnicę pomiędzy średnim dobowym czasem pielęgniarki całkowitym a sumą średniego czasu nieobecności w dniach, związanych z wykorzystaniem: urlopu wypoczynkowego, dni ustawowo przysługujących na opiekę nad dzieckiem, dni na realizację kształcenia podyplomowego, dni nieobecności w pracy usprawiedliwionych zaświadczeniem lekarskim.

Przykład 1

Przyjęto przeciętnie 20 dni roboczych w ciągu miesiąca; 12 miesięcy = 240 dni roboczych;

$T_d = 240$ dni pomniejszone o 26 dni urlopu wypoczynkowego, 2 dni ustawowo przysługujące na opiekę nad dzieckiem, 5 dni na realizację kształcenia podyplomowego, 5 dni zwolnień lekarskich;

$$T_d = 240 - 26 - 2 - 5 - 5 = 202 \text{ dni}$$

$T_d = 202 \text{ dni} * 7 \text{ h } 35 \text{ min} = 1531 \text{ h } 50 \text{ min}$ (7 h 35 min wynika z art. 93 ust. 1 u.d.z.l.).

Średni czas dyspozycyjny pielęgniarki w danym oddziale w ciągu roku wynosi ok. 1532 h (średnio miesięcznie 127 h 39 min).

Kierownik podmiotu leczniczego ustala średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich dla danej kategorii opieki, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami przyjętymi w załącznikach nr 1-7 do rozporządzenia.

Przy ustalaniu minimalnej normy należy zastosować wzór, który stanowi iloczyn średniego dobowego czasu świadczeń pielęgnarskich całkowitych w dniach i liczby 365, który dzielony jest przez średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku.

Wzór:

$$L_e = \frac{T_{spc} \times 365}{T_d}$$

gdzie:

L_e - liczba etatów lub równoważników etatów stanowiąca podstawę obliczenia minimalnej normy; przy wyliczeniu normy uwzględnia się personel zatrudniony w ramach umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych;

T_{spc} - średni dobowy czas świadczeń pielęgnarskich całkowity w dniach;

T_d - średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku.

Przykład 2

Liczba pacjentów w oddziale: 30

Pacjentów zakwalifikowano do poszczególnych kategorii:

I kategoria - 7 pacjentów, czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich 40 min;

II kategoria - 15 pacjentów, czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich 100 min;

III kategoria - 8 pacjentów, czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich 160 min.

Obliczamy czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich wg wzoru:

$$T_{spb} = (N1 \times T_{spbi}) + (N2 * T_{spb2}) + (N3 \times T_{spb3})$$

$$T_{spb} = (7 \times 40 \text{ min}) + (15 \times 100 \text{ min}) + (8 \times 160 \text{ min})$$

$$T_{spb} = 280 + 1500 + 1280 = 3060 \text{ min.}$$

Zakłada się, że czas świadczeń pielęgnarskich pośrednich w danym oddziale wynosi 20% czasu świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich: $3060 \text{ min} \times 20\% = 612 \text{ min}$. T_{spp} wynosi 612 min.

T_{spc} (średni dobowy czas świadczeń pielęgnarskich całkowity) = 3060 min

+ 612 min = 3672 min, co stanowi 61 h 12 min, czyli 8,5 dnia (po 7 h 35 min). W podobny sposób dokonano wyliczenia hipotetycznej liczby etatów w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia. Podkreślić należy jednak, że obowiązujące w chwili obecnej rozporządzenie, w przeciwieństwie do jego projektu, nie narzuca ani średniego czasu dyspozycyjnego pielęgniarki lub położnej w ciągu roku, ani średniego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w każdej kategorii opieki, w zależności od profilu oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej o podobnym profilu. Kierownik podmiotu leczniczego sam ustala wszystkie niezbędne parametry, uwzględniając dane określone w § 2 r.m.n.z.

$$I_e = \frac{8,5 \times 365}{202} = 15,4 \text{ etetu}$$

W przypadku podmiotu wykonującego świadczenia **z zakresu uzależnień oraz w przypadku bloku operacyjnego przy ustalaniu** minimalnej normy na 1 stół operacyjny w trakcie zabiegu (1 pacjent) przy ustalaniu minimalnej normy nie stosuje się wzoru, lecz uwzględnia się:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
- liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- harmonogram czasu pracy;
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

W przypadku szpitalnego **oddziału ratunkowego lub izby przyjęć** przy ustalaniu minimalnej normy również nie stosuje się wzorów, ale uwzględnia się liczbę pacjentów w skali roku, stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu oraz:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, tech-

niczną oraz środki transportu i łączności;

- harmonogram czasu pracy.

Wyjątek od zasad określonych w rozporządzeniu w zakresie ustalania minimalnych norm stanowią **oddziały o profilu anestezjologia i intensywnej terapia** (stanowisko intensywnej terapii) lub inne jednostki lub komórki organizacyjne podmiotu o tym profilu oraz **oddziały neonatologiczne**, inne jednostki lub komórki organizacyjne podmiotu o tym profilu, do których stosuje się minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego (zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego).

Paragraf 5 ust. 1 r.m.n.z. zawiera również uregulowania dotyczące postępowania w przypadku **utworzenia nowego podmiotu**, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki. Wówczas przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

- planowany zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych;
- planowaną liczbę pacjentów;
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- harmonogram czasu pracy;
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Minimalną normę ustala się w sposób określony w § 5 ust. 1 r.m.n.z. na okres roku, licząc od dnia wpisu podmiotu albo wpisu zmian określonych w § 5 ust. 1 r.m.n.z. do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 u.d.z.l.

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą **w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** w § 6 r.m.n.z. wprowadzono dość daleko idącą autonomię dla kierownika podmiotu przy ustalaniu minimalnych norm. Nie obowiązują tu żadne wzory określające sposób wyliczenia norm, natomiast wskazuje się na uwzględnienie przy ich ustalaniu następujących parametrów:

- wielkość i rozległość terytorialna oraz struktura demograficzna i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu;
- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;
- liczba pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- harmonogram czasu pracy;
- wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego;
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Warto podkreślić, iż przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia uwzględnia się liczbę etatów lub równoważników etatów pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, w tym umowy zawartej z osobą wykonującą zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

4. Jak często należy ustalać minimalne normy zatrudnienia?

Rozporządzenie nakłada na kierowników podmiotów "leczniczych obowiązek **ustalania norm co najmniej jeden raz na trzy lata** (§ 7 r.m.n.z.), co oznacza ? obowiązek systematycznego monitorowania potrzeb kadrowych w celu zapewnienia właściwej jakości i dostęp-

ności świadczeń zdrowotnych, przy uwzględnieniu takich innych czynników jak zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizacja pracy w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną, środki transportu i łączności.

5. Do kiedy należy dostosować minimalne normy zatrudnienia do nowych przepisów?

Rozporządzenie obowiązuje od dnia 1 stycznia 2013 r., jednakże minimalne normy zatrudnienia ustalone w oparciu o przepisy poprzednio obowiązującego rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania mini-

malnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.

Dz.U.2013.217: art. 19 ust. 5; art. 50
Dz.U.2012.1545: ogólne

Autor: Iwona Choromańska
Przedruk z Wolters Kluwer

Zalecenie Konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

W związku z wejściem od 1 stycznia 2013 roku nowego rozporządzenia o sposobach ustalenia minimalnych norm zatrudnienia przywołanego powyżej oraz zgodnie z art. 50 ust.1 ustawy o działalności leczniczej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii:

1. Przedstawiciele kierujących jednostkami i komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym.

2. Przedstawiciele organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych na terenie działania podmiotu.

Korzystając z tego ustawowego uprawnienia zaleca się powołanie w każdym podmiocie leczniczym zespołu pielęgniarek i położnych (najlepiej wspólnie z przedstawicielami samorządu i związków zawodowych), który dokona oceny ustalonych przez kierownika norm zatrudnienia. Ocena powinna obejmować obsady pielęgniarek i położnych na dyżurach dziennych i nocnych w wybranych oddziałach.

Podstawą do liczenia norm zatrudnienia stanowią kryteria oraz poszczególne kategorie opieki właściwe dla wybranych rodzajów działalności zamieszczone w załącznikach do rozporządzenia. Tzw. „kategoryzacja pacjentów” zamieszczona w tabelach umożliwia ocenę pacjentów w zakresie wskazanych kryteriów obejmujących między innymi: aktywność fizyczną, higienę, odżywianie, wydalanie. Tabele te ułatwiają zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniej kategorii opieki w poszczególnych oddziałach szpitala. W

przywołanym akcie prawnym brak jednak określenia czasu właściwego dla wykonania świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w stosunku do pacjentów zakwalifikowanych odpowiednio do I, II lub III kategorii opieki. Mając świadomość ograniczeń wynikających z obowiązującego rozporządzenia oraz uwzględniając aktualny stan wiedzy w zakresie planowania obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych dotyczących uśrednienia czasów jakie należy przeznaczyć na wykonanie świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich należy przy obliczeniach minimalnej normy zatrudnienia skorzystać z zaproponowanych czasów:

1. Dla oddziałów o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszących odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 1 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 38 minut na dobę na pacjenta,

b) w przypadku II kategorii - 95 minut na dobę na pacjenta,

c) w przypadku III kategorii - 159 minut na dobę na pacjenta,

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

2. Na oddziałach o profilu psychiatrycznym, lub innej komórce organi-

zacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy opinio- wać pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 2 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 40 minut na dobę na pacjenta,

b) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na pacjenta,

c) w przypadku III kategorii - 160 minut na dobę na pacjenta,

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

3. Dla zespołu porodowego lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne w stosunku do rodzących siłami natury, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 3 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 137 minut na dobę na rodzącą siłami natury,

b) w przypadku II kategorii - 274 minut na dobę na rodzącą siłami natury,

c) w przypadku III kategorii - 328 minut na dobę na rodzącą siłami natury.

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnio-

nych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

4. Dla zespołu porodowego lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu ciąży powikłanej lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego, należy zaopiniować pozytywnie zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 4 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku II kategorii- 53 minuty na dobę na rodzącą

b) w przypadku III kategorii- 120 minut na dobę na rodzącą..

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

5. Dla oddziału o profilu położniczo-ginekologicznego w systemie „matka z dzieckiem” lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, **należy zaopiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 5 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 72 minuty na dobę na położnicę i noworodka,

b) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na położnicę i noworodka,

c) w przypadku III kategorii - 98 minut na dobę na położnicę i noworodka.

Przy ocenie ustalonych przez kierownika jednostki normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych należy również wziąć pod uwagę opinię pielęgniarki epidemiologicznej zatrudnionej w danym zakładzie.

W przypadku wydania opinii negatywnej należy ją merytorycznie uzasadnić odnosząc do obowiązujących przepisów prawnych, zapewnienia pacjentom bezpiecznej opieki w danym oddziale szpitalnym i przesłać do organu założycielskiego i Ministerstwa Zdrowia.

Kraków; 14,03.2013 r.

Dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Informacja na temat terminu wejścia w życie planowanych zmian w Dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. uznawania kwalifikacji zawodowych

W dniu 9 października 2013 roku Parlament Europejski przegłosował i zaakceptował zaproponowane przez Rzeczpospolitą Polską zmiany dotyczące kwestii uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych.

Kolejnym organem, który musi przyjmując zmieniony tekst Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady jest Rada Europejska. Głosowanie w tej sprawie odbędzie się prawdopodobnie w dniu 15 listopada 2013 r.

Po formalnym zaakceptowaniu zmian w ww. dyrektywie przez obie instytucje nastąpi publikacja omawianego aktu prawnego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Natomiast wejście w życie niniejszej dyrektywy nastąpi dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Jednakże to nie kończy „drogi” przyjętego dokumentu. Po wejściu w życie zmienionej Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. uzna-

wania kwalifikacji zawodowych konieczna będzie jej implementacja, wdrożenie do krajowego porządku prawnego w każdym Państwie Członkowskim. Poszczególne kraje będą miały na to maksymalnie 2 lata.

Materiał opracował:

Klaudiusz Sigiel

Asystent ds. prawnych

Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Ministerstwo zdrowia - informacja dla absolwentek liceów medycznych w aspekcie zmienionej dyrektywy 2005/36/WE

Pielęgniarka posiadająca dyplom liceum medycznego, która chciałaby podjąć pracę w państwie Unii Europejskiej po 1 stycznia 2014 r. (czyli po wejściu w życie unowocześnionej dyrektywy 2005/36/WE), powinna przede wszystkim zgłosić się do organu rejestrującego w danym kraju by uzyskać informacje na temat warunków uzyskania rejestracji. W poszczególnych krajach często funkcjonują wewnętrzne przepisy korporacyjne regulujące tę kwestię w różny sposób.

Pielęgniarka, absolwentka liceum medycznego, przed wyjazdem powinna przetłumaczyć dyplom u tłumacza przy-

siętego (niektóre kraje wymagają dodatkowego poświadczenia go w MSZ, MZ lub ambasadzie danego kraju - dlatego ważne jest aby wcześniej poznać wymagania danego organu rejestrującego). Niezbędne jest też uzyskanie zaświadczenia z okręgowej izby pielęgniarek i położnych, wydawanego osobom chcącym podjąć pracę na terenie UE. Zaświadczenie takie ważne jest 3 miesiące i zawiera informacje m. in. na temat posiadanego wykształcenia (dyplomu), stażu pracy czy braku prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Należy pamiętać, że zmiany dotyczące uznawania dyplomów liceum pielęgniarskiego nie oznaczają ich automatycznego i bezwarunkowego uznania w innych krajach UE, bez konieczności spełnienia warunków wynikających z przepisów dyrektywy oraz krajowych uregulowań. Ważna u wyjeżdżających absolwentów liceów medycznych powinna być świadomość konieczności spełnienia podstawowego warunku umożliwiającego podjęcie pracy, jakim jest posiadanie co najmniej 3 letniego stażu (pracy) w zawodzie pielęgniarki w ostatnich 5 latach.

Warszawa, 4 grudnia 2013 roku.

Czy indywidualna praktyka pielęgniarek i położnych może zatrudniać personel pielęgniarski?

Pielęgniarka lub położna wykonująca zawód w ramach indywidualnej praktyki nie może zatrudniać pielęgniarki ani położnej.

Zakaz zatrudniania pielęgniarek i położnych przez osoby wykonujące zawód w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wynika z art. 20 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). Przepis ten zezwala jedynie na zatrudnianie osób niebędących pielęgniarkami lub położnymi do wykonywania czynności pomocniczych (co ustawa określa pojęciem „współpracy”).

Wspólnemu udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki lub położne służy natomiast grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, której działanie jest regulowane przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) - dalej u.d.z.l. Ustawa ta dopuszcza trzy formy prowadzenia takiej praktyki: spółkę cywilną, spółkę jawną i spółkę partnerską (art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b u.d.z.l.). Ponadto w ramach grupowej praktyki świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez pielęgniarki lub położne będące współnika-

mi lub partnerami spółki (art. 19 ust. 5 u.d.z.l.).

Poza tym, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarka (położna) jako jednoosobowy przedsiębiorca albo wspólnie z innymi osobami w ramach spółki cywilnej lub spółki prawa handlowego, może utworzyć podmiot leczniczy, w którym będą mogły być zatrudniane inne osoby, w tym inne pielęgniarki lub położne.

*Przedruk z Wolters Kluwer
Małgorzata Brzozowska-Kruczek*

Jaką indywidualną dokumentację pacjenta powinna prowadzić pielęgniarka poz? Czy powinna zakładać indywidualne karty dla każdego zadeklarowanego pacjenta?

Nie ma konieczności zakładania karty dla każdego zadeklarowanego pacjenta. Historię zdrowia i choroby zakłada się w momencie udzielania świadczenia świadczeniobiorcy po raz pierwszy, który do tej pory nie miał udzielanych świadczeń przez świadczeniodawcę w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie

Zgodnie z zapisami § 41 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) historia zdrowia i choroby zakładana jest pacjentowi dopiero w momencie udzielenia mu świadczeń zdrowotnych. Wpisy poświadczające wykonanie świadczeń na rzecz pacjenta, bez względu na to czy jest to personel lekarski czy też pielęgniarski dokonywane są właśnie w historii zdrowia i choroby. Nie ma zatem potrzeby tworzenia oddzielnej karty służącej jedynie wpisom pielęgniarskim.

Uwagi

Sporządzanie dokumentacji przez personel pielęgniarski podlega takim samym uregulowaniom prawnym w zakresie formalnym jak w przypadku dokonywania wpisów przez lekarza podczas standardowej wizyty. Zapis z udzielonego świadczenia pielęgniarskiego powinien zawierać wszystkie wymagane przez zapisy prawa elementy w granicach czynności możliwych do wykonania przez personel pielęgniarski, określonych w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

W przypadku sprawowanej opieki środowiskowej świadczonej przez pielęgniarkę środowiskową historia zdrowia i choroby zawiera opis środowiska epidemiologicznego, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej, rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, a w szczegó-

łości rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich oraz oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej.

Zagrożenia

Niekompletne bądź nierzetelne prowadzenie historii zdrowia i choroby przez personel pielęgniarski i lekarzy stanowić może zagrożenie w aspekcie przeprowadzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontroli dokumentacji medycznych. Weryfikacji bowiem poddawana jest również część zawierająca wpisy pielęgniarskie, co w przypadku wystąpienia nieprawidłowości stanowić może powód zastrzeżeń i licznych uwag osoby kontrolującej oraz nieść ze sobą stratę finansową placówki.

*Przedruk z Wolters Kluwer
Rafał Janiszewski*

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

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

Kto - placówka oświatowa czy podmiotu leczniczy - winna zawrzeć umowę na transport i utylizację tych odpadów?

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

Placówka oświatowa, prowadząca klasy integracyjne nie ma obowiązku urządzenia dodatkowego pomieszczenia na przechowywanie odpadów medycznych.

Worki stomijne czy pieluchomajtki nie są odpadami medycznymi, tylko odpadami komunalnymi. Odbiera je przedsiębiorca odbierający odpady komunalne, z którym szkoła ma zawartą umowę cywilnoprawną, a w przypadku, gdyby już w gminie/ mieście funkcjonował system gospodarowania odpadami komunalnymi zorganizowany zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 391 z późn. zm.)

- z przedsiębiorcą, który ma zawartą umowę z wójtem (burmistrzem, prezydentem miasta).

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

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

Uzasadnienie

Postępowanie z odpadami medycznymi wytwarzanymi w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej musi być zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940), którym określono szczegółowe sposoby postępowania z tymi

odpadami. Jednakże to pielęgniarka szkolna jest odpowiedzialna z ich prawidłowe zagospodarowanie, a nie placówka oświatowa. Wyposażenie gabinetu w worki lub pojemniki przeznaczone na odpady medyczne oraz ich prawidłowe zagospodarowanie, to obowiązek pielęgniarki szkolnej. Kwota przeznaczona na powyższe mieści się w stawce kawitacyjnej na ucznia, jaką otrzymuje w wyniku zawarcia kontraktu z NFZ.

Zakwalifikowanie odpadów medycznych do grupy 18 01 nie zależy od miejsca (szpital czy gabinet lekarski w szkole), ale czynności, przy której powstają. Jednakże odpady w postaci pieluchomajtek czy worków stomijnych nie są klasyfikowane w grupie 18 - odpady medyczne i weterynaryjne, a w grupie 20 - odpady komunalne.

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

*Przedruk z Wolters Kluwer
Alicja Brzezińska*

Jak należy postępować z resztką niewykorzystanego leku w zawieszynie np. antybiotyku, do jakiego odpadu należy go zaliczyć?

Sposób postępowania z odpadami regulują następujące akty prawne: ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21) - dalej u.o., rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. Nr 112, poz. 1206) - dalej r.k.o., a w przypadku zakwalifikowania danego odpadu do kategorii odpadów medycznych także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940) - dalej r.s.p.o.m. Kwalifikacji danego odpadu do poszczególnych kategorii dokonuje się w pierwszej kolejności na podstawie przepisów ustawy o odpadach, i tak np. ustawa ta w art. ust. 1 pkt 8 stanowi, że odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny należy zakwalifikować do kategorii odpadów medycznych. Jeżeli jednak dana substancja wykazuje co najmniej jedną

spośród właściwości niebezpiecznych, określonych w załączniku nr 3 do u.o., substancję taką należy zakwalifikować do kategorii odpadów niebezpiecznych.

Uszczegółowienie informacji dotyczących rodzajów odpadów i sposób ich kwalifikowania do odpowiednich kategorii został określony w rozporządzeniu w sprawie katalogu odpadów. W świetle § 2 pkt 18 r.k.o. odpady medyczne i weterynaryjne zaliczane są do grupy nr 18, przy czym leki cytotoksyczne i cytostatyczne (kod nr 18 01 08) stanowią odpady niebezpieczne (zgodnie z § 3 ust. 2 r.k.o. odpady niebezpieczne określa się poprzez oznakowanie ich w katalogu odpadów indeksem górnym w postaci gwiazdki „*” przy kodzie rodzaju odpadów), a pozostałe produkty lecznicze (kod nr 18 01 09) uznane zostały za odpady medyczne nieposiadające cech odpadów niebezpiecznych.

Sposób postępowania z odpadami medycznymi określony został w rozporządzeniu w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami me-

dycznymi. Paragraf 3 ust. 2 i 3 r.s.p.o.m. stanowi m.in., że w przypadku, gdy odpadem są leki cytotoksyczne i cytostatyczne, zbiera się je do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru żółtego, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, natomiast gdy mamy do czynienia z lekami innymi niż cytotoksyczne i cytostatyczne, należy zbierać je do worków jednorazowego użycia z materiału nieprzezroczystego w kolorze innym niż czerwony lub żółty, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, albo do pojemników wielokrotnego użycia. Pozostałe przepisy rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi zawierają dalsze szczegółowe wytyczne dotyczące sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

*Przedruk z Wolters Kluwer
Mariusz Kondrat*

Jaka jest procedura postępowania z lekami przeterminowanymi, które są w posiadaniu pacjentów?

Chodzi zarówno o leki silnie działające, antybiotyki, leki przeciwbólowe i inne.

Czy pacjent może zniszczyć te leki we własnym zakresie (poprzez ich wyrzucenie do śmieci), czy też należy przekazać je jako odpady medyczne? Jeśli tak to komu, kto powinien zapłacić za utylizację?

Załącznik 2 do ustawy o odpadach mówi o środkach farmaceutycznych jako odpadach niebezpiecznych.

Jak należy zatem postąpić z przeterminowanymi lub uszkodzonymi lekami i środkami farmaceutycznymi?

Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21) - dalej u.o.o nie zalicza produktów leczniczych (środków farmaceutycznych) znajdujących się w posiadaniu pacjentów do odpadów niebezpiecznych. Tym samym, w świetle prawa, możliwe jest wyrzucenie przeterminowanych leków do śmietnika.

Uzasadnienie

Ustawa o odpadach określa zasady prowadzenia gospodarki odpadami na terytorium RP.

Zgodnie z powyższym farmaceutyki oraz związki stosowane w medycynie lub w weterynarii zostały włączone na listę substancji, które mogą powodować,

że odpady są odpadami niebezpiecznymi (pkt 32 załącznika nr 4 do u.o.o.).

Jednakże przepisy te odnoszą się do placówek służby zdrowia. Przepisy nie regulują natomiast szczególnego sposobu postępowania z lekami przeterminowanymi będącymi w posiadaniu pacjentów.

Tym samym, w świetle prawa, możliwe jest wyrzucenie przeterminowanych leków do śmietnika. Jednakże większość

gmin prowadzi programy segregacji leków poprzez ustawianie odpowiednich kontenerów na terenie aptek ogólnodostępnych. Korzystanie z tej formy segregacji jest dobrowolne.

Uwagi

Gminy, które posiadają umowy z aptekami wystawiają w nich specjalne po-

jemniki, do których - na zasadzie dobrowolności - pacjenci mogą wrzucać zbędne i przeterminowane leki. Zgodnie z art. 45 ust. 1 pkt 1 u.o.o. taka działalność apteki jest zwolniona z obowiązku uzyskania zezwolenia na zbieranie odpadów/ zezwolenia na przetwarzanie odpadów oraz jest zwolniona z obowiązku uzyska-

nia wpisu do rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami (art. 51 ust. 2 pkt 3 u.o.o.).

*Przedruk z Wolters Kluwer
Dobrawa Białadun*

Czy pielęgniarka operacyjna zatrudniona w bloku operacyjnym może być oddelegowana w czasie dyżuru na inny oddział szpitala, a następnie w razie potrzeby wzywana do operacji?

Pielęgniarka operacyjna zatrudniona w bloku operacyjnym nie może być oddelegowana w czasie dyżuru na inny oddział szpitala, a następnie w razie potrzeby wzywana do operacji.

Uzasadnienie

Obowiązujące przepisy prawa nie zawierają wprost określenia liczby etatów pielęgniarskich na bloku operacyjnym. Takich uregulowań nie ma nawet w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. W sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1082) - dalej r.ś.g., pomimo, że w innych specjalnościach przewidziane są przeliczniki etatowe jak np. anesteziologia i intensywne terapie, diabetologia, neonatologia. Ogólne przepisy rozporządzenia w §4a ust. 1., zobowiązują świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia. Paragraf 4a ust. 2 r.ś.g. stanowi, że liczba i kwalifikacje pracowników niezbędnych dla zapewnienia opieki, o której mowa w ust. 1, są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

- 1) profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych;
- 2) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek;

3) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

W myśl § 4a ust. 4 r.ś.g. zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych, o której mowa w ust. 1, w zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

Zatem decyzje o liczbie pielęgniarek w bloku operacyjnym określa samodzielnie podmiot udzielający świadczeń.

Rozważając jednak problem „przerzucania” pielęgniarki z bloku operacyjnego w czasie jej dyżuru do innego oddziału szpitalnego, należy odnieść się do ewentualnych skutków prawnych będących następstwem takich decyzji.

W pierwszej kolejności, w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej należy przeanalizować obowiązujące normy zatrudnienia ustalone przez kierownika SP ZOZ-u na podstawie art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) - dalej r.m.n.z. Oczywiście w przypadku każdego podmiotu normy te mogą różnić się i są uzależnione od ta-

kich czynników jak zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, liczba pacjentów obejmowanych opieką wyposażenie bloku, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną, środki transportu i łączności, harmonogram czasu pracy stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych (§ 1 ust. 1 pkt 1-4 i 8 w związku z §4 ust. 3 r.m.n.z.). Jednakże ustalenie takich norm winno w pierwszej kolejności zapewnić należyłą jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot.

W przypadku pozostałych podmiotów, będących przedsiębiorcami, minimalne normy zatrudnienia nie obowiązują, ale osoba kierująca przedsiębiorstwem leczniczym ma obowiązek skonstruowania takiej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, aby zapewniona została co najmniej należyta jakość świadczeń. Obowiązek ten wynika między innymi z art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.).

Trudno bowiem sobie wyobrazić sytuację, w której w trakcie „dyżuru pielęgniarskiego” przewidziano na bloku operacyjnym w harmonogramie czasu pracy dla pielęgniarki, czas pracy nie zapewniający pełnej gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Kierowanie pielęgniarki operacyjnej, a zatem oso-

by z wykształceniem medycznym odpowiednio wykwalifikowanej do pracy na bloku operacyjnym, do pracy w innym oddziale - w czasie jej dyżuru na bloku operacyjnym, może skutkować odpowiedzialnością podmiotu z tytułu tzw. winy organizacyjnej, w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi w związku z wadliwym udzieleniem świadczenia zdrowotnego, na skutek złej organizacji udzielania tych świadczeń.

Kolejnym skutkiem decyzji o kierowaniu pielęgniarki operacyjnej w czasie jej dyżuru do pracy w innym oddziale może być odpowiedzialność pracodawcy z tytułu dyskryminacji pośredniej w zatrudnieniu. W tym przedmiocie zapadł ciekawy wyrok Sądu Najwyższego w dniu 3 kwietnia 2008 r. w sprawie sygn. akt II PK 286/2007 (OSNP 2009/15-16 poz. 202). Co prawda sentencja wyroku dotyczyła materii związanej z rozwiązywaniem stosunku pracy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy, nie mniej jednak w uzasadnieniu do wy-

roku sąd orzekający oceniając wprowadzone „zmiany organizacyjne polegające na tym, że jedna z pielęgniarek Bloku Operacyjnego przy ul. S. w czasie, kiedy nie wykonywane są zabiegi operacyjne, miała świadczyć pracę na rzecz Oddziału Urazowo Ortopedycznego lub Oddziału Chirurgicznego. W przypadku konieczności wykonywania pracy na Bloku Operacyjnym pielęgniarka miała wracać do pracy na tym Bloku po poprzednim zawiadomieniu Pielęgniarki Oddziałowej lub pielęgniarki z danego Oddziału” stwierdził, że takie zachowanie pracodawcy nosi znamiona tzw. dyskryminacji pośredniej w zatrudnieniu.

Oceniając zasadność omawianych decyzji w kontekście zachowania wymogów sanitarno-epidemiologicznych wydaje się, że nie mają one bezpośredniego wpływu na jakość udzielanych świadczeń na sali operacyjnej, ponieważ do każdego zabiegu zespół operacyjny przygotowuje się z zachowaniem określonych reżimów.

Natomiast prawo pielęgniarki do „regeneracji sił między zabiegami” nie zostało w żadnym przepisie prawa wyrażone wprost. Przepisy prawa pracy przewidują przerwę 15 minutową w pracy wliczaną do czasu pracy (art. 134 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy; tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) w przypadku dobowego wymiaru czasu pracy wynoszącego co najmniej 6 godzin. Jednakże oczywistym jest, że pielęgniarka, która nie jest przymuszona organizacją pracy do świadczenia pracy w różnych oddziałach w czasie jednej zmiany, jest w zdecydowanie lepszej kondycji i gotowości do należytego wykonywania obowiązków, niż pielęgniarka pracująca pod presją czasu i konieczności wykonywania wielu, różniących się od siebie czynności.

*Przedruk z Wolters Kluwer
Iwona Choromańska*

Czy pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej z ukończonym kursem kwalifikacyjnym pielęgniarki środowiskowej może samodzielnie zdejmować szwy i robić opatrunki jeżeli nie posiada kursu specjalistycznego „Leczenie ran”?

Odpowiedź

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej z ukończonym kursem kwalifikacyjnym pielęgniarki środowiskowej nie może samodzielnie zdejmować szwów i robić opatrunków, jeżeli nie posiada kursu specjalistycznego „Leczenie ran”.

Uzasadnienie

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki regulują przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p. wraz z przepisami wykonawczymi oraz w niektórych zagadnieniach inne przepisy szcze-

gólne. W art. 11 ust. 1 u.z.p.p. nałożono na pielęgniarkę obowiązek wykonywania zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 15 ust. 1 u.z.p.p. pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.

Ramowy program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek nie przewiduje w programie nauczania i wykazie umiejętności czynności polegających na sa-

modzielnym zdejmowaniu szwów i wykonywaniu opatrunków. Natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) - dalej r.z.ś.z. w § 1 ust. 1 pkt 3 lit, h stanowi, że pielęgniarka uprawniona jest do doboru sposobów i opatrywania oparzeń, ran, odleżyn (do III st. włącznie) oraz przetok, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego, oraz zgodnie

z 5 1 ust. 1 pkt 3 lit, i r.z.ś.z. do zdejmowania szwów, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Wskazując na uprawnienia pielęgniarki w zakresie udzielania świadczeń samodzielnie bez zlecenia lekarskiego należy mieć na uwadze treść §_9 r.z.ś.z., w myśl którego pielęgniarka, położna przy podejmowaniu czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

Ramowy program kursu specjalistycznego „Leczenie ran Nr 11/07 program przeznaczony dla pielęgniarek” w „Celu kształcenia” zawiera zapewnienie opieki choremu z raną, w tym z raną odleżynową do III st. włącznie, oparzeniową, owrzodzeniową i przetoką oraz zdejmowanie szwów. W wyniku ukończenia kursu pielęgniarka powinna

- ocenić stan zagrożenia życia chorego z raną;
- dokonać podziału ran;
- zaopatrzyć ranę;
- zaopatrzyć przetokę;
- zorganizować bezpieczny transport chorego z raną;
- scharakteryzować choroby ogólnoustrojowe wpływające na proces gojenia rany;
- omówić fazy gojenia się rany;

- ocenić proces gojenia się rany;
- scharakteryzować ogólnoustrojową reakcję organizmu na ranę;
- omówić metody leczenia ran;
- omówić powikłania w gojeniu się rany;
- zastosować strategię TIME w leczeniu ran przewlekłych;
- ocenić ryzyko odleżyn;
- zastosować działania zapobiegające wystąpieniu odleżyn;
- ocenić stopień odleżyny;
- ocenić stopień i powierzchnię oparzenia;
- przygotować chorego z raną oparzeniową do przeszczepu skóry;
- scharakteryzować rodzaje znieczulenia stosowane w opracowaniu ran;
- zapewnić opiekę choremu, u którego zastosowano znieczulenie;
- ocenić i łagodzić ból u chorego z raną;
- usunąć szwy z rany;
- nauczyć chorego postępowania z raną i blizną;
- zapobiegać zakażeniu rany;
- rozpoznać zakażenie rany;
- postępować w przypadku zakażenia rany;
- pobrać materiał z rany do badania mikrobiologicznego;
- scharakteryzować przewlekłą niewydolność żylną;
- wykonać badanie wskaźnika kostka/ramię;
- zinterpretować wyniki badań biochemicznych w profilaktyce i leczeniu ran;
- założyć opatrunek kompresyjny na kończynę;

- współpracować z zespołem terapeutycznym w zakresie leczenia, rehabilitacji i żywienia chorego z raną;
- prowadzić dokumentację opieki nad chorym z raną;
- prowadzić edukację chorego i jego rodziny.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248) w katalogu świadczeń przewidzianych dla pielęgniarki POZ przewiduje w części I ust. 1 pkt załącznika nr 2 wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) w załączniku nr 2 zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w części II pkt A zakres zadań pielęgniarki POZ w ust. 6 świadczenia lecznicze zawiera w pkt 3 zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, oparzenia, w pkt 8 zdejmowanie szwów. Uwzględniając zatem powyższe przepisy prawa, a w szczególności art. 11 ust. 1 u.z.p.p., pielęgniarka POZ może samodzielnie zdejmować szwy i robić opatrunki, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego „Leczenie ran”.

*Iwona Choromańska
odpowiedzi udzielono: 14 stycznia 2013 r.
stan prawny dotychczas nie uległ zmianie*

Jakie zabiegi pielęgniarskie (iniekcje domięśniowe, dożylnie, inne zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanki) może wykonać pielęgniarka u dziecka do 3-go miesiąca życia w domu?

Odpowiedź

Pielęgniarka nie powinna wykonywać zabiegów w postaci iniekcji domięśniowych, dożylnych i innych z naruszeniem ciągłości tkanki u dziecka do 3-go miesiąca życia w domu.

Uzasadnienie

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

wowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100) w części XIV Połóg w pkt12 przewiduje, że po ukończeniu przez dziecko 6. tygodnia życia położna prze-

kazuje opiekę nad nim pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Powyższe oznacza, iż dopiero od 6. tygodnia życia pielęgniarka ma obowiązek sprawowania opieki nad dzieckiem.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), w załączniku nr 2 „Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej”, w części I nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek planowania i realizacji kompleksowej opieki pielęgniarskiej i pielęgnacyjnej, opieki położniczo-neonatologiczno-ginekologicznej nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, w zakresie:

1) promocji zdrowia i profilaktyki chorób;

2) świadczeń pielęgnacyjnych;

3) świadczeń diagnostycznych;

4) świadczeń leczniczych;

5) świadczeń rehabilitacyjnych.

Zadania pielęgniarki POZ zostały określone w dziale A części II załącznika nr 2 do rozporządzenia. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze (ust. 2 pkt 1 załącznika nr 2), z innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrze-

bami podopiecznych (ust. 2 pkt 5 załącznika nr 2). Ustęp 6 pkt 2 załącznika nr 2 przewiduje, iż świadczenia lecznicze, zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych. Jednakże zaznaczyć należy, iż powyższy obowiązek dotyczy wszystkich pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę POZ.

Obowiązujące przepisy prawa nie określają wprost, jakie konkretne zabiegi mogą być wykonywane u dziecka do 3-go miesiąca życia w domu. Jednakże należy w tym miejscu powołać się na zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii prof. dr hab. med. Anny Dobrzyńskiej, która jednoznacznie wskazuje, że wykonywanie iniekcji dożylnych lub domięśniowych w domu chorego dziecka w wieku do 3-go miesiąca życia jest nieuzasadnione, niedopuszczalne i niebezpieczne. Iniekcje dożylne mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach szpitalnych, gdzie jest nadzór lekarza i możliwość kompleksowej pomocy w sytuacji wystąpienia powikłań. Stwierdza ponadto, że wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych (wielokrotnie) u dzieci do 3-go miesiąca życia jest postępowaniem niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną.

Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p. pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Jednakże w myśl art. 15 ust. 3 u.z.p.p., w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. W przypadku zlecenia przez lekarza wykonania przez pielęgniarkę zabiegu polegającego na wykonaniu iniekcji dożylnych lub domięśniowych u dziecka do 3-go miesiąca życia, pielęgniarka powołując się na uprawnienie wynikające z art. 12 ust. 2 u.z.p.p., powinna odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej.

Pielęgniarka winna również pamiętać o treści art. 11 ust. 1 u.z.p.p., zgodnie z którym pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Iwona Choromańska

odpowiedzi udzielono: 21 października

2013 r.

stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Czy na oddziale w SP ZOZ-ie na dyżurze nocnym może być tylko jedna pielęgniarka?

ODPOWIEDŹ

Nie ma przepisów, które ustalałyby liczbę pielęgniarek na nocnym dyżurze.

UZASADNIENIE

Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) - dalej r.m.n., jak sama jego nazwa wskazuje, określa jedynie sposób ustalenia minimalnych norm za-

trudnienia w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, a więc w SP ZOZ-ach oraz jednostkach budżetowych. Normy te ustala kierownik podmiotu leczniczego, uwzględniając okoliczności wymienione w tym rozporządzeniu (m.in. zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku, harmonogram czasu pracy, średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich) oraz według wzorów tam zamieszczonych (§_1 i 2 r.m.n.), po zasięgnięciu opinii:

1) kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym;

2) przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu. Natomiast w przypadku oddziału o profilu:

1) anestezjologia i intensywna terapia (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;

2) neonatologicznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej pod-

miotu o tym profilu stosuje się minimalne normy wynikające z tzw. rozporządzenia koszykowego dotyczącego świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, czyli obecnie z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520) - dalej r.l.s. odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ma zastosowanie do wszystkich świadczeniodawców, którzy realizują umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z 5 5 r.l.s. świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest zobowiąza-

ny do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa lub położnych we wszystkie dni tygodnia. Liczba i kwalifikacje pracowników niezbędnych dla zapewnienia opieki są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

- 1) profilu i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych;
- 2) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek;
- 3) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

W przypadku niektórych rodzajów komórek organizacyjnych zostały przy tym wyraźnie wskazane minimalne normy zatrudnienia, np. w anestezjologii i intensywnej terapii wymagany jest równoważnik co najmniej 2 etatów (musi to być pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjolo-

gicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki). Zapewnienie opieki pielęgniarstwa w zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek, ustalonej na podstawie rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami według przepisów o działalności leczniczej.

Małgorzata Brzozowska-Kruczek

*odpowiedzi udzielono: 9 sierpnia 2013 r.
stan prawny dotychczas nie uległ zmianie*

Czy pielęgniarka pracująca w oddziale ratunkowym może dokonywać segregacji medycznej pacjentów?

ODPOWIEDŹ

Pielęgniarka pracująca w oddziale ratunkowym nie może dokonywać segregacji medycznej pacjentów.

UZASADNIENIE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420) w § 13 określa minimalne zasoby kadrowe szpitalnego oddziału ratunkowego, które stanowią:

- 1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem);
- 2) pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu;
- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;
- 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.

Definicję ustawową lekarza systemu określa art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 757) - dalej u.p.r.m., który stanowi, że lekarzem systemu jest lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57 u.p.r.m., który w ust. 1 dopuszcza warunkowo do dnia 31 grudnia 2020 r., iż lekarzem systemu może być lekarz posiadający:

- 1) specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii albo

- 2) 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddzia-

le ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

W myśl art. 57 ust. 2 u.p.r.m. lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do dnia 1 stycznia 2015 r. Zgodnie z art. 57 ust. 3 u.p.r.m. w przypadku niespełnienia wymogu, o którym mowa w ust. 2. lekarz przestaje być lekarzem systemu, o którym mowa w ust. 1. Z kolei art. 3 pkt 6 u.p.r.m., wskazuje, że przez pojęcie pielęgniarki systemu należy rozumieć pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii,

pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

Program specjalizacji w medycynie ratunkowej dla lekarzy po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji) obejmuje między innymi zasady prowadzenia medycznych działań ratunkowych w różnych fazach akcji ratunkowej oraz etykę i określanie priorytetów w tych działaniach (Triage - segregacja medyczna). Podobnie program specjalizacji w medycynie ratunkowej dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chorobach wewnętrznych, pediatrii oraz program specjalizacji w medycynie ratunkowej dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia albo tytuł specjalisty w anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii, którzy ukończyli specjalizację po 2004 r. obejmują między innymi zasady prowadzenia medycznych działań ratunkowych w różnych fazach akcji ratunkowej oraz etykę i określanie priorytetów w tych działaniach (Triage - segregacja medyczna). Zatem niewątpliwie lekarz

systemu przebywający stale w oddziale posiada uprawnienia i kwalifikacje do dokonywania segregacji medycznej pacjentów. Artykuł 14 pkt 9 u.p.r.m. do zakresu czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy zalicza prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43 ust. 2 u.p.r.m., tj. w oparciu o standardy postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego, obejmujące między innymi ustalanie kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej), ich transportu i udzielania wsparcia psychicznego tym osobom. Artykuł 43 ust. 1 u.p.r.m. obliuguje ministra właściwego do spraw zdrowia do ogłoszenia, w drodze obwieszczenia, standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej. Obwieszczenie takie nie zostało opublikowane, natomiast w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33 z późn. zm.) w załączniku nr 1 „Medyczne czynności ratun-

kowe, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego” w pkt 25 zawarta jest segregacja medyczna. Programy specjalizacji oraz kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek, ukończenie których uprawnia pielęgniarkę do uzyskania statusu pielęgniarki systemu (art. 3 pkt 6 u.p.r.m.) nie zawierają treści umożliwiających pielęgniarce prowadzenie działań mających na celu dokonywanie segregacji medycznej pacjentów, co skutkuje tym, iż pielęgniarka pracująca w oddziale ratunkowym, nawet będąc pielęgniarką systemu, nie może dokonywać segregacji medycznej pacjentów.

Iwona Choromańska

*odpowiedzi udzielono: 5 czerwca 2013 r.
stan prawny dotychczas nie uległ zmianie*

Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki leku Zinacef, którego roztwór został przygotowany wcześniej przez inną pielęgniarkę i którego pozostała dawka została przechowywana w niewiadomych warunkach

W odpowiedzi na pismo Przewodniczącej ORPiP w Rzeszowie znak: DM-463/19/03/2010 z dnia 12.03. 2010 r. dotyczącego podawania przez pielęgniarkę leku Zinacef, rozpuszczonego uprzednio przez inną pielęgniarkę a następnie przechowywanego w niewiadomych warunkach przez rodziców do czasu podania kolejnej dawki informuję, że jest to niezgodne z zasadami dobrej praktyki pielęgniarskiej.

Zgodnie z informacją zawartą w karcie charakterystyki produktu leczniczego, lek o nazwie Zinacef należy przechowywać w temperaturze poniżej 25°C, chronić od światła. Sporządzoną zawie-

sinę lub roztwór należy przechowywać w temperaturze od 2°C do 8 „C nie dłużej niż 24 h.

Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta oraz zasady prawidłowego przygotowywania oraz podawania leków, uprzejmie wyjaśniam, że w takim przypadku lekarze winni wypisywać pacjentom leki iniekcyjne odpowiadające dawce jednorazowego podania. Lek iniekcyjny raz otwarty, nie powinien być w żadnym wypadku podawany ponownie po kilku, czy kilkunastu godzinach przechowywania w niewiadomych warunkach. Pielęgniarka nie może wziąć odpowiedzialności za to, że lek ten nadal posiada swoje peł-

ne właściwości, jak również za to, że została prawidłowo sporządzona zawiesina i pozostała odpowiednia dawka leku.

Ze względu na rodzące się wątpliwości czy na pewno lek był przechowywany w odpowiednich warunkach, czy dawka jest odpowiednia, czy zawiesina nie została zainfekowana, uważam, że w przypadku, kiedy dawka leku w opakowaniu przekracza zaordynowaną ilość leku, po jednorazowym podaniu leku pacjentowi, pozostałą część leku należy zniszczyć, zgodnie z obowiązującymi zasadami.

*Ewa Zawilińska
Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pielęgniarstwa*

Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w sprawie asystowania przez pielęgniarki operacyjne do zabiegów operacyjnych

W odpowiedzi na pismo znak:1/01/NP./2010 dotyczące asystowania lekarzowi do zabiegu operacyjnego jako 1. asysta operatora informuję, że asystowanie do zabiegów operacyjnych przez pielęgniarki operacyjne jest przekroczeniem kompetencji zawodowych.

Wykonywanie zawodu przez pielęgniarki i położne reguluje ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 (Dz. U. z 2001 r. nr 57, poz. 602 z póź. zm.) oraz szereg aktów wykonawczych do cytowanej ustawy. W ustawie określone są kompetencje pielęgniarki oraz wyraźnie zaznaczona jest samodzielność zawodowa pielęgniarki. Ponadto zawód pielęgniarki należy do grupy zawodów o podstawowym znaczeniu dla prowadzenia procesu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów. Art. 4. t cyt, ustawy wyraźnie stanowi "wykonywanie zawodu pielęgniarki, polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia".

2. Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust.1, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez:

- 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych,
- 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- 3) sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- 4) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 5) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych rehabilitacyjnych,
- 6) edukację zdrowotną.

Pielęgniarka operacyjna (instrumentariuszka) to osoba posiadająca tytuł zawodowy pielęgniarki, która spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:

- 1) ma ukończoną specjalizację z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego,
- 2) ma ukończony kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego,
- 3) ponieważ dostęp do w/w szkoleń jest ograniczony, za pielęgniarkę instrumentariuszkę uważa się również pielęgniarkę, która została przeszkolona zgodnie z przyjętą w oddziale procedurą wewnętrznego szkolenia nowego pracownika.

Uzyskanie tytułu pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, bądź ukończenie kursu kwalifikacyjnego' w tym zakresie, nie daje uprawnień do wykonywania zadań asysty operatora, które leży wyłącznie w kompetencji lekarzy.

Pracodawca, zatrudniając pracownika na stanowisku pielęgniarki, zobowiązany jest uwzględnić uprawnienia zawodowe, które są wynikiem odpowiednich kwalifikacji. Zawarcie umowy o pracę między pracodawcą a pielęgniarką jest aktem zgody na warunki pracy. Rozszerzenie zakresu obowiązków o zadania przekraczające kompetencje zawodu pielęgniarki, jest niezgodne z obecnym stanem prawnym. Za opracowanie zakresu obowiązków oraz szczegółowego opisu stanowisk odpowiedzialna jest pielęgniarska kadra zarządzająca (Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Naczelna pielęgniarka, Przełożona pielęgniarek).

*Ewa Zawilińska
Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pielęgniarstwa*

Opinia w sprawie pełnienia dyżuru przez pielęgniarki Anestezjologii w Oddziale Intensywnej Terapii w soboty, niedziele i święta.

Ustawa o Zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. Art. 11 i Art. 14, wskazuje iż kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz do wdrożenia i zapewnienia funkcjonalnego systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Jednym z elementów bezpieczeństwa pacjenta i personelu jest zapewnienie właściwych zasad i procedur izolacji oraz dobór odpowiednich indywidualnych środków ochrony osobistej personelu a także wdrożenie skutecznych metod prewencji zakażeń.

Zasady i metody prewencji zakażeń przenoszonych drogą kontaktową wskazują na bezwzględne stosowanie odzieży ochronnej jednorazowej (czapka, maska, fartuch, rękawice) przez wszystkie osoby wchodzące w strefę izolacji pacjenta.

Bezpośrednio po opuszczeniu tej strefy, środki ochrony winne być usunięte do pojemnika na odpady skażone, a ręce „poddane procedurze dezynfekcji. Personel medyczny, świadczący usługi pielęgnacyjno-lecznicze dla pacjenta, jest zobowiązany do przestrzegania zasad reżimu sanitarno-epidemiologicznego, w szczególności w zakresie zasad higieny i ochrony osobistej. Oddział Intensywnej Terapii jest miejscem podwyższonego ryzyka epidemiologicznego i bezwzględnego za-

chowowania procedur ograniczających ryzyko przeniesienia drobnoustrojów i ich rozprzestrzeniania się w środowisku. Ograniczenie ilości personelu, mającego kontakt z pacjentem, z tego powodu jest wskazany i może znacznie wpłynąć na stan leczonych pacjentów. Mając na uwadze powyższe, uważam, iż udział personelu pielęgniarskiego Anestezjologicznego w opiece nad pacjentem oddziału Intensywnej Terapii wymaga bezwzględnego stosowania zasad reżimu sanitarno-epidemiologicznego w zakresie środków, odzieży ochronnej i metod prewencji zakażeń.

*mgr Bożena Prządka
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego*

Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa w sprawie wykonywania zleceń lekarskich w oddziałach szpitalnych

Dokumentem regulującym sprawę prowadzenia karty zleceń lekarskich jest rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku (Dz. U. 10.252.1697) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, gdzie znajduje się zapis w rozdz. 2 § 18, ust. 4

Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie. §4, ust. 2

Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpi-

su, zgodnie z § 10, ust. 1 pkt 3 nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki, położnej; podpis.

W tej sytuacji, dokonywanie wpisów przez pielęgniarki lub realizowanie ustnie lub telefonicznie przekazanego zlecenia, nie może mieć miejsca i takie zlecenie nie może być przez pielęgniarkę wykonane, z wyjątkiem sytuacji zagrażających życiu pacjenta lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. 11.174.1039) w rozdz. 4 zasady wyko-

nywania zawodów, zawiera zapisy : Art. 15 ust. 1

Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Art. 15 ust. 2

Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ustępie 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Art. 15 ust. 3

W przypadku uzasadnionych wątpliwości, pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania.

Konsultant Wojewódzki

Ministerstwo Zdrowia Departament Matki i Dziecka

Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek)

Departament Matki i Dziecka rekomenduje wyłączone karmienie piersią, jako optymalny i wzorcowy sposób żywienia niemowląt do ukończenia 6. miesiąca życia oraz kontynuację karmienia piersią przy jednoczesnym podawaniu pokarmów uzupełniających nawet do ukończenia przez dziecko drugiego roku życia i dłużej*. Jeśli z obiektywnych powodów nie ma możliwości podania dziecku mleka matki biologicznej, wówczas sztuczna mieszanka, dobrana stosownie do sytuacji klinicznej dziecka, jest akceptowalnym rozwiązaniem. Jednakże karmienie preparatami zastępującymi mleko kobiece (sztucznymi mieszanekami) łączy się ze zwiększonym ryzykiem infekcji u niemowląt, między innymi: prze-

wodu pokarmowego oraz zapalenia ucha. Karmienie piersią jest jedynym naturalnym sposobem żywienia niemowląt i żaden preparat zastępujący mleko kobiece nie posiada identycznych właściwości, co mleko kobiece, dlatego sformułowania takie jak: naturalny, fizjologiczny, inspirowany mlekiem matki, humanizowany, umatczyniony, bliski lub najbliższy mleku matki, wzorowany na mleku matki mogą zostać uznane za wprowadzające

w błąd konsumenta, sugerując równoważność (lub podobieństwo) preparatu mlekozastępczego mlekiem kobiecym i karmieniem naturalnym. Karmienie piersią odgrywa ważną rolę w profilaktyce zdrowotnej, w tym w zapobieganiu cukrzycy oraz otyłości u dzieci, mło-

dzieży i w dorosłym życiu, a także astmy i atopowego zapalenia skóry. Obniża również ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt (SIDS). Departament Matki i Dziecka jednocześnie zaznacza, że powinno się szanować wybór kobiet, które rezygnują z karmienia piersią ze względów innych niż medyczne, jeżeli są świadome ryzyka związanego z karmieniem sztucznym oraz konsekwencji ekonomicznych.

* zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia. Jednocześnie Amerykańska Akademia Pediatrii zaleca wyłączone karmienie piersią przez 6 pierwszych miesięcy życia dziecka i kontynuację karmienia co najmniej do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia lub dłużej.

Plan porodu obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Treść listu nadesłanego do NIPiP:

Jestem położną rodzinną od III 2013 r. Moja propozycja dotyczy dokumentacji, jaką powinna prowadzić położna środowiskowa. Zwłaszcza zależy mi na planie porodu. Ja poświęcam moim podopiecznym b. dużo czasu i swojej energii aby opracować rzetelnie i wspólnie z małżonkami plan porodu, a potem na patronatu

dowiaduję się, że w szpitalu na bloku porodowym nikt nawet nie zapytał o plan i pacjentki są bardzo zawiedzione, że tyle czasu poświęciły na jego wypełnienie, a w konsekwencji nikt, dosłownie nikt, na niego nie spojrział. Dlaczego przepisy nie obowiązują wszystkich placówek jednakowo. Z poważaniem, położna środowiskowa.

Odpowiedź NIPiP:

Szanowna Pani, W odpowiedzi na pismo w sprawie planu porodu, który powinien obowiązywać wszystkie placówki lecznicze, uprzejmie wyjaśniam.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 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. 2012.1100) wydane jest na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. 2013.217) i obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, czyli podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy oraz lekarza, lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako prak-

tykę zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy. Powyższe, obowiązuje także położną, gdyż w cytowanej ustawie jest zapis: ilekroć w ustawie jest mowa o pielęgniarce, rozumie się przez to także położną.

Należy podkreślić, iż standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z delegacją dla ministra zdrowia zawartą w art. 22, zostają wydane w celu potrzeby zapewnienia od-

powiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

W związku z tym, że przedmiotowe rozporządzenie obowiązuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, należy informować kobiety w ciąży, aby zgłaszając się do porodu w podmiotach leczniczych brały ze sobą plany porodu i żądały ich realizacji.

Z poważaniem
Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

Opinia w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika w systemie ochrony zdrowia

Szanowni Państwo.

W załączeniu przesyłam odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia dotyczącą możliwości wykonywania zawodu ratownika w systemie ochrony zdrowia. Z pisma z MZ wynika, iż obowiązujące aktualnie regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala, innych niż szpitalny oddział ratunkowy, na co zwracała również uwagę Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Jednocześnie, w związku z informacją zawartą w piśmie z MZ wskazującą, iż w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania zawodu ratownika medycznego również poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego i zamiarem wprowadzenia zapisów w powyższej kwestii w nowelizowanej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym pragnę zaznaczyć, iż w ramach nowelizacji powyższej ustawy NRPiP będzie wnioskowała o utrzyma-

nie dotychczasowych zapisów w przedmiotowej ustawie, które nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala, innych niż szpitalny oddział ratunkowy.

Z poważaniem
(-) Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych

Pani
Joanna Walewander
Sekretarz Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Sekretarz.

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 października 2013 r., w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w systemie ochrony zdrowia, Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych uprzejmie informuje, co następuje.

Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013r. poz. 757) należy wskazać, że ratownik medyczny wykonuje zawód w warunkach pozaszpitalnych w ramach zespołów ratownictwa medycznego. Ponadto, na podstawie roz-

porządzenia z dnia 3 listopada 2011r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2011r. Nr 237, poz. 1420) ratownik medyczny wchodzi w skład zasobów kadrowych szpitalnych oddziałów ratunkowych. Obowiązujące regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala, innych niż szpitalny oddział ratunkowy.

Dodać jednak trzeba, że zgodnie z brzmieniem art. 12 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. Nr 208, poz. 1241) ratownik górski i ratownik narciarski, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, o którym mowa w art. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynno-

ści ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11. ust. 2 tej ustawy. Dodatkowo zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011.

O bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240) ratownik wodny, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11. ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z powyższego wynika, że ratownik medyczny może wykonywać swój zawód nie tylko w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, ale także w ramach ratownictwa górskiego, narciarskiego i wodnego. Jednocześnie ratownik medyczny może brać udział w zabezpieczeniu imprez maso-

wych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie, minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U. poz. 181). Na podstawie ww. rozporządzenia ratownik medyczny może być członkiem zespołu wyjazdowego, patrolu ratowniczego oraz punktu pomocy medycznej i w tych jednostkach może udzielać świadczeń zdrowotnych, w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych, z wykorzystaniem określonych w rozpo-

ządzeniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Biorąc pod uwagę zakres umiejętności ratownika medycznego wynikający z toku kształcenia, które już wkrótce (od roku akademickiego 2013/2014) prowadzone będzie jedynie na poziomie szkół wyższych, w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania tego zawodu poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego i wskazanymi wyżej jednostkami. Prace nad sformułowaniem stosownych przepisów

w nowelizowanej obecnie ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym są w toku, a ich ostateczny kształt będzie znany po zakończeniu procedury legislacyjnej i wejściu nowelizacji w życie.

Z poważaniem
Dyrektor Departamentu Spraw Obronnych
Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa
Medycznego i Ochrony Informacji
Niejawnych Ministerstwa Zdrowia
Arkadiusz Kankowski

Opinia w sprawie urlopu szkoleniowego

Treść pytania do NIPiP:

Czy pracodawca kierujący mnie na kurs kwalifikacyjny lub specjalistyczny może nie udzielić mi urlopu szkoleniowego jeżeli grafik dyżurów nie koliduje z terminem zajęć? Kurs ma się odbywać kosztem mojego czasu wolnego.

Treść odpowiedzi NIPiP:

Zgodnie z art. 62 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) pielęgniarka lub położna, które podejmują kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 ust. 3 i 5, przysługują zwolnienia z części dnia pracy i urlop szkolenio-

wy w wymiarze określonym w art. 65 ww. ustawy, płatne według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. Zgodnie natomiast z art. 65 ust. 1 ustawy wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 ust. 3 i 5, na udział w obowiązkowych zajęciach w ciągu całego okresu trwania kształcenia podyplomowego wynosi do 28 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.

Wobec powyższego pracodawca, który skierował pielęgniarkę na kurs kwa-

lifikacyjny lub specjalistyczny jest zobowiązany udzielić jej płatnego urlopu szkoleniowego na udział w obowiązkowych zajęciach w ramach ww. kursu w wymiarze ustalonym z pracodawcą w zależności od czasu trwania przedmiotowego kursu -przykładowo... dni roboczych (ale nie więcej niż 28 dni roboczych). Jednocześnie należy wskazać, iż pielęgniarka, niezależnie od przysługującego jej urlopu szkoleniowego, ma także prawo do zwolnienia z części dnia pracy płatnego według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

Z poważaniem
(-) Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

Ochrona danych osobowych w pracy pielęgniarki i położnej

Na początek koniecznym jest ustalenie, co rozumiemy pod pojęciem dane osobowe, co to jest przetwarzanie danych osobowych, i czy związku z tym wykonywane zadania podlegają ustawie o ochronie danych osobowych. Na podstawie:

- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, (tj. Dz. U. 2002r. Nr 101 poz. 926, ze zm.)
- Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych

i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004r. Nr 100, poz. 1024)

- www.giodo.gov.pl

Przetwarzanie danych osobowych rozumie się, jako jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych, zwracam uwagę na fakt, iż również przechowywanie danych osobo-

wych jest rozumiane, jako ich przetwarzanie. Ustawodawca szczególnie zaznaczył, że wszystkie operacje wykonywane na danych osobowych w systemach informatycznych są rozumiane, jako ich przetwarzanie.

Jednak należy pamiętać, iż nie każda informacja o osobie może być traktowana, jako dana osobowa. Informacja, która nie pozwala na ustalenie tożsamości danej osoby, bez nadzwyczajnego wysiłku i nakładów, nie jest daną osobową. Przykładem takiej informacji może być numer prawa wykonywania zawodu. Udostępnienie listy nr PWZ, bez żadnych

innych danych, nie narusza przepisów ustawy o ochronie danych osobowych. Jednak numer prawa wykonywania zawodu wraz z imieniem i nazwiskiem osoby tworzą już zestaw danych, który jest uznawany za dane osobowe.

Ustawa wprowadza szereg sankcji, które zmuszają do określonego trybu pracy z danymi osobowymi. Liczne sankcje związane z przetwarzaniem danych osobowych powinny być bodźcem do respektowania przepisów ustawy-Rozdział 8. Ustawy o ochronie danych osobowych wyszczególnia następujące sankcje związane z niewłaściwym przetwarzaniem danych osobowych:

Art 49.

1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo, do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia,

kodeksie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 51.

1. Kto, administrując zbiorem danych lub będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 52.

Kto, administrując danymi narusza choćby nieumyślnie obowiązek zabezpieczenia ich przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 53.

Kto, będąc do tego obowiązany nie zgłasza do rejestracji zbioru danych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 54.

Kto, administrując zbiorem danych nie dopełnia obowiązku poinformowania osoby, której dane dotyczą, o jej prawach lub przekazania tej osobie informacji umożliwiających korzystanie z praw przyznanych jej w niniejszej ustawie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 54a. Kto inspektorowi udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności kontrolnej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Warto podkreślić, że przepisy ustawy można również traktować, jako narzędzie do przestrzegania obowiązków wynikających z posiadanych przez pielęgniarki, położne uprawnień, w taki sposób aby pielęgniarki, położne nie były zmuszane do wykonywania zadań w systemach informatycznych, które przynależą do uprawnień innych zawodów.

*Arkadiusz Szcześniak
Główny Informatyk NIPiP*

Zakres odpowiedzialności osób zajmujących się przetwarzaniem danych osobowych

Dla ustalenia zakresu odpowiedzialności koniecznym jest określenie, kto jest administratorem danych osobowych. Zakres obowiązków administratora danych osobowych jest znacznie szerszy niż zakres obowiązków pracowników zatrudnionych przez administratora danych osobowych. Zakres odpowiedzialności pracowników podmiotów leczniczych

Art. 7. ustawy o ochronie danych osobowych definiuje pojęcie administratora danych, jako „organ, jednostkę organizacyjną, podmiot lub osobę, o których mowa w art. 3, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych.

W podmiotach leczniczych administratorem danych osobowych są osoby, które decydują o celach i środkach przetwarzania danych osobowych. W zależności od formy organizacyjno-prawnej może być to na przykład spółka prawa handlowego. Władze danego podmio-

tu leczniczego mogą wyznaczyć administratora bezpieczeństwa informacji, który będzie wypełniał obowiązki administratora danych osobowych.

Pielęgniarki, położne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (umowa o pracę, umowa zlecenia) nie są więc administratorem danych osobowych. Zakres ich odpowiedzialności jest ograniczony do art. 49. ustawy o ochronie danych osobowych.

Art. 49.

1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo, do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia,

kodeksie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Pielęgniarki, położne zatrudnione w podmiotach leczniczych powinny otrzymać od administratora danych osobowych Politykę Bezpieczeństwa Informacji, określającą zasady

1 reguły postępowania z danymi osobowymi.

Przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych powinny również otrzymać upoważnienie do przetwarzania danych osobowych, zgodne z zakresem wykonywanych prac na danych osobowych.

W przypadku osób przetwarzających dane osobowe w systemach informatycznych, przed rozpoczęciem pracy w systemie, administrator danych osobowych powinien również przedstawić Instrukcję Zarządzania Systemem Informatycznym. Instrukcja powinna zawie-

rać między innymi sposób nadawania uprawnień do pracy w systemie.

Nadanie uprawnień do pracy w systemie powinno odbywać poprzez przekazanie loginu oraz hasła pierwszego logowania. Po pierwszym załogowaniu do systemu pielęgniarka, położna powinna zmienić hasło na znane tylko sobie. Hasła tego nie można udostępniać żadnym osobom ani organom. Nawet w sytuacji

kontroli przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Zakres odpowiedzialności osób prowadzących podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą (praktyki pielęgniarek, praktyki położnych).

Osoby prowadzące działalność gospodarczą (praktyki pielęgniarek, praktyki położnych) stają się administratorem danych bez względu na fakt, czy wyzna-

czy administratora bezpieczeństwa informacji). W zakres ich odpowiedzialności wchodzi przepisy karne zawarte w art. 49 do 54. Zakres obowiązków dla administratorów danych osobowych będzie przedmiotem kolejnego artykułu.

Arkadiusz Szczęśniak
Główny Informatyk NIPiP

Obowiązki administratora danych osobowych w podmiocie leczniczym (w praktyce pielęgniarki i położnej)

Administrator danych osobowych w podmiocie leczniczym jest zobowiązany do zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych.

Podstawowym elementem ochrony danych osobowych jest zapewnienie przetwarzania danych, zgodnie z ich przeznaczeniem.

Zgodnie z art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych dane o stanie zdrowia są uznawane za dane wrażliwe. Ich przetwarzanie jest możliwe wyłącznie w celu oceny stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów. Nie można więc danych pacjentów, zawartych w dokumentacji medycznej, wykorzystywać do innych celów niż świadczenie usług zdrowotnych (np. do przedstawienia oferty ubezpieczenia zdrowotnego).

Uprawnienie do przetwarzania danych wrażliwych jest zastrzeżone wyłącznie dla osób zawodowo zajmujących się leczeniem lub świadczeniem usług medycznych oraz zarządzaniem tymi usługami. Należą do nich między innymi: pielęgniarki, położne, lekarze, stomatolodzy. Administrator danych osobowych nie może więc upoważnić osób niezwiązanych z procesem leczenia do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej zostały opisane w artykule „Dokumentacja medyczna. Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej”

Kolejnym elementem jest ochrona danych osobowych przed dostępem do nich osób nieupoważnionych, przed ich zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024) określa:

- sposób prowadzenia i zakres dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych,

- warunki techniczne i organizacyjne, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych,

- wymagania w zakresie odnotowywania udostępniania danych osobowych i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych,

- trzy poziomy ochrony danych przetwarzanych w systemach informatycznych (podstawowy, podwyższony i wysoki).

Zastosowane przez Administratora Danych Osobowych środki ochrony oraz organizacja pracy powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w tworzonej i aktualizowanej dokumentacji. Podstawowym dokumentem, stworzonym przez Administratora Danych Osobowych, jest „Polityka Bezpieczeństwa Informacji”, która powinna opisać zasady i reguły postępowania, które należy stosować, aby właściwie wykonać obowiązki związane z przetwarzaniem danych osobowych.

W przypadku przetwarzania danych w systemie informatycznym konieczne jest opracowanie „Instrukcji Zarządzenia Systemem Informatycznym”, określającej sposób zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych. W przypadku posia-

dania kilku systemów, instrukcja powinna być stworzona dla każdego z nich.

Zakres dokumentacji tworzonej przez Administratora Danych powinien być dostosowany do struktury podmiotu. Nie jest możliwe przygotowanie wzoru dokumentacji, dla różnej wielkości podmiotów.

Najważniejszymi elementami, które powinny znaleźć się w dokumentacji, są:

- wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe,
- wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych,
- określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych,
- procedury nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności,
- stosowane metody i środki uwierzytelnienia oraz procedury związane z ich zarządzaniem i użytkowaniem,
- procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu,
- procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania wraz z miejscem i okresem ich przechowywania.

Sporządził
Arkadiusz Szczęśniak
Główny Informatyk NIPiP

Automatyczna defibrylacja zewnętrzna

Nagle zatrzymanie krążenia, do którego dochodzi poza szpitalem, wciąż jest wyrokiem śmierci. W Europie udaje się uratować zaledwie 7% osób, u których wystąpiło. Najczęstszym powodem nagłego zatrzymania krążenia są zaburzenia rytmu serca: migotanie komór i tachykardia komorowa. Najlepsze efekty daje jednak natychmiastowe zastosowanie defibrylacji przerwanie migotania komór dzięki impulsowi elektrycznemu, jaki wysyła defibrylator.

Defibrylację możemy określić jako „zrestartowanie” zbyt szybko pracującego serca. Migotanie komór (FV fibrillatio ventriculorum), to bardzo szybki (ponad 300 uderzeń /min), a więc nieskuteczny rytm serca. Serce „drży” i nie wyrzuca krwi do mózgu, dlatego chory traci przytomność, a po kilku minutach - umiera. Masaż serca powoduje, że część krwi przemieszcza się do ważnych narządów, ale dopiero defibrylacja, czyli zatrzymanie szkodliwego migotania za pomocą podawanego przez elektrody defibrylatora impulsu prądu stałego (120-360J), pozwala na to, by własny system elektryczny serca podjął pracę i chory miał szansę na powrót świadomości (1).

Defibrylacja jest jedyną metodą o udowodnionej skuteczności, mogącą przywrócić hemodynamicznie wydolną czynność serca w warunkach migotania komór. Do połowy lat 80. wydawało się, że nie ma innego sposobu poprawy jakości postępowania, dopiero pojawienie się automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED) stało się alternatywą w tym zakresie (AED - Automatic External Defibrillator). Jest to urządzenie, które po podłączeniu elektrod do klatki piersiowej uszkodzonego analizuje rytm serca i określa czy uszkodzony wymaga defibrylacji. Waży ok. 4-5 kg., z wyglądu przypomina laptop lub niewielką walizkę. Po licznych badaniach stwierdzono, że wczesne użycie defibrylatora powoduje zwiększenie wskaźnika przeżyć, jeżeli defibrylację wykonano w ciągu 3 minut od chwili zatrzymania krążenia wskaźnik ten wzrasta w niektórych przypadkach nawet do 75% (2).

Na rynku dostępnych jest kilka rodzajów defibrylatorów, ale wszystkie pracują według tych samych zasad. Defibrylatory typu AED - przeznaczone są do użytku dla ratującego posiadającego nie tylko wykształcenie medyczne, również dla osób posiadających jedynie elementarne przeszkolenie medyczne z pierwszej pomocy np. BLS + AED (czyli podstawowe zabiegi resuscytacyjne i automatyczna defibrylacja zewnętrzna) (3).

AED sam analizuje EKG uszkodzonego i wykrywa, kiedy defibrylacja jest wskazana. Najnowsze urządzenia posiadają dwufazową metodę, która automatycznie dopasowuje parametry wstrząsu do potrzeb pacjenta. Jeśli pierwszy wstrząs nie przywróci akcji serca, urządzenie podaje następne wstrząsy, zgodnie z zaprogramowaną sekwencją (od 150J do 360J). Zwiększa to szansę na uratowanie pacjenta. Urządzenia tego typu posiadają dwa główne typy elektrod:

- elektrody typu „łyżki”, wymagające przyłożenia ich przez ratownika,
- elektrody przyklejane, po przyklejeniu nie wymagające innych działań (4).

Wyświetlając je na ekranie oraz wydając polecenia głosowe urządzenie przejmuje nadzór nad akcją ratunkową. Analizuje rytm serca uszkodzonego i decyduje o tym, czy przeprowadzenie defibrylacji jest konieczne, czy należy rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową. W przypadku wystąpienia migotania komór przez klatkę piersiową i serce uszkodzonego przepuszczany jest prąd o napięciu ok. 1500V w czasie ok. 0,2sek (2).

Kiedy AED wykryje rytm serca wskazany do defibrylacji ładuje się i wydaje ostrzeżenie „nie dotykaj pacjenta, naciśnij przycisk defibrylacji” po wysłuchaniu tego komunikatu ratownik naciska przycisk defibrylacji. Następnie AED wydaje polecenie wykonania reanimacji przez okres dwóch minut, po czym urządzenie wykonuje ponowną analizę rytmu serca (3).

W Polsce planuje się upowszechnienie użycia defibrylatorów typu AED w miejscach dużych skupisk ludzkich. Zgod-

nie z wytycznymi ILCOR/AHA/ERC defibrylatory powinny znajdować się w tam, gdzie prawdopodobieństwo Nagłego Zatrzymania Krążenia (NZK) jest większe niż raz na 2 lata. Według PAD - Programu Powszechnego Dostępu do Defibrylacji - rozmieszczenie urządzeń powinno umożliwić skorzystanie z ich pomocy w czasie poniżej 3 minut. W praktyce defibrylatory instalowane są zwykle w ośrodkach zdrowia, zakładach pracy, w szkołach, na lotniskach, dworcach kolejowych, w hotelach, domach pomocy społecznej, w centrach handlowych i pływalniach (4).

W całej Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych automatyczne defibrylatory zewnętrzne mogą być używane przez każdą osobę, będącą świadkiem wypadku, w którym wymagane jest udzielenie natychmiastowej pomocy. W polskich warunkach dużym utrudnieniem są sprzeczne regulacje prawne.

Z jednej strony ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym mówi: „Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, obowiązany jest w miarę posiadanych możliwości do niezwłocznego udzielenia pierwszej pomocy” (art. 5, pkt. 1 Ustawy). Z drugiej zaś strony, ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych klasyfikuje defibrylator jako wyrób medyczny (zgodnie z art. 3 pkt. 8 Ustawy), co w praktyce oznacza, że nie może być on stosowany do udzielania pierwszej pomocy (definicja pierwszej pomocy zakłada, że odbywa się ona bez użycia wyrobów medycznych). Producenci twierdzą, że obsługa defibrylatorów jest prosta, a prawidłowe ich użycie wymaga znajomości podstaw ratowania oraz przeszkolenia w ich obsłudze. AED powoduje powstanie impulsu elektrycznego do 360J, więc nieprawidłowe zastosowanie może spowodować poważne uszkodzenia ciała, do śmierci włącznie (2).

Kilka bardzo ważnych zasad dotyczących użycia defibrylatora:

- pierwsza elektroda zwykle powinna zostać naklejona poniżej lewej pa-

chy, druga elektroda poniżej prawego obojczyka wzdłuż mostka,

- jeżeli uszkodzony ma wszczepiony rozrusznik serca, który zwykle widać pod skórą na klatce piersiowej poniżej obojczyka, elektrody należy przykleić obok lub poniżej rozrusznika,
- należy usunąć biżuterię, która mogłaby wejść w kontakt z elektrodami,
- wszystkie plastry i inne materiały znajdujące się na klatce piersiowej powinny zostać usunięte,
- mokrą klatkę piersiową należy wytrzeć ręcznikiem,
- uszkodzony nie może być dotykany podczas analizy rytmu serca jak również defibrylacji,
- przed wykonaniem defibrylacji należy odsunąć źródło tlenu od uszkodzonego, ponieważ wysokie stężenie tlenu może być niebezpieczne, w wypadku gdyby powstała iskra,
- jeżeli owłosiona klatka piersiowa mogłaby utrudnić naklejenie elektrod należy ją ogolić lub obciąć nożyczkami.

W przypadku przeprowadzenia defibrylacji z wykorzystaniem AED na schemat postępowania składają się:

- włączenie defibrylatora (do czasu jego użycia przeprowadza się resuscytację krążeniowo-oddechową), podłączenie kabla i naklejenie elektrod na klatkę piersiową uszkodzonego (jeżeli uszkodzone jest dziecko, należy użyć elektrod pediatrycznych). Jedna elektroda powinna znaleźć się po prawej stronie mostka poniżej obojczyka, a druga po lewej stronie klatki piersiowej w linii środkowo-pachowej. Trzeba zwrócić uwagę, aby elektrody całą powierzchnią przylegały do ciała. Właściwe umieszczenie elektrod ma duże znaczenie, ponieważ zapewnia prawidłowy odczyt i interpretację rytmu serca przez AED oraz następujący potem przepływ prądu elektrycznego przez mięsień sercowy.
- działanie według komend głosowych wydawanych przez urządzenie. Defibrylator samoczynnie przeprowadzi analizę rytmu serca. W tym momen-

cie należy odsunąć się od uszkodzonego oraz wyraźnym gestem uniesienia dłoni ostrzec innych przed przemieszczaniem się czy dotykiem uszkodzonego. Po skończonej analizie AED poinformuje nas, czy defibrylacja jest wskazana-jeśli tak, należy natychmiast nacisnąć migoczący na czerwono przycisk wstrząsu. Jeśli nie ma konieczności defibrylacji, o czym zostaniemy poinformowani przez AED, należy kontynuować RKO, nie odklejając elektrod.

Opracowała
mgr D. Wieczorek

Piśmiennictwo:

1. www.naukawpolsce.pl;
2. www.aed.info.pl;
3. ratujsercem.pl;
4. pl.wikipedia.org;
5. zse.com.pl;

Diagnostyka prenatalna

Do niedawna, kiedy nie było nowoczesnych testów biochemicznych, badania prenatalne proponowano kobietom, u których ryzyko urodzenia chorego dziecka jest podwyższone - czyli po 35 roku życia. Mimo, iż ryzyko wady chromosomowej u płodu rośnie wraz z wiekiem matki, 80% dzieci chorych rodzą kobiety młode, które nie ukończyły 35 lat (1,2). Wzrost zapotrzebowania na diagnostykę prenatalną wynika ze zmian demograficznych w krajach wysoko rozwiniętych: starszy wiek matek, stabilizacja finansowa rodziny, mniejsza liczba potomstwa w rodzinie. Cięża u starszych kobiet użytkowane często za pomocą technik wspomaganego rozrodu są ciążami wysokiego ryzyka, obciążonymi jednocześnie większym prawdopodobieństwem wystąpienia trisomii u płodu (5).

Dlatego też kobiety chcą wiedzieć, czy ciąża w tym wieku jest bezpieczna dla niej i dla dziecka.

Poprawa poziomu wykształcenia i ogólnej świadomości zdrowotnej powoduje, że kobiety coraz starannie przygotowują się do macierzyństwa i starają się kompleksowo kontrolować swój stan zdrowia przed i w czasie ciąży. Diagnostyka prenatalna stanowi jedno z największych osiągnięć współczesnej perinatologii. Dzięki niej lekarz położnik może we wczesnym okresie ciąży uzyskać informacje o zagrożeniach dla płodu i podjąć racjonalne działania prewencyjne bądź lecznicze, a przyszłe matki mają możliwość wykluczenia poważnych wad genetycznych i rozwojowych płodu oraz uzyskania informacji dotyczących jego rozwoju (6).

DIAGNOSTYKA PRENATALNA rozpoznawanie nieprawidłowości anatomicznych, chromosomalnych i metabolicznych u płodu.

Diagnostyka prenatalna to wszystkie badania, które można wykonać przed urodzeniem dziecka. Już od najwcześniejszego stadium rozwoju płodu, można uzyskać informacje o zagrożeniach

i podjąć odpowiednie działania zapobiegawcze lub lecznicze. Można również określić ryzyko poważnych wad genetycznych płodu, co istotnie zwiększa komfort psychiczny przyszłej matki (2).

BADANIA NIEINWAZYJNE

- badania ultrasonograficzne wykonywane w pierwszym lub drugim trymestrze ciąży
- badania biochemiczne markerów produkowanych przez jednostkę płodowo-łożyskową w surowicy matki
- analiza komórek płodowych krążących w krwiobiegu matki.

BADANIA INWAZYJNE

- biopsja trofoblastu
- amniopunkcja
- kordocenteza

Badania inwazyjne są obciążone nie-wielkim (od około 0,5 do 1 %) ryzykiem utraty ciąży. Badania te polegają na pobraniu materiału, w którym znajdują się komórki płodu:

- biopsja trofoblastu, czyli kosmówki zarodka w I trymestrze ciąży (10-14 tyg.),

- amniopunkcja, czyli pobranie płynu owodniowego (najczęściej (14-19 tyg.)),

- kordocenteza, czyli pobranie krwi z żyły pępkowej płodu (powyżej 19 tyg.) (3).

Dzięki nim można wykryć choroby, w których jest nieprawidłowy kariotyp, tzw. aberracje chromosomowe. Najczęstsze to Trisomia 21 (Zespół Downa), Trisomia 18 (Zespół Edwardsa) i Trisomia 13 (Zespół Patau) oraz wady cewy nerwowej. Można też zidentyfikować uszkodzony gen odpowiedzialny za choroby genetycznie uwarunkowane, np. dystrofię mięśniową Duchenna.

Dzięki dynamicznemu rozwojowi techniki ultrasonograficznej, to właśnie USG stało się najważniejszą metodą monitorowania płodu. Do chwili obecnej nie ma potwierdzonych danych wskazujących, że fale ultradźwiękowe są szkodliwe dla rozwijającego się organizmu. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje, w których zalecone jest wykonanie trzech badań USG w niepowikłanej ciąży: 11.-14. tydzień; 18.-22. tydzień; po 30. tygodniu (3).

W I trymestrze pozwalają na dokładne określenie wieku ciążowego, żywotności płodu oraz patologii trofoblastu (5). Jest odpowiednie dla pacjentek w każdym wieku. Służy do wykrywania wczesnych wad genetycznych u płodu. Podczas badania lekarz określa CRL (wymiar ciemniakowo-pośladkowy), przezierność karku (NT - czyli wielkość przestrzeni płynowej w obrębie tkanki podskórnej na szyi płodu). W większości przypadków zespołu Downa i innych wad genetycznych przestrzeń ta jest zbyt szeroka i obecność kości nosowej u płodu (w większości przypadków zespołu Downa kość nosowa jest krótka lub nie występuje wcale) (1,3). Pacjentka z takim objawem powinna być skierowana na dalsze specjalistyczne badania. Około 1/3 płodów z poszerzoną przeziernością karku ma izolowaną wadę serca, która mogłaby zostać przeoczona, gdyby nie pomiar NT w pierwszym trymestrze.

USG prenatalne (II trymestru) służy głównie diagnostyce wad rozwojowych. Optymalnym okresem do wykonania ul-

trasonograficznego badania przesiewowego jest 16.-18. tydz. ciąży.

Stwarza ono możliwości wykrycia większości wad ośrodkowego układu nerwowego oraz zagrożeń aneuploidią chromosomową (5). USG prenatalne wykonywane w 22 tygodniu ciąży (między 21 a 24 tygodniem ciąży) jest odpowiednie dla pacjentek w każdym wieku. Służy do potwierdzenia dobrostanu płodu po 20 tygodniu ciąży. Obejmuje szczegółowe badanie wszystkich narządów (układu nerwowego, serca, klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyn itd.). Badanie wykonuje się sondą brzuszną, w trakcie badania oceniane są wszystkie narządy płodu, poszukując specyficznych objawów, mogących świadczyć o ryzyku choroby płodu. Rozpoznawanych jest około 40% wad chirurgicznych (takich jak przepuklina przeponowa, przepuklina pępowinowa, wytrzewienie, przepuklina oponowo-rdzeniowa itp.). Odrebną grupę stanowią wady wrodzone serca, których prenatalna wykrywalność w Polsce nie przekracza 15%. Wielowodzie lub zwiększona objętość płynu owodniowego może wskazywać na niedrożność przewodu pokarmowego. Małowodzie, a szczególnie brak płynu owodniowego (po wykluczeniu jego odpływu) wskazuje na uszkodzenie nerek. Powikłaniem niewystarczającej objętości płynu owodniowego jest niedorozwój płuc i związane z tym problemy oddechowe u noworodka. Zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu może być związane z niewydolnością łożyska wówczas najczęściej konieczne jest wcześniejsze rozwiązanie ciąży. Przy wydolnym łożysku (co można zdiagnozować badaniami ultrasonograficznymi i dopplerowskimi) hipotrofia jest bardzo istotnym objawem możliwej ciężkiej aberracji chromosomowej u płodu. Wady wrodzone serca to najczęstsze wrodzone patologie, występują z częstością około 0,8-1% żywo urodzonych noworodków. Około 3 na 1000 wymaga leczenia w najwcześniejszym okresie życia, co w naszym kraju rocznie stanowi około 1000 noworodków wymagających leczenia kardiochirurgicznego. Wady serca są przyczyną około 20% zgonów w okresie perinatalnym, spowodowanych patologiami wrodzonymi. U płodów wady układu krążenia występują około trzy-

krotnie częściej i aż 2/3 z nich nie dożywa do czasu porodu. W przypadku podejrzenia wady wrodzonej serca płodu kobieta ciężarna powinna być skierowana do referencyjnego ośrodka kardiologii prenatalnej. Tam przeprowadzane jest badanie echokardiograficzne wraz z pełną konsultacją kardiologiczną. u 25-45% płodów z patologią serca współistnieją wady innych narządów. Wytrzewienie najczęściej jest wadą izolowaną. Drażniące działanie płynu owodniowego na zanurzone w nim jelita może powodować uszkodzenie ich ściany, szczególnie po 35. tygodniu ciąży. Płody takie wymagają ścisłego nadzoru położniczego i porozumienia z chirurgiem dziecięcym, kiedy ciążę należy rozwiązać. Przepuklina pępowinowa może być składową zespołu genetycznego (najczęściej zespołu Edwardsa lub Patau) (3).

W III trymestrze ultrasonografia pozwala ocenić postęp wzrastania oraz wielkość i położenie płodu, co ma istotne znaczenie dla przebiegu porodu.

Do nieinwazyjnych badań prenatalnych należy również zaliczyć tzw. testy biochemiczne pierwszego i początku drugiego trymestru ciąży (tzw. test podwójny, popularnie zwany PAPPa oraz test potrójny).

Test PAPP-A jest wykonywany między 11 a 13 tygodniem ciąży i polega na pobraniu małej ilości krwi matki, w której oznacza się białko ciążowe A (PAPP-A) i wolną podjednostkę beta gonadotropiny kosmówkowej (fbeta-HCG), oraz oznaczeniu parametrów ultrasonograficznych płodu (przezierności karkowej). Jest testem odpowiednim dla pacjentek w każdym wieku. Służy głównie jako badanie przesiewowe w kierunku zespołu Downa, Edwardsa i Patau u płodu. Nie wykrywa wad centralnego układu nerwowego. Na podstawie jego wyniku zostaje wyodrębniona grupa kobiet ciężarnych, u których ryzyko zespołu Downa u płodu jest podwyższone i którym zaleca się wykonanie testu diagnostycznego - amniopunkcję. Test PAPP-A jest badaniem prenatalnym o najwyższej czułości wykrywania zespołu Downa. Jego czułość wynosi prawie 90% - co oznacza, że wykrywanych jest 9 na 10 płodów chorych (1,3). Po rozpoczęciu 14. tygodnia ciąży możemy wykonać test drugiego trymestru tzw. Test potrójny. Markery

biochemiczne do tego testu to: AFP (alfafetoproteina), wolny estriol, i HCG. Testy nieinwazyjne są obecnie bardzo popularne i niestety bardzo często wynika z nich wiele nieporozumień. Kobiety ciężarnym wydaje się, że zostało przeprowadzone pełne badanie prenatalne, wykluczające chorobę płodu. Muszą one być poinformowane, że tak nie jest (3).

Ostatnim etapem diagnostyki w kierunku trisomii jest diagnostyka inwazyjna, którą wykonuje się w przypadku dodatnich wyników wcześniejszych testów (2). Dają one pewną odpowiedź dotyczącą kariotypu. Obecnie wiele z tych badań wykonywanych jest po rozpoznaniu u płodu wad strukturalnych różnych narządów, które są istotnymi markerami ultrasonograficznymi aberracji chromosomowej.

Amniopunkcja jest inwazyjnym badaniem prenatalnym polegającym na nakłuciu powłok brzusznych kobiety ciężarnej pod kontrolą ultrasonografu i pobraniu płynu owodniowego. Badanie płynu owodniowego ostatecznie pozwala wykluczyć (lub potwierdzić) występowanie u płodu nieprawidłowości w budowie chromosomów. W pobranym płynie znajdują się komórki płodu pochodzące z owodni, ze skóry, układu moczowo-płciowego i pokarmowego.

Kariotyp z amniocytów to zestaw chromosomów charakterystyczny dla danego człowieka, występujący w każdej jądrzastej komórce organizmu. Badanie kariotypu płodu polega na określeniu liczby i budowy chromosomów

uzyskanych z dzielących się amniocytów metodą analizy mikroskopowej. Badanie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie czy rozwijający się płód jest wolny od wad genetycznych lub na ich stwierdzenie i rozpoznanie.

Aberracje chromosomowe stanowią przyczynę ok. 50-60% poronień samodzielnych, występują u 1/120 noworodków, są również przyczyną 5-7% zgonów w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Zawsze wiążą się one z dużymi wadami rozwojowymi, upośledzającymi funkcjonowanie organizmu i prowadzącymi do przedwczesnej śmierci (5).

Wskazania do badań prenatalnych

- Kobieta ma więcej niż 35 lat.

- W rodzinie ciężarnej lub jej męża występowały wcześniej choroby genetyczne.

- Przyszła matka urodziła wcześniej dziecko z wadą genetyczną (np. z zespołem Downa) lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego (np. wodogłowie, przepukliną mózgowo-rdzeniową) albo z określoną grupą chorób metabolicznych (m.in. mukowiscydozą).

- Test potrójny wykrył w surowicy krwi ciężarnej wysokie stężenie alfafetoproteiny (białko wytwarzane w wątrobie i jelicie płodu). Podwyższone wartości mogą sugerować m.in. rozszczep kręgosłupa dziecka (6).

- Diagnoza prenatalna może również uratować życie noworodka. Dzieje się tak w rzadkich przypadkach wad serca, wymagających błyskawicznej korekcji chirurgicznej, w których nie ma czasu na

dokładną diagnostykę noworodka. Rozpoznanie wady u płodu pozwala na przygotowanie rodziców do stawienia czoła często bardzo trudnemu problemowi zorganizowania życia w okresie okołoporodowym tak, aby można było zająć się chorym noworodkiem. Im więcej wiemy przed urodzeniem, tym opieka zarówno nad dzieckiem, jak i nad matką jest lepsza. I dodatkowo rodzina może otrzymać bardziej wyczerpującą informację dotyczącą realnych szans leczenia oczekiwanego dziecka (3).

mgr Danuta Wieczorek

Piśmiennictwo:

1. Nieinwazyjna diagnostyka prenatalna. www.genesis.pl

2. Kozłowska D.: Współczesna kobieta a diagnostyka prenatalna, www.diag.pl

3. Dangel J.: Diagnostyka prenatalna - mity i rzeczywistość. Nauka 3/2007

4. Pietrzyk J.: Postępy w genetyce klinicznej i diagnostyce prenatalnej w 2005 roku. Medycyna Praktyczna Pediatria 2/2006

5. Perenc M.: Diagnostyka prenatalna wad rozwojowych i genetycznych - metody inwazyjne i nieinwazyjne. Przewodnik Lek 5/2005

6." www.poradnikzdrowie.pl

7. Wielgoś M.: Diagnostyka prenatalna z elementarni perinatologii. ViaMedica 2009

Ułożenie i pozycja pacjenta na stole operacyjnym z perspektywy zespołu anestezyjologicznego

Każdy zabieg operacyjny jako ingerencja w ciało człowieka niesie ze sobą duże ryzyko. Pomijając kwestie „chirurgiczne”, należy wspomnieć o zagrożeniach wynikających z warunków, w jakich przeprowadzane są procedury. Aby operacja była możliwa, należy ułożyć pacjenta w określonej pozycji, co nie pozostaje bez wpływu na układ krążenia, wentyla-

cję i ryzyko wystąpienia urazów nerwów czy skóry.

Odpowiedzialność za ułożenie pacjenta ponosi operator, jednak zespół anestezyjologiczny może również być pociągnięty do odpowiedzialności np. w sytuacji gdy uszkodzeniu uległ nerw łokciowy z nieprawidłowego ułożenia kończyny górnej. Ręka nie była przedmiotem ope-

racji, a zespół anestezyjologiczny korzystał z kaniuli dożylnych w celu podawania leków i płynów infuzyjnych. Istotne jest ułożenie głowy i szyi - jeśli nie jest ona wspólnym polem działań anestezyjologa i operatora, to ten pierwszy powinien zadbać o właściwe ułożenie i zabezpieczenie.

Fot. 1. Przykładowe ułożenie głowy przy pomocy poduszki.



Niezmiernie ważną kwestią jest szczegółowe dokumentowanie wszelkich podjętych działań. Odnotowanie kto, co, i z jakim skutkiem wykonał oraz zapis o podjętych środkach zaradczych, będzie bardzo ważny w razie ewentualnych roszczeń ze strony chorego. Przed zabiegiem należy zwrócić uwagę na zakres ruchów (czy występuje i czy jest mniejszy od fizjologicznego), nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerwów obwodowych (drętwienie, mrowienie, utrata czucia, opadanie dłoni/stopy) oraz go udokumentować. Niestety, na tą chwilę brak jest dokumentacji pielęgniarskiej (zarówno pielęgniarki operacyjnej jak i pielęgniarki anestezjologicznej) dla okresu śródoperacyjnego.

Dokonując ułożenia pacjenta należy mieć świadomość granic fizjologicznych, ograniczeń i niepełnosprawności danego chorego. Należy zapewnić odpowiednią ilość kompetentnego personelu i sprawnego sprzętu. Główny operator powinien układać pacjenta lub przynajmniej bezpośrednio nadzorować ten proces.

Cechy prawidłowego ułożenia:

- bezpieczne dla pacjenta i zespołu
- dobry dostęp do okolicy operowanej
- dobry dostęp dla zespołu anestezjologicznego
- minimalny wpływ na hemodynamikę i wentylację
- minimalne ryzyko uszkodzenia skóry i/lub nerwów.

Schorzenia takie jak: cukrzyca, wrodzone neuropatie, choroby naczyń obwodowych oraz skrajna budowa anatomiczna, a także palenie tytoniu czy zaawansowany wiek niosą ze sobą zwiększone ryzyko powikłań. Stąd na-

leży rozpoznać i uwzględnić stan pacjenta podczas planowania opieki śródoperacyjnej. Czasem stan pacjenta czy rodzaj procedury wymaga zastosowania innego niż zwykle sprzętu, np. rurki intubacyjnej zbrojonej czy poszerzenia monitorowania (np. pomiar bezpośredni ciśnienia tętniczego krwi).

Nie bez wpływu pozostaje rodzaj zastosowanego znieczulenia, procedury operacyjnej, czas ich trwania. Dokonując wyboru sali operacyjnej i stołu trzeba rozważyć jego udźwig, szerokość, funkcjonalność i stabilność. Najważniejsza zasada to: nie układać znieczulonego/poddanego sedacji pacjenta w pozycji, której nie tolerowałby będąc przytomnym.

Fot.2. Maksymalny kąt odwiedzenia w stawie ramiennym u większości pacjentów wynosi 90°.



Wraz ze zwiększeniem kąta rośnie ryzyko uszkodzenia splotu ramiennego, zwłaszcza jeśli współistnieje ze skreśleniem głowy w stronę przeciwną do odwiedzonego ramienia.

Na podstawie zaplanowanej procedury ustala się pozycję pacjenta, liczbę osób wymaganych do bezpiecznego i sprawnego ułożenia oraz rodzaju i liczby urządzeń wspomagających i pozycjonujących (podłokietniki, strzemiona, poduszki, podkładki żelowe itp.).

Schemat postępowania:

- rozpoznanie i uwzględnienie potrzeb pacjenta
- zaplanowanie działania
- zamocowanie niezbędnych urządzeń
- indukcja znieczulenia
- rzeczywiste ułożenie pacjenta
- inspekcja punktów krytycznych
- śródoperacyjna kontrola ułożenia
- ocena wyników.

Z perspektywy członków zespołu anestezjologicznego istotne jest, aby nie poruszać pacjentem bez ich zgody i wiedzy (pacjent może być znieczulony „płytko” aby np. uniknąć hipotensji), wtedy każdy ruch może spowodować wystąpienie niepożądanych odruchów, np. kaszel, poruszanie kończynami itp. Szybkie i gwałtowne zmiany pozycji niosą ze sobą w mniejszym lub większym stopniu niekorzystne zmiany w wentylacji i krążeniu. Szczególnym i kluczowym punktem jest inspekcja punktów krytycznych.

Po ułożeniu operowanego lub znaczącej zmianie pozycji kontroluje się:

A (airways)

- rurka intubacyjna/LMA jest właściwych rozmiarów, drożna, na odpowiedniej głębokości, zabezpieczona przed przygryzieniem/załamaniem, ciśnienie w mankiecie uszczelniającym 17-f25mm H₂O, prawidłowo umocowana (zbyt ciasne przywiązanie może skutkować uszkodzeniem nerwu twarzewego). Układ oddechowy odseparowany od skóry pacjenta, zabezpieczony przed przypadkowym rozłączeniem.

B (breathing)

- szmery oddechowe obecne obustronnie, symetryczne; ciśnienie w drogach oddechowych (Paw) w granicach normy, krzywa kapnografii obecna, wartości EtCO₂ w normie.

C (circulation)

- monitorowanie układu krążenia: częstość akcji serca (HR - heart rate), ciśnienie tętnicze krwi (BP - blood pressure), pulsoksymetria (SpO₂), pomiar ciśnienia tętniczego metodą bezpośrednią (ABP - arterial blood pressure).
- linie żyłne i tętnicze drożne, w miejscu, zabezpieczone przed przemieszczeniem/utratą, dostępne dla zespołu anestezjologicznego.

D (disability)

- oczy - chronione, powieki zamknięte
- miejsca ucisku chronione
- kończyny, skóra: wolne od biernego naciągania.

E (exposure)

- wszelkie kable, cewniki, drenaże przytworzone do pacjenta i/lub stołu operacyjnego
- dostęp do pacjenta drożny i możliwy
- udogodnienia zastosowane.

Pozycja leżąca na plecach

Jest najczęściej stosowana. W tym ułożeniu zmniejszeniu ulega objętość płuc na skutek dogłowego przesunięcia zawartości jamy brzusznej. Zmienia się przez to stosunek wentylacji do perfuzji oraz pojemność płuc. Często jest modyfikowana poprzez pochylenie głowy lub nóg ku dołowi. Głowę należy ułożyć na poduszce/krażku i unikać jej nadmiernej rotacji. Zwrócić uwagę na małżowiny uszne (odparzenia, odleżyny) oraz miejsce styku okolicy potylicznej ze stołem operacyjnym (łysienie). Pas służący do zabezpieczenia kończyn dolnych zamocowany 5 cm powyżej kolan, kończyny dolne ułożone równolegle, nie skrzyżowane. Krzywizny kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym wypełnione (brak wypełnienia skutkować może długotrwałymi dolegliwościami bólowymi po operacji). Unikać stykania pięt z powierzchnią stołu oraz opadania stóp. Operator nie może opierać się o podłokietniki i/lub pacjenta. W razie potrzeby wybrać inną lokalizację na mankiet do pomiaru BP. Ramiona na wysokości torsu, wolne od ucisku, który mogą generować np. bariery wózka, urządzenia przymocowane do stołu. Dłonie zwrócone kciukami do ciała lub kciukami na zewnątrz. Okolice stawu łokciowego wolne od ucisku, zabezpieczone odpowiednią podkładką.

U chorych skrajnie otyłych i kobiet w zaawansowanej ciąży może wystąpić zespół żyły głównej dolnej. Należy zapobiegać temu poprzez uniesienie prawej części ciała o 30° przez wsunięcie odpowiedniego klina pod udo i pośladek, bądź zmianę kąta nachylenia stołu operacyjnego. U pacjentów pediatrycznych może istnieć potrzeba wsunięcia pod barki poduszki w celu poprawienia warunków wentylacji.

Fot. 4. Przykładowe ułożenie w pozycji na plecach.



Pozycja leżąca na brzuchu wiąże się z największą ilością powikłań. Ciężar ciała obciąża przednią ścianę brzucha i ogranicza ruchomość przepony co zwiększa wysiłek oddechowy (wysokie Paw u chorych otyłych). Zaleca się stosowanie rurek zbrojonych, zwłaszcza jeśli głowa pacjenta ma być zwrócona na którąś ze stron. Starannie dobrać sposób mocowania rurki, gdyż pod wpływem wydzieliny plaster mocujący może ulec odklejeniu. W razie przypadkowej ekstubacji opisano możliwość intubacji u pacjenta leżącego na brzuchu za pośrednictwem maski krtaniowej (LMA - laryngeal mask airway). Należy rozważyć założenie dostępu do naczyń centralnych, gdyż śródoperacyjnie nie będzie to możliwe. Jeśli spodziewana jest resuscytacja płynowa lub procedura będzie trwała powyżej 2h należy założyć cewnik do pęcherza moczowego. Kaniulę dożylną najlepiej umieścić na kończynie będącej osią obrotu (mniejsze ryzyko splątania linii naczyniowej i jej przypadkowego usunięcia). Na czas zmiany pozycji wymagane jest pogłębienie znieczulenia oraz zachowanie monitorowania SpO2 i BP. Do ułożenia wymagane jest minimum 5 osób.

Fot. 5. Przykładowe ułożenie na brzuchu.



Głowę podczas przełożenia stabilizuje anesteziolog, a w przypadkach urazowych operator. Może być ona ułożona na 3 sposoby: na jednym z boków, na wprost z zastosowaniem specjalnej poduszki z wycięciem na twarz lub mocowanie głowy na ramie Mayfielda (w przypadku jej stosowania zakłada się po indukcji, jeszcze w pozycji na plecach). Baczna uwagę należy poświęcić oczom (nacisk może spowodować niedokrwienie skutkujące utratą wzroku - POVL postoperative visual loss). Konieczne jest zastosowanie wałków pod klatkę piersiową oraz miednicę. Ponadto, u kobiet należy zadbać o brak ucisku na gruczoły piersiowe, a u mężczyzn na prącie. W

tej pozycji występuje ryzyko zatoru powietrznego (VAE - venous air embolism), gdy miejsce operowane znajduje się powyżej poziomu serca. Objawy VAE: arytmia, spadek SpO2 i EtCO2, wzrost EtN, szmer młyńskiego koła, NZK. Na sali lub w jej bezpośredniej bliskości znajduje się wózek gotowy do natychmiastowego przełożenia na plecy u pacjenta w razie zatrzymania krążenia.

Pozycja z ułożeniem na boku

U osłabionych pacjentów może spowodować hipoksję. Płuco umieszczone wyżej jest dobrze wentylowane, ale źle perfundowane, dolne - przeciwnie. Głowa w pozycji neutralnej spoczywa na poduszce. Należy zadbać o brak ucisku na małżowinę uszną. Czujnik SpO2 zaleca się umieścić na kończynie zależnej (bliżej stołu operacyjnego). Konieczne jest zastosowanie wałka pod pachę zależną oraz poduszki separującej stawu kolanowego. Wyniosłości kostne stawu skokowego powinny być zabezpieczone przed uciskiem. Do ułożenia wymagane są minimum 4 osoby.

Fot. 6. Pozycja z ułożeniem na boku.

Pozycja litotomijna (ginekologiczna)



Ułożenie ginekologiczne należy stosować najkrócej jak to możliwe. Odpowiedzią organizmu na takie ułożenie jest zwiększenie częstości akcji serca oraz ciśnienia tętniczego krwi. Spadkowi ulega czynnościowa pojemność zalegająca (FRC functional residual capacity), co może spowodować hipoksję. Często występuje z pochyleniem głowy lub nóg ku dołowi. Z racji ucisku na łydki wiąże się ze znacznym ryzykiem zakrzepicy żył głębokich. Uniesienie kończyn dolnych w górę zwiększa napływ krwi, co może zdekompensować wydolność układu krążenia. Natomiast przesuwanie się rurki intubacyjnej w kierunku doogonowym powoduje stymulację cariny i może

prowokować skurcz oskrzeli (zwłaszcza u płytko znieczulonego pacjenta) lub wsunięcie rurki do prawego oskrzela. W celu wczesnego wykrycia należy kontrolować Paw i objętości oddechowe. Kończyny dolne należy układać i opuszczać równocześnie, aby zapobiec wahaniom hemodynamicznym oraz skręcaniu kręgow. Uwagę należy zwrócić na dłonie jeśli spoczywają w pobliżu krawędzi stołu. Ryzyko neuropatii rośnie znacznie przy zabiegach przekraczających 2h.

Fot. 6. Pozycja litotomijna (ginekologiczna).

Biżuteria a pacjent operowany

Często pacjenci wykazują niechęć do usuwania biżuterii. Konieczne jest zdję-

cie wszelkich ciał obcych z okolic języka i ust gdyż mogą zostać naruszone, a w konsekwencji zaaspirowane. W zabiegach laryngologicznych wymagane jest usunięcie ozdób z małżowin usznych i nosa. W przypadku gdy pacjent nie wyraża zgody na zdjęcie biżuterii należy spisać stosowne oświadczenie, a wszystkie zdobienia opisać i zabezpieczyć. Po operacji skontrolować, czy znajdują się w pierwotnym miejscu i są nieuszkodzone.

Śródoperacyjny komfort termiczny

Zapobieganie śródoperacyjnej przypadkowej hipotermii zapobiega wystą-

pieniu wielu groźnych powikłań. Dokonuje się tego poprzez okrycie pacjenta folią NRC, stosowaniem mat grzewczych, ogrzewaniem płynów infuzyjnych w cieplarni lub przepływowo.

Podsumowanie

Układanie pacjentów do zabiegów operacyjnych wymaga znajomości skutków, jakie ze sobą niosą. Należy unikać hipoperfuzji narządowej, minimalizować ucisk, zapobiegać uszkodzeniom nerwów obwodowych. Zła pozycja może skutkować nie tylko długotrwałym bólem pleców, ale i porażeniem ręki czy stopy. **Najważniejsza zasada to: nie przekraczać zakresu ruchu, którego przytomny pacjent by nie tolerował.**

*Konrad Baumgart,
mgr Anna Marczyńska,
mgr Sylwia Miętkiewicz*

Piśmiennictwo u autorów



Kim jest pielęgniarka, położna w opiece zdrowotnej

Próbę odpowiedzi na pytanie zadane w tytule należy rozpocząć od analizy celów działania systemu opieki zdrowotnej: dostarczenia całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych (dostępności opieki), zapewnienia usług oraz świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie (jakość opieki), organizowania opieki w możliwie najlepszy sposób, aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów (efektywności opieki), systematycznego doskonalenia systemu w sposób satysfakcjonujący pacjentów i pracowników (dynamika systemu).

Integralną częścią systemu opieki zdrowotnej, która w sposób istotny

przyczynia się do wypełniania misji i realizowania celów tego systemu, jest pielęgniarstwo. Jako element w systemie ochrony zdrowia posiada ono wyodrębnioną strukturę, kształcenie i doskonalenie, sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu, inspiruje kierunki badań naukowych, odpowiada za dostosowanie praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Funkcje zawodu pielęgniarki i położnej oraz wynikające z nich zadania obejmują: promocję zdrowia, zapobieganie wypadkom, chorobom i niesprawności, opiekę nad osobami zdrowymi, chorymi i niepełnosprawnymi we wszystkich grupach wiekowych, społecznych oraz we

wszystkich podmiotach opieki zdrowotnej, niesienie ulgi w cierpieniu i w czasie umierania, organizowanie wsparcia w rodzinie i innym grupom społecznym, współdziałanie w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji.

Misję pielęgniarstwa definiuje się jako udzielanie pomocy jednostkom, rodzinom, grupom w ocenianiu rozmiaru i osiągnięciu ich własnego fizycznego, psychicznego i społecznego potencjału w pełnym wyzwaniu środowisku, w którym ludzie mieszkają, uczą się i pracują.

Z tak sformułowanej misji pielęgniarstwa w społeczeństwie wywodzą się jego funkcje: podstawowe, regulacyjne i pomocnicze. Najważniejsze dla realizacji głównego celu, misji organizacji (syste-

mu opieki zdrowotnej) są funkcje podstawowe bezpośrednio wpływające na jego osiągnięcie. Obejmują one: leczenie, pielęgnowanie i rehabilitację. Kolejne funkcje - regulacyjne nadają kierunek działaniu organizacji, sprawiają, że wysiłki jej członków skupiają się wokół działalności podstawowej. Są to funkcje związane z kierowaniem, takie jak: planowanie, organizowanie, przewodzenie, kontrolowanie. Są one ważne ze względu na skuteczność organizacji wyrażoną w osiąganiu celów. Jednakże w literaturze wskazuje się, że są one odmianą funkcji pomocniczych, pośrednio determinujące i wspierające osiągnięcie głównych celów organizacji. Funkcje regulacyjne są istotne, ale należy pamiętać, że to nie ze względu na funkcje pomocnicze powstała organizacja. Dla systemu ochrony zdrowia i podsystemu pielęgniarstwa funkcjami pomocniczymi są: badania naukowe, kształcenie kadr, zarządzanie. W podmiotach opieki zdrowotnej funkcjami pomocniczymi są m.in.: obsługa finansowa, prace biurowe i techniczne, utrzymanie porządku, czynności reżimu sanitarnego, żywienie.

J. Salvage, interpretując dokumenty WHO, wyróżnia cztery główne funkcje w pielęgniarstwie:

1. świadczenie oraz organizowanie opieki zdrowotnej o charakterze promocyjnym, profilaktycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym i opiekuńczym. Pełnienie tej funkcji uważa się za najbardziej skuteczne, jeśli realizowane jest zgodnie z regułami procesu pielęgnowania,

2. edukacja pacjentów lub klientów oraz personelu opieki zdrowotnej,

3. współpraca w zespołach opieki zdrowotnej: zespołach terapeutycznych, opiekuńczych, problemowych, organizacjach zawodowych, społecznych i politycznych,

4. działania na rzecz rozwoju praktyki poprzez prowadzenie badań naukowych, opracowanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań, publikowanie osiągnięć.

W piśmiennictwie polskim funkcje pielęgniarstwa dzieli się na ogół na dwie grupy:

1. funkcje ukierunkowane na rzecz podmiotu opieki (osobę, rodzinę, grupę) związane z podstawowymi funkcjami systemu opieki zdrowotnej. Należą do nich: funkcja promowania zdrowia, pro-

filaktyczna, wychowawcza, terapeutyczna, rehabilitacyjna, opiekuńcza,

2. funkcje ukierunkowane na rozwój zawodu i podsystemu pielęgniarstwa (w zarządzaniu nazywane regulacyjnymi i pomocniczymi). Należą do nich: funkcja kształcenia, zarządzania, naukowo-badawcza.

Niezależnie od przyjętego podziału funkcji pielęgniarstwa zawsze realizowane one będą przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje: pielęgniarki i położne - osoby legitymujące się dyplomem szkoły pielęgniarstwa, szkoły położnych, realizujące pielęgnowanie zawodowe oraz funkcje zawodowe pielęgniarstwa, sprawujące opiekę nad człowiekiem zdrowym i chorym, w różnym wieku, w podmiocie opieki zdrowotnej, w miejscu nauczania, wychowania, zamieszkania, przebywania, podlegające zmianom w zakresie wykształcenia, uprawnień i kompetencji oraz świadomości zawodowej.

Praca pielęgniarek i położnych polega na wyuczonym, celowym i planowym podejmowaniu działań na rzecz człowieka potrzebującego, a ich aktywność zawodowa ma na celu doprowadzenie do utrzymania i promowania zdrowia, przywracania zdrowia lub ograniczania skutków choroby, towarzyszenie pacjentowi, człowiekowi w zdrowiu, chorobie i niepełnosprawności, a także kształtowanie umiejętności samoopieki i opieki ze strony najbliższych. Wśród głównych zadań zawodowych pielęgniarki, położnej wskazuje się m.in. zadania: diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, opiekuńcze, psychopedagogiczne.

Rola i pozycja pielęgniarki, położnej w systemie opieki zdrowotnej zależy od świadomości zawodowej, profesjonalizmu, postrzegania tych grup zawodowych przez społeczeństwo, podejścia do zarządzania opieką zdrowotną, postawy kierowniczej kadry pielęgniarstwa i postaw członków zespołu terapeutycznego. Pozostaje skorelowana z aktualnie przyjętym systemem opieki zdrowotnej, wiąże się z postrzeganiem przez pracowników medycznych roli pacjenta w opiece zdrowotnej, a także postrzeganiem przez pacjentów własnego miejsca w opiece zdrowotnej.

Na przestrzeni lat rola pielęgniarki i położnej ulegała przeobrażeniom.

W przeszłości pielęgniarka, położna koncentrowała się na pielęgnowaniu człowieka chorego w szpitalu, na pomocy w zaspokajaniu potrzeb biologicznych człowieka, wykonywaniu różnych czynności „dla” i „za” pacjenta oraz realizowaniu zleceń lekarskich.

Współczesne pielęgniarstwo to pielęgnowanie w zdrowiu i w chorobie, pomoc w zaspokajaniu złożonych potrzeb zdrowotnych człowieka jako jednostki biopsychospołecznej, kulturowej i duchowej, samodzielne świadczenie złożonej opieki pielęgniarstwa, współpraca zespołowa, wykonywanie zleceń lekarskich, udział w procesie terapeutycznym.

Zmiana roli pielęgniarki, położnej w systemie opieki zdrowotnej ewoluowała wraz ze zmianą roli pacjenta, który w przeszłości miał ograniczony dostęp do wiedzy na temat zdrowia, choroby i opieki. Cechował go brak poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, bierność w procesie leczenia. Współczesny pacjent dysponuje wiedzą na temat zdrowia, choroby, opieki medycznej, posiada pełną świadomość prawa do podejmowania autonomicznych decyzji w sprawach własnego zdrowia, dzięki czemu aktywnie może uczestniczyć w procesie leczenia i pielęgnowania.

W oparciu o wyżej wskazane przesłanki rozwinęło się pielęgniarstwo samodzielne. Jego istotą jest działanie, w którym decydowanie o sprawach pielęgnacji pacjenta leży w gestii pielęgniarki, położnej. Następuje integracja działań opiekuńczych, leczniczych, terapeutycznych, co daje pielęgniarsce i położnej określone miejsce w zespole terapeutycznym. Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej wynika z zapisu Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, która określa je jako zawody samodzielne i wskazuje na obszar działania.

Zadania zawodowe wykonywane przez pielęgniarkę, położną w opiece nad człowiekiem zdrowym i chorym są wypadkową: ustawodawstwa, wiedzy zawodowej, umiejętności nabytych w procesie kształcenia, doskonalenia zawodowego, zakresu obowiązków i uprawnień, sytuacji społecznej, ekonomicznej i organizacyjnej, systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Profesjonalizm i samodzielność zawodowa stanowią szansę dla pozycji współczesnego pielęgniarstwa, które w dużej mierze zależy od rozwoju nowoczesnych metod diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych w dziedzinie opieki nad człowiekiem. Na samodzielność zawodową wpływa podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności, rozwój kształcenia przed- i podyplomowego, różnorodność form doskonalenia zawodowego, kształcenie na poziomie wyższym oraz aktywny udział pielęgniarek i położnych w realizacji programów terapeutycznych, prewencyjnych, profilaktycznych. Samodzielność zawodowa łączy się z szeroko rozumianą odpowiedzialnością za decyzje, działania, postawy, wypowiedzi. Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej to również autonomiczne miejsce w zespole terapeutycznym, co rozumiane jest jako współdecydowanie, współdziałanie, postawa akceptacji dla profesjonalizmu, a także profesjonalna ocena i wypowiedzi na temat własnej roli i zadań zawodowych.

Współczesna pielęgniarka, położna przygotowana jest formalnie i meryto-

rycznie do pielęgnowania samodzielnego, profesjonalnego, odpowiedzialnego. Można wskazać szereg czynników utrudniających realizację zadań wynikających z samodzielności zawodowej. Są to m. in.:

- niestabilna sytuacja ekonomiczna i organizacyjna systemu i ochrony zdrowia w Polsce, która ogranicza rolę pielęgniarki i położnej do zadań instrumentalnych, obciążając ją zadaniami pomocniczego personelu, ponadto rodzi dysproporcje wynagradzania wśród członków zespołu terapeutycznego,

- zmniejszenie liczby pielęgniarek i położnych, co niesie za sobą pogorszenie warunków wykonywania pracy, utrudnia właściwe zarządzanie zasobami ludzkimi,

- dysproporcja pomiędzy rozwojem nowoczesnej medycyny a możliwościami w zakresie doskonalenia zawodowego, utrudnienia w zakresie podnoszenia kwalifikacji przy rozwoju nowoczesnej medycyny, wycofanie się pracodawców z udziału w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz udzielania im urlopów szkoleniowych.

Co więcej w dalszym ciągu obserwuje się negatywne zjawiska społeczne polegające na przypisywaniu pielęgniarsce i położnej pomocniczej roli w zespole terapeutycznym, pomijaniu roli i znaczenia tych zawodów w opiece zdrowotnej, lekceważenie problemów zawodowych przez decydentów. Przekłada się to na zmęczenie pracą pielęgniarek i położnych, poczucie obniżonej wartości. Stały brak uznania i poszanowania dla godności zawodu sprzyja występowaniu zespołu wypalenia zawodowego. Pielęgniarki i położne narażone są na choroby powstałe w związku z pracą, co skutkuje spadkiem zainteresowania tymi zawodami. Odrębny problem stanowią manipulacje polityczne i społeczne, złe rozumienia konkurencja zawodowa.

Przedstawione rozważania skłaniają do szeroko pojętej, a toczącej się od lat dyskusji społecznej na temat pozycji pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia. Jej efektem powinna być odpowiedź na tytułowe pytanie: Kim jest pielęgniarka, położna w opiece zdrowotnej?

Prezes NRPiP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

PODKARPACKI ODDZIAŁ KZP NZOZ - POROZUMIENIE ŚLĄSKIE

ul. Baczyńskiego 29, 38-200 Jasło, tel.+48 13 444 04 86

KOLEŻANKI I KOLEDZY, SZANOWNI PAŃSTWO

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszam na konferencję dotyczącą opieki długoterminowej, która odbędzie się 7 marca 2014 roku w Sali Audytoryjnej Urzędu Marszałkowskiego w Rzeszowie.

Tematem przewodnim konferencji są:

Wyzwania Współczesnej Opieki nad Osobami Niesamodzielnymi.

KOMITET NAUKOWY

Przewodniczący: prof. nadzw. dr hab. n. med. Artur Mazur

Członkowie: prof. nadzw. dr hab. n. med. Izabela Zawlik

doc. dr n. med. Elżbieta Cipora

doc. dr n. hum. Irena Brukwicka

dr n. med. Monika Binkowska – Bury

dr n. med. Beata Penar – Zadarko

dr n. med. Grażyna Rogala – Pawelczyk

dr n. o zdr Mariola Rybka

dr n. hum. Joanna Przybek – Mita

dr n. społ. Katarzyna Tomaszewka

dr n. społ. Alicja Kłos

Dr n. ekonomicznych Marek Cierpiął – Wolan

dr n. hum. Dariusz Tracz

mgr Grażyna Wójcik

Sytuacja demograficzna kraju oraz zachodzące procesy społeczne i ekonomiczne wymagają pilnego podjęcia szerokiej debaty na temat stanu opieki długoterminowej w Polsce. Z tego powodu zaproszenie kierujemy do przedstawicieli parlamentu i samorządu województwa podkarpackiego, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i NFZ, osób zarządzających placówkami opieki długoterminowej oraz pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Podczas spotkania dyskutować będziemy na temat sytuacji zdrowotnej i społecznej osób niesamodzielnych w Polsce oraz stanu zabezpieczenia zdrowotnego

w zakresie opieki długoterminowej, którą pragniemy zaprezentować jako jedną z wiodących form pomocy. Omówione zostaną również zasady współpracy pomiędzy sektorem ochrony zdrowia a sektorem pomocy społecznej oraz podkreślona zostanie rola pielęgniarki w opiece długoterminowej.

Wyrażamy nadzieję, że konferencja będzie ważnym głosem w ogólnopolskiej debacie nad organizacją systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Zgłoszenie udziału w konferencji prosimy kierować do dnia 26 lutego 2014 roku na adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

ul. Bieszczadzka 5/209, 38-400 Krosno

e-mail: oipip@interia.pl

Udział w konferencji jest bezpłatny.

Przewodnicząca Komitetu

Organizacyjnego

Teresa Witusik

PROGRAM KONFERENCJI

8.00 - 9.00 - Rejestracja uczestników

INAUGURACJA

9.00 -10.00 - Otwarcie konferencji, powitanie gości

Wystąpienia zaproszonych gości

SESJA I

10.00 -10.20 - Sytuacja zdrowotna i społeczna osób niesamodzielnych w Polsce, aktualny stan demograficzny społeczeństwa polskiego - dr Marek Cierpiał-Wolan - dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego w Rzeszowie

10.20 -10.40 - Polityka państwa wobec problemów osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów - stan na dziś oraz prognoza na przyszłość - dr Dariusz Tracz - dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie

10.40 -11.00 - Wystąpienie - dr n. med. Beata Penar-Zadarko - dyrektor Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

11.00 -11.30 - Przerwa kawowa

SESJA II

11.30 -11.55 - Opieka długoterminowa jako jedna z najważniejszych form pomocy osobom niesamodzielnym - dr Bożena Majchrowicz - sekretarz PO KZP NZOZ - Porozumienie Śląskie

11.55 -12.15 - Stan zabezpieczenia zdrowotnego w zakresie opieki długoterminowej w Polsce oraz województwie Podkarpackim - Grażyna Hejda - dyrektor Podkarpackiego Oddziału NFZ w Rzeszowie

12.15 -12.40 - Wystąpienie konsultanta krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Niepełnosprawnych dr Marioli Rybki

12.40 -13.10 - Kompleksowość w opiece długoterminowej - zasady współpracy sektora ochrony zdrowia i sektora pomocy społecznej - mgr Elżbieta Przyboś - PO KZP NZOZ - Porozumienie Śląskie

13.10 -13.40 - Rola pielęgniarki w systemie opieki nad osobami niesamodzielnymi - mgr Grażyna Aksamit - wiceprzewodnicząca PO KZP NZOZ - Porozumienie Śląskie

13.40 - 14.00 - Podsumowanie - dr Grażyna Rogala - Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

14.00 - 14.30 - Dyskusja

14.30 - Lunch

Kształcenie w zawodach pielęgniarka i położna w Medycznej Szkole Policealnej im. prof. R. Weigla w Jaśle

Medyczna Szkoła Policealna im. prof. R. Weigla w Jaśle istnieje od 1961 roku. Początkowo funkcjonowała jako Państwowa Szkoła Medyczna Pielęgniarstwa o dwuletnim okresie nauczania. W 1963 roku utworzone zostało 5. letnie Liceum Medyczne Pielęgniarstwa, a od 1972 roku szkoła zmieniła nazwę na Zespół Szkół Medycznych im. prof. Rudolfa Weigla w Jaśle. W listopadzie 2005 roku nastąpiła kolejna zmiana nazwy szkoły. Od tej pory jest to Medyczna Szkoła Policealna im. prof. R. Weigla.

Organem prowadzącym szkołę od 1999 roku jest Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego. Od 1967 roku szkoła posiada własną bazę dydaktyczną, którą jest neogotycki pałac Sroczyńskich z XIX wieku, otoczony

parkiem zaprojektowanym w stylu angielskim, położonym na obrzeżach miasta Jasła. Praktyczna nauka zawodu odbywa się w placówkach szkoleniowych na terenie powiatów jasielskiego, gorlickiego i krośnieńskiego.

Szkoła w ciągu 52 lat istnienia wykształciła wiele pokoleń pracowników ochrony zdrowia w zawodach: pielęgniarka, położna, higienistka stomatologiczna, higienistka szkolna, technik fizjoterapii, dietetyk, pracownik socjalny, opiekun w DPS, opiekunka dziecięca, technik farmaceutyczny, terapeuta zajęciowy, ratownik medyczny, opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej, asystentka stomatologiczna, technik masażysta, technik usług kosmetycznych.

Kształcenie w zawodzie pielęgniarka odbywało się od 1961 roku. W związku z reformą szkolnictwa kształcenie pielęgniarek w systemie licealnym zostało zakończone w 1998 roku, a w systemie policealnym w 2005 roku. W okresie 44 lat kształcenia w zawodzie pielęgniarka szkołę opuściło 3352 absolwentów w tym 3306 pielęgniarek i 46 pielęgniarzy.

Natomiast kształcenie w zawodzie położna rozpoczęto w 1977 roku, a zakończono w 2000 roku. W okresie 13 lat kształcenia szkołę opuściło 288 absolwentów w tym 283 położne i 4 położnych.

Uczennice Liceum Medycznego i słuchaczki Medycznego Studium Zawodowego kształtujące się w zawodzie pielęgniarstwa

niarka zajmowały miejsca na szczeblu wojewódzkim a także I, II i III na szczeblu centralnym Olimpiady Pielęgniarstwa. Jedna z absolwentek została laureatką konkursu „Złoty Czepek”.

W tabelach poniżej zostały przedstawione dane dotyczące liczby absolwen-

tów Liceum Medycznego i Medycznego Studium Zawodowego z zachowaniem ich odrębności i płci w poszczególnych rocznikach kształcenia w zawodach pielęgniarka i położna.

Od 2006 roku Medyczna Szkoła Policealna im. prof. R. Weigla jest Ośrod-

kiem Egzaminacyjnym egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i w zawodzie prowadzonych przez Okręgową Komisję Egzaminacyjną w Krakowie. Szkoła dysponuje obecnie 14 egzaminatorami egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i w zawo-

L.p	Rok ukończenia	Liczba absolwentów	Liczba pielęgniarek	Liczba pielęgniarzy
1	1963	40	40	0
2	1964	19	19	0
3	1965	31	31	0
4	1966	36	36	0
5	1967	34	34	0
6	1968	40	40	0
7	1969	47	47	0
8	1970	35	35	0
9	1971	33	33	0
10	1972	22	22	0
11	1973	39	39	0
12	1974	79	79	0
13	1975	75	74	1
14	1976	79	77	2
15	1977	75	75	0
16	1978	55	55	0
17	1979	40	40	0
18	1980	41	41	0
19	1981	40	40	0
20	1982	37	37	0
21	1983	32	32	0
22	1984	38	38	0
23	1985	39	37	2
24	1986	31	31	0
25	1987	43	43	0
26	1988	33	32	1
27	1989	34	33	1
28	1990	41	39	2
29	1991	47	46	1
30	1992	64	63	1
31	1993	35	35	0
32	1994	40	40	0
33	1996	18	17	1
34	1997	29	27	2
35	1998	20	17	3
36	1999	28	26	2
37	2000	17	11	6
38	2001	19	18	1
39	2002	14	13	1
40	2003	17	14	3
41	2004	18	16	2
42	2005	23	22	1
	Razem	1577	1544	33

Tabela Nr 2. Absolwenci Medycznego Studium Zawodowego w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarz

L.p	Rok ukończenia	Liczba absolwentów	Liczba pielęgniarek	Liczba pielęgniarzy
1	1968	34	34	0
2	1969	32	32	0
3	1970	36	36	0
4	1971	29	29	0
5	1972	28	28	0
6	1973	30	30	0
7	1974	30	30	0
8	1975	35	35	0
9	1976	41	41	0
10	1977	75	75	0
11	1978	72	72	0
12	1979	64	64	0
13	1980	71	71	0
14	1981	71	71	0
15	1982	72	72	0
16	1983	71	71	0
17	1984	79	78	1
18	1985	80	80	0
19	1986	57	57	0
20	1987	88	88	0
21	1988	76	76	0
22	1989	69	69	0
23	1990	59	59	0
24	1991	61	61	0
25	1992	67	67	0
26	1993	63	62	1
27	1994	71	69	2
28	1995	67	65	2
29	1996	70	67	3
30	1997	36	32	4
31	1998	41	41	0
	Razem	1775	1762	13

Tabela Nr 1. Absolwenci Liceum Medycznego Pielęgniarstwa

L.p	Rok ukończenia	Liczba absolwentów	Liczba położnych kobiet	Liczba położnych mężczyzn
1	1980	36	35	1
2	1981	33	33	0
3	1983	29	29	0
4	1984	19	19	0
5	1987	27	27	0
6	1990	35	35	0
7	1992	29	29	0
8	1994	31	31	0
9	1996	18	18	0
10	1998	22	22	0
11	2000	8	5	3
	Razem	287	283	4

Tabela Nr 3. Absolwenci Medycznego Studium Zawodowego w zawodzie położna/położny

dzie. W zawodach kształconych w szkole zdawalność egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i w zawodzie od 2007 roku średnio wynosi 93,89%. Jest to najwyższa zdawalność egzaminów w województwie podkarpackim, a w wielu zawodach najwyższa w skali kraju. Od 2007 roku absolwenci, którzy zdali egzamin zawodowy otrzymują również EUROP AS S - Certyfikat potwierdzający kwalifikacje w zawodzie w języku polskim i angielskim, który, jest honorowany we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Szkoła realizuje projekty finansowane ze środków unijnych między innymi projekt Leonardo da Vinci, w ramach którego słuchacze w 2008 roku realizowali praktyczną naukę zawodu w Anglii, a także w ramach współpra-

cy polsko - ukraińskiej odbywali zajęcia praktyczne w Truskawcu na Ukrainie.

W ramach środków unijnych odbyła się także rewitalizacja Zespołu Pałacowo - Parkowego - siedziby szkoły. W wyniku 15 lat systematycznych remontów

Pałac - siedziba szkoły stanowi „Perłę” Podkarpacia.

Środki unijne zostały również wykorzystane w celu wyposażenia szkoły w nowoczesny sprzęt dydaktyczny.

Obecnie szkoła kształci w następujących zawodach: ratownik medyczny, technik farmaceutyczny, technik masaży, technik usług kosmetycznych w systemie dziennym i zaocznym, terapeuta zajęciowy, asystentka stomatologiczna, asystent osoby niepełnosprawnej i opiekun medyczny. Od września

2014 r. planowane jest kształcenie także w zawodzie opiekun osoby starszej a następnie opiekunka środowiskowa.

Zainteresowanych zapraszamy na stronę internetową szkoły: www.mspjaslo.pl

Aktualny adres:

Medyczna Szkoła Policealna
im. prof. Rudolfa Weigla w Jasle
38-200 Jasło,
ul. Tadeusza Sroczyńskiego 2
tel. 13 44 685 71; 13 44 682 49
fax: wewn. 20
e-mail: zsmiaslo@post.pl

Kazimiera Pankiewicz
Alicja Dachowska

„Bliscy, których kochamy na zawsze pozostają w naszych sercach”

**Naszej Koleżance
EWIE ZAWILIŃSKIEJ
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci MAMY**

składają koleżanki z Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Rzeszowie

**„Nie umiera ten,
kto trwa w pamięci żywych”**

**Pani Konsultant
EWIE ZAWILIŃSKIEJ**

Wyrazy żalu i szczerego współczucia
z powodu śmierci MAMY

składa personel Klinicznego Oddziału Neurologii
z Pododdziałem Leczenia Udaru Mózgu
Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie

**„Zamknęły się ukochane oczy
Spoczęły spracowane ręce
Przestało bić ukochane serce”**

**Koleżance EWIE ZAWILIŃSKIEJ
Wiceprzewodniczącej ORPiP**

Wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci MAMY

Składają
Koleżanki i kolega z ORPiP w Krośnie



*Odeszłaś cicho i bez pożegnania
Jak ten, co nie chce swym odejściem smuć
Jak ten, co wierzy w chwili rozstania,
że ma niebawem z dobrą wieścią wrócić*

**Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 15.01.2014 roku
odeszła nasza koleżanka i przyjaciółka**

Ś.P. Halina Cieśla

Lat 57. Pielęgniarka Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala
Specjalistycznego w Sanoku

Pielęgniarki i Położne, Ratownicy, Pracownicy
SPZOZ w Sanoku

Centralny Ośrodek Koordynujący Populacyjne Programy
Wczesnego Wykrywania Raka Piersi
oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy
z siedzibą w Centrum Onkologii Instytutu Marii Skłodowskiej – Curie
w Warszawie poprzez własne Ośrodki Wojewódzkie

Zaprasza położne do współpracy

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Rzeszowie
ul. Szopena 2, 35-209 Rzeszów
tel./fax. 17 866 62 75

przekazuje Państwu link do swojej strony internetowej:
<http://profilaktyka.rzeszow.pl/!!!-uwaga!-polozne-poz-!!!,345.html>

dotyczący nowego rozporządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, umożliwiającego położnym POZ pobieranie rozmazów cytologicznych

w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka szyjki Macicy oraz formularz zgłoszeniowy dla osób zainteresowanych kursem pobierania rozmazów cytologicznych, który jest wymagany do zawarcia kontraktu z funduszem.

W związku z wejściem w życie postanowień: Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (dz.u.2013, poz. 1505) oraz zarządzeń prezesa nrfz:

* Nr 69/213/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

* Nr 81/2013 DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie informuje, że WOKi będą organizować kursy dokształcające dla położnych pobieranie rozmazów cytologicznych.

Zapraszamy do skorzystania z wyżej przedstawionej oferty.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Barbara Błażejowska – Kopiczak

mapa strony

STRONA GŁÓWNA
O NAS
DZIAŁANIA WOK-U
RAPORTY
GALERIA
KONTAKT

BADAM SIĘ, WIĘC MAM PEWNOŚĆ

**BEZPŁATNE BADANIE
MAMMOGRAFICZNE**

co 2 lata dla kobiet
w wieku 50-69 lat

**BEZPŁATNE BADANIA
CYTOLOGICZNE**

co 3 lata dla kobiet
w wieku 25-59 lat

mammo grafia

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI

- Profilaktyka
- Rak piersi
- Dla kobiet
- Gdzie wykonać badania
- Dla świadczeniodawców

Strona główna

!!! UWAGA! POŁOŻNE POZ !!!

Od początku 2014 roku obowiązuje nowe rozporządzenie Prezesa NFZ, który dopuszcza położne poz do pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy.

Szczegółowe informacje na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia w Zarządzeniu Nr 69/2013/DSOZ, szczególną uwagę prosimy zwrócić na:

- Załącznik nr 1 – Wartości stawek kapitaacyjnych, porad i ryczałtów,
- Załącznik nr 6a - Świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy – pobranie materiału z szyjki macicy doprzesiewowego badania cytologicznego.

Osoby zainteresowane kursem pobierania rozmazów cytologicznych w Programie proszone są o wypełnienie poniżej zamieszczonego formularza zgłoszeniowego i

cytologia

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY

- Profilaktyka
- Rak szyjki macicy
- Dla kobiet
- Gdzie wykonać badania
- Dla świadczeniodawców

- W sklepie zoologicznym klientka pyta:
- Mają państwo sweterki dla psów?
 - Tak, oczywiście.
 - To poproszę czerwony.
 - Dobrze, ale proszę przyprowadzić psa na przymiarkę.
 - Nie mogę... To ma być niespodzianka...

- Rozmawia dwóch kolegów:
- Najbardziej boję się dentystów i ciemności.
 - Dentystów - to rozumiem, ale dlaczego ciemności?
 - Pomyśl, ilu dentystów może się w niej kryć?

- Pierwszy raz od dwudziestu lat ucieszyłam się na widok męża.
- Z jakiego powodu?
- Wezwali mnie na identyfikację zwłok...

- Niepotrzebnie kręcisz nosem, ten bigos jest całkiem dobry.
- Może i dobry, ale większość ludzi bierze do kina popcorn...

- I jak tam, zięciu, spodobały się wnuczce zabawki?
- Mama da spokój... wszystkie prezenty rozwalił. I samochodziki, i czołg, i choinkę, i wszystkie bombki...
- I prezent ode mnie też?
- Nie, młotek od mamusi jest cały.

- Rok 2020. Na ekranie telewizora pojawia się spikerka i z przeproszającym uśmiechem zwraca się do widzów:
- A teraz na chwilę przerywamy emitowanie reklam, żeby pokazać państwu fragment filmu.

- Marian, kochany, zaraz przyjdą do nas goście - mówi żona do męża.
- Ale brakuje jednego krzesła.
- No i...?
- Idź do sąsiadów. I zostań u nich ze dwie godziny...

- Renia, wyskoczę wieczorem na piwko z kumplami.
- Idź, ty pijaku!
- Jaki pijaku?! Raz na pół roku się nimi spotykam!
- Idź, ty leniwy pijaku!

- Mąż wraca do domu, a pod drzwiami czeka już żona i mówi:
- Mam dwie wiadomości. Dobrą i złą...
 - Zaczynaj od dobrej.
 - Poduszka powietrzna w twoim samochodzie działa bez zarzutu...

- Moja żona wczoraj dosłownie spłonęła ze wstydu.
- Jak to?
- W bloku pożar. Strażacy dobijali się do mieszkania, a jej, wyobraź sobie, było wstyd otworzyć, bo była nieumalowana...

- Szkot złapał taksówkę. Po dojechaniu do celu taksówkarz mówi:
- 20 funtów.
- Szkot daje mu 10. Taksówkarz:
- Przepraszam, ale powiedziałem - 20.
 - Ale przecież jechaliśmy we dwóch!

- Dzisiaj szef wezwał mnie do swojego biura z powodu mojego ubioru:
- Nie możesz chodzić do pracy w piżamie!
 - Ale wszyscy tak chodzą.
 - Tak, ale to pacjenci...

- Żona przeciąga się w łóżku i mówi do męża:
- Kochanie, miałam cudowny sen, śniłeś mi się!
 - Tak? Opowiedz!
 - Było tak: wyjechałeś gdzieś daleko i pisałeś do mnie codziennie listy. A listonosz, który mi je przynosił, był taki cudowny...

GRATULACJE

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie składam serdeczne gratulacje wszystkim koleżankom pielęgniarkom / położnym, które w wyniku postępowań konkursowych przeprowadzonych w roku 2013 zostały wybrane/ny na:

Pielęgniarza Oddziałowego
Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku
Lesławowi Jonarskiemu
Konkurs odbył się w dniu 25 czerwca 2013 r.

Pielęgniarkę Oddziałową
Oddziału Pulmonologicznego
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku
Katarzynie Piegoń
Konkurs odbył się w dniu 25 czerwca 2013 r.

Pielęgniarkę Oddziałową
Oddziału Noworodków
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Opieki Zdrowotnej w Sanoku
Alinie Żywickiej
Konkurs odbył się w dniu 25 czerwca 2013 r.

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



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

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

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

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

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 5 II 2014 roku.

**Podkarpacki Oddział
Krajowego Związku Pracodawców NZOZ
Porozumienie Śląskie**



Ogólnopolska Konferencja Opieki Długoterminowej

WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI



Rzeszów
7 marca 2014

PARTNERZY

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku

Wydział Medyczny UR - Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Nad konferencją patronat honorowy objęli:



Władysław Ortyl
Marszałek
Województwa
Podkarpackiego



Małgorzata Chomycz-Śmiegielska
WOJEWODA PODKARPACKI



dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
PREZES NACZELNEJ RADY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
I NACZELNA RADA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



prof. dr hab. Aleksander Bobko
REKTOR
UNIwersytetu
Rzeszowskiego