

BIULETYN

KOMITET REDAKCYJNY

Przewodnicząca:
Maria Pałeczka

Sekretarz:
Małgorzata Hrycak

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

tel. 74 842-33-25

ADRES REDAKCJI:
58-300 Wałbrzych, ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)

e-mail: oiipwch@webmedia.com.pl

DRUKARNIA "BT"
58-300 Wałbrzych, ul. Przebieg 5a
tel. 74 842-20-55
e-mail: btdrukarnia@gmail.com

SPIS TREŚCI

WAŻNE.....	6-13
Z MINISTERSTWA ZDROWIA.....	14-38
OPINIE I STANOWISKA KONSULTANTÓW KRAJOWYCH.....	39-69
SZKOLENIA.....	70-76
PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA PRAWNIK ODPOWIADA.....	77-79
WSPOMNIENIA Z WAKACJI	79-80

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Kolejne letnie miesiące mamy za sobą. Lato hojnie obdarowało nas słońcem, wyjątkowo długo bardzo gorącymi dniami. Mam nadzieję, że pozostawiło nam piękne wspomnienia.

Z możliwości wyjazdu nie wszyscy mogli skorzystać. Jestem przekonana, że Ci którzy nie wyjechali skorzystali z innych form wypoczynku ciesząc się pełnią lata.

Niestety- lato za nami- co przed nami?

Problemów nie brakuje. Wiem, bo niemal codziennie otrzymuję sygnały z różnych środowisk. Samorząd nie pozostaje obojętny, o tym - na kolejnych stronach biuletynu. Zapewniam jednak - dużo zależy od nas samych. Bądźmy silną grupą zawodową, stanowiąc jedność i wzajemne zrozumienie. W atmosferze wzajemnej życzliwości osiągniemy znacznie więcej.

IV kwartał bieżącego roku będzie dla nas bardzo pracowity. Od września rozpoczynamy konferencje.

Do Waszych miejsc pracy będziemy wysyłać zaproszenia.

25 września w Świdnicy w Hotelu Piast-Roman odbędzie się konferencja „ Status zawodowy pielęgniarki i położnej” Trzygodzinny wykład dr nauk prawnych Pani Doroty Karkowskiej, której głównym obszarem zainteresowań badawczych i dydaktycznych są zagadnienia prawa medycznego i ochrony praw pacjenta. Autorka cyklu artykułów redakcyjnych w ramach społecznej kampanii „Leczyć po ludzku”.

26 października br. w Hotelu- Restauracja „Maria” w Wałbrzychu trzecia edycja konferencji "Stopa cukrzycowa - profilaktyka i leczenie" przy udziale prelegentów: dr Adam Węgrzynowski, dr Bożena Mospan, mgr Marta Leśnik i mgr Lidia Krzyżanowska. Nawiązywaliśmy współpracę z firmą MEDUCARE edukacja i promocja zdrowia z Wrocławia, która organizuje certyfikowane szkolenia dla kadry medycznej. Mam nadzieję, że to początek współpracy.

22 listopada br. – w Świdnicy w Hotelu Piast-Roman odbędzie się II Konferencja z cyklu „Jesienne spotkania z autorytetem” W woli przypomnienia poprzednia - I odbyła się w minionym roku przy udziale Pani dr n. med. Grażyny Pawelczyk-Rogali, Prezes NRPIP.

Tym razem również niekwestionowany autorytet - pielęgniarka, mgr prawa, dr n. ekonomicznych Pani Izabela Witczak.

Do placówek, w których pracujecie wysłane zostaną informacje i zaproszenia.

Zdaję sobie sprawę, że trudno jest sprostać wszystkim Państwa oczekiwaniom, mam jednak nadzieję, że przynajmniej w części będę mogła je zrealizować.

Cieszę się, że są już pierwsze odpowiedzi na moje prośby o współtworzenie biuletynu. Otrzymuję ciekawe artykuły, zdjęcia

z ciekawych miejsc. Dziękuję bardzo serdecznie.

Po raz kolejny zapraszam na naszą stronę internetową www.oipip.walbrzych.pl - zakładce „Szkolenia” zamieszczone są informacje o konferencjach. Są nieodpłatne. Osoby zainteresowane tematami zapraszam do wzięcia udziału.

**Przewodnicząca ORPiP
(-) Maria Pałeczka**

W związku z występującymi wciąż wątpliwościami z Państwa strony przypominam:

na podstawie **Uchwały Nr 19VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału**

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- 2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu

Pielęgniarki, położne, które nie wykonują aktualnie zawodu, chcą być zwolnione z opłacania składek muszą złożyć wniosek o zaprzestaniu wykonywania zawodu (wniosek dostępny na stronie internetowej) wraz z dokumentem PWK, który po dokonaniu adnotacji pozostanie w izbie.

W przypadku kiedy składki członkowskie odprowadzane są przez pracodawcę

osoby **pobierające zasiłek rehabilitacyjny zobowiązane są do złożenia pracodawcy oświadczenia o niepotrącaniu składek członkowskich na czas pobierania zasiłku.**

Jeżeli składki członkowskie odprowadzamy samodzielnie – obowiązkowo w ciągu 14 dni należy zgłosić to w biurze OIPIP w Wałbrzychu dostarczając decyzję ZUS (kopia za potwierdzeniem pozostaje w aktach)



WAŻNE

Zgodnie z postanowieniami dyrektywy Rady 2010/32/UE z dnia 10.05.2010r. w sprawie wykonywania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOOSPEM a EPSU (Dz.Urz.UE L 134 z 1 czerwca 2010r., str.66) weszło w życie z dniem 27 czerwca 2013r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych poz. 696)

§ 4 ust. 1 rozporządzenia wskazuje działania, które musi podjąć pracodawca w celu zapewnienia pracownikom bezpiecznego wykonywania świadczeń zdrowotnych. Na podstawie § 7 ust. 1 pracodawca prowadzi systematyczne szkolenia mające na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom. Szkolenia przeprowadza się w trybie ustalonym w przepisach rozp. MGiP z dnia 27.07.2004r. szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U.r 180, poz. 1860, z póź. zm.)

W § 8 poniżej zamieszczonego rozporządzenia określony jest sposób postępowania w odniesieniu zarówno do pracownika, jak i pracodawcy. Mając na celu zwiększenie świadomości zagrożeń pod patronatem merytorycznym Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Instytutu Medycyny Pracy, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego oraz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych powstało specjalne wydanie Magazynu Pielęgniarki i Położnej „Stop zakłuciom- poradnik dla pielęgniarek”, który pragnę przekazać w każde miejsce gdzie pracuje pielęgniarka i położna narażając się na zakłucie lub zranienie.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 6 czerwca 2013 r.

w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych²⁾

(Dz. U. z dnia 19 czerwca 2013 r.)

Na podstawie art. 237¹⁵⁾ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.³⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.
2. Ostrymi narzędziami w rozumieniu rozporządzenia są wyroby medyczne służące do cięcia, klucia oraz mogące spowodować zranienie lub przeniesienie zakażenia.
3. Ilekroć przepisy rozporządzenia odnoszą się do pracowników, rozumie się przez to także osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, doktorantów, studentów i uczniów niebędących pracownikami oraz wolontariuszy, a także osoby prowadzące pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę działalność gospodarczą na własny rachunek.

§ 2. W celu ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami pracodawca stosuje, na warunkach określonych w rozporządzeniu, wszelkie dostępne środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.

§ 3.

1. Przed wyborem środków, o których mowa w § 2, pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, zwanych dalej "narażeniem", uwzględniając w szczególności:
 - 1) klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹⁾ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy oraz zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowane chorobami, które mogą wystąpić w

- następstwie zakażenia, a także możliwego działania toksycznego lub alergizującego szkodliwych czynników biologicznych;
- 2) stan zdrowia pracownika, w tym w szczególności choroby prze-wlekłe, na które choruje;
 - 3) określenie narażenia, w tym rodzaj, stopień oraz czas jego trwania;
 - 4) czynności, w trakcie których może dojść do narażenia;
 - 5) rodzaje wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunki pracy, sposób organizacji pracy, poziom kwalifikacji personelu, czynniki psychospołeczne i inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;
 - 6) decyzje, wystąpienia i zalecenia pokontrolne organów kontroli i nadzoru nad warunkami pracy, wydane na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.
2. Ocenę ryzyka, o której mowa w ust. 1, przeprowadza się:
- 1) okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata,
 - 2) w każdym przypadku wystąpienia na stanowisku pracy zmian mają-cych lub mogących mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy
- uwzględniając aktualną wiedzę medyczną i techniczną oraz wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

§ 4.

1. W celu eliminacji lub ograniczenia narażenia pracodawca, we współ-pracy z przedstawicielami pracowników, podejmuje kolejno następujące działania:
 - 1) opracowuje i wdraża procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi, w szczególności obejmujące zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia;
 - 2) jeżeli charakter wykonywanych świadczeń zdrowotnych na to pozwala, eliminuje przypadki zbędnego stosowania ostrych narzędzi przez wdrożenie zmian w praktyce oraz, na podstawie wyników oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, zapewnia ostre narzędzia zawierające rozwiązania chroniące przed zranieniem;
 - 3) opracowuje i wdraża procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej;
 - 4) analizuje raport, o którym mowa w § 11.
2. Procedury, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, sporządza się w formie papierowej i elektronicznej i zapewnia ich dostępność w każdej jednostce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której są udzielane świadczenia zdrowotne.

3. Pracodawca okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, poddaje procedury ocenie i w razie potrzeby je aktualizuje, uwzględniając postęp techniczny oraz dostępność ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe, oraz zapewnia pracownikom, w toku szkoleń, o których mowa w § 7, informacje o wprowadzonych zmianach.

§ 5.

1. Pracodawca, uwzględniając wyniki oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, podejmuje działania eliminujące lub ograniczające ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń, obejmujące:
 - 1) organizację miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób pozwalający na uniknięcie lub zminimalizowanie narażenia;
 - 2) zapewnienie warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, z zastosowaniem łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników, w miarę możliwości umieszczonych w pobliżu miejsc używania lub przechowywania ostrych narzędzi;
 - 3) wdrożenie odpowiednich środków profilaktycznych uwzględniających organizację i warunki pracy, czynniki psychospołeczne oraz inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;
 - 4) zapewnienie środków ochrony indywidualnej, odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia.
2. Jeżeli w wyniku oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, pracodawca zidentyfikuje możliwości wystąpienia narażenia pracownika na szkodliwy czynnik biologiczny, przeciw któremu jest dostępne szczepienie ochronne, pracownika informuje się o korzyściach szczepienia, możliwych niepożądanych odczynach poszczepiennych oraz możliwych skutkach niepoddania się takiemu szczepieniu. Szczepienie jest przeprowadzane na zasadach określonych w art. 17 i art. 18 oraz art. 20 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.⁴⁾).

§ 6. Pracodawca:

- 1) zapewnia pracownikom stały dostęp do instrukcji oraz innych sporządzonych w formie papierowej i elektronicznej informacji o zasadach używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej, określonych w procedurach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i 3, a także obowiązujących przepisach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie

- ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 2) promuje dobre praktyki zapobiegania narażeniu, w szczególności opracowuje w konsultacji z przedstawicielami pracowników materiały informacyjne dotyczące tych praktyk;
 - 3) prowadzi wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w § 10;
 - 4) informuje pracowników o:
 - a) ryzyku związanym z narażeniem,
 - b) zasadach postępowania w przypadku narażenia, zgodnie z procedurą, o której mowa w § 9, w tym o badaniach lekarskich, badaniach laboratoryjnych, poekspozycyjnym szczepieniu ochronnym, uodpornieniu biernym oraz profilaktycznym leczeniu poekspozycyjnym, z których pracownik może skorzystać w przypadku zranienia lub kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym,
 - c) osobach wykonujących zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.

§ 7.

1. Pracodawca prowadzi systematyczne szkolenia mające na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom.
 2. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności zagadnienia dotyczące:
 - 1) prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym narzędziami zawierającymi rozwiązania chroniące przed zranieniem;
 - 2) potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym;
 - 3) środków, które należy podjąć w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów oraz znaczenie uodpornienia przy użyciu szczepionek;
 - 4) wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia;
 - 5) procedury postępowania poekspozycyjnego, o której mowa w § 9;
 - 6) procedur zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami i sprawozdawczości w tym zakresie;
 - 7) okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami, w tym wyników analiz w tym zakresie zawartych w raporcie, o którym mowa w § 11.
 3. Szkolenia przeprowadza się w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.
-

- 6) inne informacje uzyskane w trakcie postępowania przy ustalaniu okoliczności i przyczyn zranienia ostrym narzędziem.
2. W wykazie, o którym mowa w ust. 1, nie zamieszcza się danych osobowych.

§ 11.

1. Pracodawca, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, sporządza raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
 2. Raport, o którym mowa w ust. 1, zawiera w szczególności następujące informacje:
 - 1) tabelaryczne zestawienie liczby zranień ostrymi narzędziami, do których doszło w podmiocie leczniczym w okresie sprawozdawczym oraz w równym mu długością okresie poprzedzającym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego;
 - 2) tabelaryczne zestawienie stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem;
 - 3) analizę okoliczności i przyczyn zranień, ze szczególnym uwzględnieniem ich przyczyn systemowych;
 - 4) propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwości wprowadzenia do użytku w podmiocie leczniczym nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań;
 - 5) informacje o działaniach, o których mowa w § 4 ust. 3, jeżeli były realizowane w okresie sprawozdawczym;
 - 6) informacje o wprowadzonych zmianach w zakresie szkoleń, o których mowa w § 7.
 3. Pracodawca udostępnia raport pracownikom.
 4. Pracodawca w konsultacji z przedstawicielami pracowników dokonuje okresowej weryfikacji procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, a także rozważa prowadzenie zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, w tym dla celów:
 - 1) rozszerzonej analizy epidemiologicznej okoliczności i przyczyn tych narażeń w podmiocie leczniczym;
 - 2) uczestnictwa w pracach naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe;
 - 3) uczestnictwa w dobrowolnych systemach nadzoru epidemiologicznego nad narażeniami zawodowymi realizowanych na szczeblu
-

§ 8.

1. Pracownik niezwłocznie zgłasza każdy przypadek zranienia ostrym narzędziem pracodawcy lub osobie wykonującej zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy, a w razie kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym - również lekarzowi wskazanemu w procedurze, o której mowa w § 9, w celu przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego.
2. W przypadku zranienia pracownika ostrym narzędziem pracodawca:
 - 1) bada przyczyny i okoliczności zranienia oraz odnotowuje je w wykazie, o którym mowa w § 10;
 - 2) jeżeli to konieczne, dokonuje zmian w procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, lub informuje pracowników o nowym ryzyku związanym z używaniem ostrego narzędzia;
 - 3) informuje lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami - w przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

§ 9.

1. Pracodawca opracowuje i wdraża procedurę postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającą niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
2. Procedura, o której mowa w ust. 1, uwzględnia w szczególności konieczność oszacowania ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych, w tym w szczególności przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenia w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego i uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

§ 10.

1. Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zawiera następujące informacje:
 - 1) kolejny numer zdarzenia w roku;
 - 2) datę zdarzenia;
 - 3) jednostkę organizacyjną podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której doszło do zranienia;
 - 4) rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie;
 - 5) rodzaj procedury medycznej oraz czynność, w trakcie której doszło do zranienia;

regionalnym, krajowym lub międzynarodowym, w szczególności przez instytuty badawcze, uczelnie medyczne lub agencje Unii Europejskiej.

§ 12.

Pierwszy raport, o którym mowa w § 11 ust. 1, sporządza się nie później niż do dnia 28 lutego 2014 r.

§ 13.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Przepisy niniejszego rozporządzenia wdrażają postanowienia dyrektywy Rady 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU (Dz. Urz. UE L 134 z 1.06.2010, str. 66).

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459, Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700, z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322, Nr 80, poz. 432, Nr 144, poz. 855, Nr 149, poz. 887 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 908 i 1110 oraz z 2013 r. poz. 2 i 675.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 257, poz. 1723 oraz z 2012 r. poz. 892.



Z MINISTERSTWA ZDROWIA

Stanowisko

dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie przypomnienia o obowiązku przestrzegania zapisów Konwencji Nr 149 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego oraz zapisów Zalecenia Nr 157 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego

Zgodnie z art. 83 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy ma obowiązek przestrzegania prawa Rzeczypospolitej Polskiej. Prawa w Polsce są stanowione przez organy władzy publicznej, tworzone w ramach demokratycznego systemu funkcjonowania państwa. Prawa te stanowione są zgodnie z zasadami określonymi w Konstytucji, zarówno co do sposobu, jak i co do treści z przestrzeganiem określonych reguł i zasad. W systemie demokratycznym prawo obowiązujące w państwie powinno odpowiadać interesom i dążeniom społeczeństwa, które wszak ma wpływ na wybór swoich reprezentantów, na ich działalność, na treść ustanawianych norm prawnych (por. W. Skrzydło, Komentarz do art. 83 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej). Zgodnie z art. 87 ust. 1 Konstytucji RP, źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. Przepis art. 8 Konstytucji RP, stanowi że jest ona najwyższym prawem Rzeczypospolitej Polskiej, a jej przepisy stosuje się bezpośrednio chyba, że Konstytucja stanowi inaczej. Drugie miejsce w hierarchii źródeł prawa zajmują umowy międzynarodowe, ratyfikowane przez Polskę za uprzednią zgodą wyrażoną w ustawie i ogłoszone w Dzienniku Ustaw (art. 91 Konstytucji). Katalog źródeł prawa pracy, został z kolei ustanowiony w art. 9 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.) - dalej: „K.p.”. Zgodnie z tym przepisem, źródłami prawa pracy są Kodeks pracy oraz inne ustawy i akty wykonawcze, określające prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowienia układów zbiorowych pracy i innych opartych na ustawie porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy. Hierarchia źródeł prawa pracy oraz oparty na zasadzie uprzywilejowania pracownika mechanizm rozwiązywania sprzeczności między nimi, wynika z art. 9 § 2 K.p. Zgodnie z tym przepisem, w pierwszym rzędzie wzajemne prawa i obowiązki stron

stosunku pracy reguluje umowa o pracę, w zakresie w niej nieuregulowanym - regulamin pracy i inne zakładowe regulacje prawne, a następnie źródła prawa powszechnie obowiązującego (Kodeks pracy, ustawy i przepisy wykonawcze). Regulacje prawne niższego rzędu (umowa o pracę i unormowania o charakterze zakładowym) mogą kształtować warunki indywidualnych stosunków pracy w sposób odmienny niż akty prawa wyższego rzędu, ale ukształtowanie to nie może być dla pracowników mniej korzystne niż to, co przewidziano w przepisach powszechnie obowiązujących.

Konwencja nr 149 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, przyjęta w Genewie 21 czerwca 1977 r. została ratyfikowana przez Polskę oraz ogłoszona w Dzienniku Ustaw (Dz. U. z 1981 r. Nr 2, poz. 5) i weszła w życie w stosunku do Polski dnia 4 listopada 1981 r. Ujęte w formę konwencji, wnioski dotyczące zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, uzupełnione postanowieniami zawartymi w Zaleceniu Nr 157.

Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącym zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, na gruncie prawa polskiego znajdują odzwierciedlenie w przepisach zawartych m.in. w:

- ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), która określa w szczególności zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, a ponadto reguluje zagadnienia związane z kształceniem zawodowym oraz kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych;
- ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038), określającej organizację i zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, który reprezentuje osoby wykonujące te zawody oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony;
- ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217), będącej aktem o zasadniczym znaczeniu, z punktu widzenia funkcjonowania podmiotów leczniczych, w szczególności określającym także normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych (w tym pielęgniarek i położnych).

Jedynie przykładowo należy wskazać, że podstawowa dobową normą czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym (w tym pielęgniarek i położnych), w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnym pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Z kolei w art. 94 tejże ustawy dopuszczona została możliwość

przedłużenia wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem, iż takiego rozkładu czasu pracy nie można stosować w stosunku do pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami. Z kolei w art. 95 ustawy o działalności leczniczej, ustawodawca uregulował kwestie związane z pełnieniem dyżuru medycznego, definiowanego jako wykonywanie czynności zawodowych poza normalnymi godzinami pracy. Zgodnie z tym przepisem dyżur medyczny mogą pełnić jedynie pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym. Oznacza to, iż dyżur medyczny mogą pełnić tylko osoby, których podstawę zatrudnienia stanowi stosunek pracy. Ponadto dyżury medyczne mogą być pełnione jedynie przez pracowników tych podmiotów leczniczych, które wykonują stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Ustawa o działalności leczniczej dopuszcza możliwość wydłużania tygodniowej normy czasu pracy pracownika, który może pełnić dyżur medyczny, powyżej 48 godzin (tzw. klauzula opt-out). Uregulowanie to, może być jednak zastosowane jedynie wobec pracowników którzy wyrazili na to pisemną dobrowolną zgodę. Pracownik może cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, informując o tym pracodawcę na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. W ustawie o działalności leczniczej znalazły się również regulacje związane z okresem wypoczynku. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny, odpoczynek dobowy musi zostać udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru. Ponadto w art. 99 ustawy o działalności leczniczej, ustawodawca przewidział dodatki dla pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, których wysokość jest uzależniona od pory i dnia wykonywania pracy. W związku z powyższym, należy podkreślić, że celem działań podejmowanych zarówno przez Ministra Zdrowia jak również inne organy i instytucje państwowe powinno być i jest zapewnienie przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, ale również wprowadzanie mechanizmów usprawniających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz służących poprawie bezpieczeństwa nie tylko pacjentów, ale również personelu medycznego.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopiński

Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w sprawie wprowadzenia jednolitego bazowego katalogu
diagnoz i procedur pielęgniarskich i położniczych (ICNP)

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej „ICNP”, zwana dalej Klasyfikacją, jest międzynarodowym standardem opisującym m. in. diagnozy oraz wynikające z nich czynności pielęgniarskie i położnicze.

W systemie ochrony zdrowia funkcjonuje kilkanaście różnego rodzaju klasyfikacji, dotyczących np. schorzeń, diagnoz, samodzielności psychoruchowej pacjentów itp., które merytorycznie obejmują podstawowe aspekty pracy pielęgniarki/położnej. Dostrzegając główny cel, polegający na potrzebie unifikacji procedur w procesie opieki pielęgniarskiej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia nie kwestionuje znaczenia Klasyfikacji, jej upowszechnienia i wykorzystania, czego wyrazem są dotychczasowe prace realizowane w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

Najczęściej wskazywanym przez przedstawicieli środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych do osiągnięcia celem, związanym z wprowadzeniem Klasyfikacji jest ujednoczenie języka opisującego praktykę pielęgniarską.

W przypadku rozważenia podjęcia decyzji o wdrożeniu Klasyfikacji wprowadzane w ramach niej dane mogłyby dostarczać do systemu e-Zdrowie bieżącej informacji m.in. o diagnozach pielęgniarskich, planowaniu opieki pielęgniarskiej, stosowanych procedurach, używanych lekach, materiałach medycznych itp.

Wśród istotniejszych, zastosowań Klasyfikacji w praktyce pielęgniarskiej warto też wymienić jej przydatność w:

- monitorowaniu liczby personelu pielęgniarskiego, w aspekcie m.in. oceny potrzeb kadrowych,
- rzetelnej wycenie świadczeń,- kształtowaniu wysokości wynagrodzeń pielęgniarki w relacji do faktycznie wykonanych zadań,
- obszarze jakości opieki pielęgniarskiej; zakłada się pozytywny wpływ zastosowania Klasyfikacji na wzrost poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu medycznego, w tym zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych, poprzez bieżące monitorowanie działań i interwencji pielęgniarskich.

Niemniej proces wprowadzania Klasyfikacji będzie niewątpliwie wiązał się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów, wynikających m.in. z:

- potrzeby przeszkolenia kadry pielęgniarskiej i położniczej w zakresie posługiwania się Klasyfikacją, (prognozowane przez Przewodniczącą Rady ds. e-Zdrowia potrzeby szkoleniowe dotyczyłyby przeszkolenia około 20 tys. osób, tzw. liderów) oraz docelowo objęcie przeszkoleniem pielęgniarek i położnych, które w tym zakresie nie zostały objęte programem kształcenia;
- konieczności zakupu przez podmioty lecznicze programów użytkowych (licencji) oraz przez niektóre z podmiotów zakupu dodatkowego wyposażenia w postaci sprzętu informatycznego o parametrach użytkowych umożliwiających korzystanie z aplikacji.

Należałoby również wspomnieć, że dotychczas głównym źródłem informacji m. in. o zasobach kadrowych pielęgniarek i położnych jest statystyka publiczna, w tym resortowa.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia możliwość zastosowania Klasyfikacji o zasięgu ogólnopolskim byłaby uwarunkowana potrzebą wcześniejszego zbadania, czy dzięki jej wykorzystaniu zbierane informacje będą: kompletne, rzetelne, aktualne i czyjej zastosowanie będzie przydatne w ramach sprawozdawczości publicznej.

Przy okazji należy dodać, iż stosowany obecnie system rozliczeń Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcami w zakresie świadczeń pielęgniarskich nie wymaga korzystania z Klasyfikacji, który bazuje na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, powszechnie nazywanej - ICD-10 (§ 7 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, z późn. zm.)).

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia dotychczasowa wiedza w kwestii efektów pełnego praktycznego zastosowania Klasyfikacji do rozliczania procedur pielęgniarskich w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest jeszcze niewystarczająca, aby pozwalała na arbitralne wprowadzenie Klasyfikacji do systemu, poprzez zmianę ww. rozporządzenia, albowiem mogłoby to przynieść skutki odbiegające od oczekiwanych.

Poza ogólnym algorytmem postępowania medycznego, wynikającym z bezpośredniego przetłumaczenia procedur na język polski, przygotowanie takich procedur powinno również uwzględniać m.in.: dostępność środków w systemie, w tym przewidzianych na finansowanie skutków wprowadzenia Klasyfikacji, poziom wyposażenia podmiotów

leczniczych w sprzęt i materiały, a także zawierać uregulowania w kwestiach organizacyjnych bezpośrednio związanych z opieką pielęgniarską/położniczą.

Ponadto wydaje się, że procedury powinny być skorelowane zarówno ze strukturą organizacyjną podmiotu, jak również obowiązującą w nim organizacją i trybem pracy oraz wynikającymi z nich zakresami odpowiedzialności pracowników medycznych (pielęgniarek, położnych) np. w poszczególnych oddziałach, izbie przyjęć, szpitalnym oddziale ratunkowym lub w podstawowej opiece zdrowotnej.

Powyższe uwarunkowania wskazują na potrzebę opracowania i doprecyzowania, wynikających z Klasyfikacji, odpowiednich procedur, które byłyby właściwe dla profilu działalności leczniczej, uwzględniając specyfikę poszczególnych podmiotów leczniczych.

Nieodzwonne zatem wydawałoby się uruchomienie Klasyfikacji w formie pilotażowej, sprawdzenie i poddanie ocenie uzyskanych wyników na bazie tzw. próbki reprezentatywnej, a następnie porównanie ich z dotychczas funkcjonującym systemem prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej oraz rozliczeń z płatnikiem świadczeń pielęgniarskich.

W kwestii realizacji postulatu środowiska pielęgniarskiego wpisującego się w realizację programu e-Zdrowie, Ministerstwo Zdrowia już od kilku lat pilotuje zadania wynikające z ww. programu.

Nadmieniam, iż w tej sprawie zostały uruchomione czynności, zlecone podległej jednostce, tj. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Jednostka ta od kilku lat realizuje projekt Systemu Informacji Medycznej pod nazwą e-Zdrowie. Wprowadzenie zatem Klasyfikacji będącej częścią programu e-Zdrowie, byłoby możliwe po wcześniejszym uruchomieniu systemu informatycznego w ramach ww. programu.

W toku realizacji prac wdrożeniowych programu e-Zdrowie pod roboczą nazwą: Platformy PI obejmującej Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz Platformy P2 (Platforma udostępniania on - line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych), stanowiących części składowe elektronicznego projektu e-Zdrowie, CSIOZ poinformowało Ministerstwo Zdrowia o uzyskaniu zgody Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej na niekomercyjne udostępnianie Klasyfikacji podmiotom wykonującym działalność leczniczą, stanowiąc przyczynek do dalszych prac nad wdrożeniem spójnej terminologii.

Powołana przez Dyrektora CSIOZ Rada do spraw e-Zdrowia w pielęgniarstwie, z zadaniem współdziałania z CSIOZ w zakresie projektów e-Zdrowia, aktualnie prowadzi prace nad elektroniczną dokumentacją pacjenta w odniesieniu do opieki pielęgniarskiej. Poza eksperckim wsparciem projektu e-Zdrowie kolejnym istotnym zadaniem

Rady w opiece pielęgniarskiej jest również przedstawianie rekomendacji dla przedsięwzięć o charakterze edukacyjnym i informacyjno-promocyjnym.

W toku kontynuacji podjętych prac, pozwalających na sukcesywne wypracowywanie kolejnych elementów modelu Klasyfikacji, stanowiących bazę do podjęcia ewentualnej decyzji o jej wdrożeniu, której nadrzędnym założeniem jest poprawa funkcjonowania systemu opieki pielęgniarskiej, Ministerstwo Zdrowia nadal liczy na aktywną współpracę ze środowiskiem pielęgniarek i położnych w tej sprawie.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Soplński

Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w sprawie wprowadzenia oddzielnych druków deklaracji
wyboru świadczeniodawcy - lekarza podstawowej opieki
zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Projekt ustawy zmieniającej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który zawiera propozycje zmian dotyczące sposobu wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki, został skierowany do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych w dniu 15 maja 2013 roku.

Projekt przewiduje zmianę polegającą na dodaniu do obowiązującej deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej również deklaracji wyboru świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej tak, aby deklaracja nie traciła ważności w przypadku zmiany miejsca pracy przez lekarza, pielęgniarkę czy położną. Jest to ułatwienie pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych, a świadczeniodawcom - zarządzania i rozliczania usług z Narodowym Funduszem Zdrowia w przypadku występujących po stronie świadczeniodawców zmian podmiotowych (np. odejścia lekarza, pielęgniarki czy położnej). Obecnie deklaracja wyboru ma charakter deklaracji imiennej, co powoduje, że w przypadku zmian w tym zakresie zarówno pacjenci jak i świadczeniodawcy mają problemy z uzyskaniem, czy rozliczeniem świadczeń.

Nowelizacja art. 28 i 56 nie wprowadza żadnych zmian, czy ograniczeń w zakresie prawa wyboru przez pacjenta różnych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, czyli np. praktyk zawodowych lekarskich czy pielęgniarskich. W szczególności nowelizacja nie wprowadza obowiązku jednoczesnego wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej u tego samego świadczeniodawcy. Wynika to z dodawanych do art. 28 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustępów Ia i Ib w brzmieniu:

„1a. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wskazuje lekarza, pielęgniarką lub położną podstawowej opieki zdrowotnej.

1b. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru, o którym w ust. 1a, może wskazać lekarza, pielęgniarką lub położną udzielających świadczeń u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami. ”

Pacjent będzie mógł wybrać dowolnego lekarza, pielęgniarkę lub położną składając, tak jak dotychczas, jedną lub kilka deklaracji wyboru - z tą formalną różnicą, że będzie to również wybór świadczeniodawcy, u którego dany lekarz, pielęgniarka lub położna udzielają świadczeń. Tak jak dotychczas, w przypadku zmiany miejsca zatrudnienia przez wybranego przez siebie lekarza, pielęgniarkę czy położną, pacjent będzie mógł wybrać nowego świadczeniodawcę, u którego osoba ta rozpoczęła udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Ponadto projekt przewiduje dodanie w art. 56 ust. 3 do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wzór deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie wzór deklaracji wyboru jest określany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Proponuje się, aby rozporządzenie było wydawane po uprzednim zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przedmiotowy projekt w ramach konsultacji społecznych został przesłany również do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz opublikowany na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Soplński

Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w sprawie podjęcia inicjatywy ustawodawczej dotyczącej
skróconego czasu pracy pielęgniarek pracujących na oddziale
chemioterapii, w związku z narażeniem zawodowym

Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych został uregulowany w dziale III (art. 93-99) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2013 r. poz. 217). Zgodnie z art. 93 czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Wedle nieobowiązującej od 1 lipca 2011 r. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), część pracowników obowiązywała skrócona norma czasu pracy, tj. 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ustawa o działalności leczniczej przewidziała zrównanie czasu pracy ww. grupy pracowników do wymiaru 7 godzin 35 minut normy dobowej i 37 godzin 55 minut normy tygodniowej, w art. 214 wprowadzając jednakże trzyletni okres przejściowy, w którym pracowników tych obowiązują jeszcze skrócona norma czasu pracy.

Zatem do dnia 1 lipca 2014 r. pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej - stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, jak również pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektorów, obowiązywać będzie skrócony dobowy oraz tygodniowy wymiar czasu pracy (który nie może przekroczyć 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym), jeżeli do ich podstawowych obowiązków należą te wskazane w art. 214 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Zrównanie czasu pracy, o którym mowa powyżej, oparte zostało na wnioskach wynikających z analizy stanu obecnego oraz możliwych skutków jego zmiany, popartej opiniami specjalistów oraz przykładem innych krajów UE. Wnioski te wykazały, że skracanie czasu pracy nie jest skuteczną i optymalną metodą zapobiegania negatywnym skutkom wykonywania pracy w szkodliwych warunkach. Uznaje się bowiem, że najbardziej efektywną i zaleconą metodą jest respektowanie przez

pracodawców norm Kodeksu pracy, w szczególności obowiązku przestrzegania przepisów bhp oraz systematycznego monitorowania wszystkich zagrożeń na poszczególnych stanowiskach pracy.

Zatem zrównanie czasu pracy ww. grupy pracowników z czasem pracy obowiązującym pozostałych pracowników, nie będzie miało wpływu na zdrowie tych pierwszych oraz nie spowoduje pogorszenia bezpieczeństwa ich pracy.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi w chwili obecnej żadnych prac legislacyjnych, mających na celu zmianę przedmiotowych regulacji prawnych.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopliński

Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w sprawie wprowadzenia do treści rozporządzeń Ministra
Zdrowia tzw. koszykowych oraz zarządzeń Prezesa NFZ
kryteriów: norm zatrudnienia oraz kwalifikacyjnych
pielęgniarek i położnych, (minimalne kwalifikacje oraz
obligatoryjnie wyższy poziom kwalifikacji) do warunków
kontraktowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w
ramach środków publicznych i zróżnicowania wartości
jednostek rozliczeniowych świadczeń zdrowotnych w
zależności od poziomu kwalifikacji pielęgniarek i położnych

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowanej obowiązany jest do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.). Przy czym należy podkreślić, iż w przypadku pielęgniarek i położnych, w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu, następować będzie z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek i położnych, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r. poz. 217).

Zgodnie z przepisami wskazanej ustawy niniejsze normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwami. Natomiast zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W świetle powyższego każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą finansowaną ze środków publicznych, zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, obowiązany jest do spełnienia warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej określonych w tzw. rozporządzeniach koszykowych.

Kwestia dotycząca zapewnienia właściwej obsady pielęgniarskiej uregulowana jest również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które określa, iż niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców,

określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia Prezesa NFZ). Zapisy szczegółowych materiałów informacyjnych stanowią integralną część zawieranej z NFZ umowy. W materiałach tych w wybranych świadczeniach gwarantowanych zawarte są także warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych, np. w oddziale neonatologicznym (I poziom referencyjny) do zapewnienia całodobowej opieki wskazane jest zapewnienie pielęgniarek lub położnych - równoważnik co najmniej 0,44 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko (stanowisko) noworodkowe; w oddziale udarowym do leczenia udaru mózgu - zapewnienie pielęgniarek - równoważnik co najmniej 1 etatu na jedno łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnik co najmniej 1 etatu na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej - nie mniej niż równoważnik 12 etatów. Kwalifikacje są również określone np. dla pielęgniarek anestezyjologicznych, opieki długoterminowej domowej, jak też pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Należy też nadmienić, iż zasady i tryb postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.) wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 25 i art. 146 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy. Jednocześnie należy wskazać, że Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, co określa art. 134 ww. ustawy.

Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Niedopuszczalne jest stosowanie do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców np. wyłączenie przepisów rozporządzenia z dnia 31 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych

niebędących przedsiębiorstwami (Dz. U. poz. 1545).

Należy jednocześnie podkreślić, iż fakt przystąpienia oferenta (indywidualne praktyki pielęgniarskie) do konkursu ofert nie oznacza, że jego oferta zostanie wybrana bez względu na jej ostateczną ocenę punktową.

Zatem kwestia wprowadzenia jednakowych kryteriów kontraktowania świadczeń zdrowotnych, np. wymóg zapewnienia pielęgniarek lub położnych specjalistek w dziedzinach pielęgniarstwa może spowodować trudności w realizacji niektórych świadczeń gwarantowanych, z uwagi na zróżnicowaną liczbę pielęgniarek i położnych posiadających wymaganą specjalizację w dziedzinach pielęgniarstwa w poszczególnych rejonach kraju. Zmiana innych przepisów np. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922, z późn. zm.), w perspektywie powinna doprowadzić do wyrównania liczby pielęgniarek i położnych specjalistek w dziedzinach pielęgniarstwa w poszczególnych rejonach kraju. Wówczas będzie można wprowadzić zmiany w tzw. rozporządzeniach koszykowych poprzez określenie kryteriów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek i położnych. Wcześniejsze wpisanie tego wymogu, bez zapewnienia wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej i położnych, może spowodować trudności w kontraktowaniu świadczeń gwarantowanych.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopiński

Stanowisko
dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek
i Położnych w sprawie ujednoczenia dokumentacji
pielęgniarki/położniczej we wszystkich podmiotach leczniczych
na terenie całego kraju

Rozporządzenie 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, z późn. zm.) zawiera kompleksowe regulacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Przepisy rozporządzenia obowiązują również pielęgniarki i położne udzielające świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, tak też w ramach praktyk indywidualnych albo grupowych.

Rozporządzenie wskazuje rodzaje dokumentacji oraz zakres informacji i danych, jakie powinna ona zawierać. W tym znaczeniu można uznać, iż jest to dokumentacja jednolita. Natomiast wprowadzanie jednakowych wzorów poszczególnych rodzajów druków, wiążących dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń pielęgniarskich, nie wydaje się celowe, w szczególności z uwagi na coraz szersze zastosowanie postaci elektronicznej dokumentacji medycznej. Wyjątek stanowi karta obserwacji przebiegu porodu, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Wprowadzenie wzorów dokumentacji medycznej w całym zakresie wymaga zmiany brzmienia delegacji ustawowej, na podstawie której wydawane jest rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Dokumentacja pielęgniarska winna spełniać wymogi ww. rozporządzenia, szczegółowo odzwierciedlać wykonane świadczenia i czynności pielęgniarskie oraz sytuację pacjenta w kontekście oddziaływania pielęgniarskiego na jego stan zdrowia i funkcjonowania oraz być komplementarna do pozostałej dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej prowadzonej w podmiocie leczniczym.

Należy podkreślić, że odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym, w tym za rodzaj, zakres i sposób przetwarzania prowadzonej dokumentacji medycznej ponosi jego kierownik, który może wprowadzić, wypracowane przez pielęgniarską kadrę kierowniczą wspólnie z pielęgniarkami podmiotu leczniczego, wzory formularzy i zasady ich wypełniania.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopiński

Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w sprawie poprawy finansowania świadczeń pielęgniarstwa
opieki długoterminowej domowej

Zasady realizacji świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.) oraz zarządzeniu Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmienionego zarządzeniem Nr 20/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 78/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2012 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej finansuje świadczenia zdrowotne, które pielęgniarka realizuje w sposób kompleksowy, zgodnie z ustalonym przez siebie planem opieki, w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne. Jednostką rozliczeniową w finansowaniu świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej jest osobodzień. Kontraktowanie w/w świadczeń odbywa się w trybie konkursu ofert lub rokowań. Cena jednostki rozliczeniowej jest przedmiotem oferty składanej przez świadczeniodawcę i podlega procedurze negocjacji w procesie kontraktowania, zgodnie z przepisami art. 142 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Odnosząc się do kwestii zwiększenia stawki za osobodzień w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, że należy złożyć wniosek sporządzony zgodnie z Procedurą zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów, która dostępna jest na stronie internetowej NFZ, w zakładce „Komunikaty” z dnia 8 września 2011 r.

Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że świadczeniodawcy realizujący świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej w Polsce, składają oferty w konkursach ofert, proponując stawki niższe, niż oczekiwane przez Oddziały Wojewódzkie NFZ. Średnia cena za osobodzień w 2012 r. wynosiła 26 zł, a w br. wynosi 25 zł. Oznacza to, że koszty realizacji przedmiotowych świadczeń u różnych świadczeniodawców, są na zbliżonym poziomie.

W odniesieniu do propozycji preferowania w zasadach kontraktowania świadczeń przyznawania dodatkowych punktów w procesie oceny ofert, podmiotów z doświadczeniem w udzielaniu świadczeń określonego zakresu, Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że powyższa kwestia jest sprzeczna z przepisami art. 134 ust. 1 ustawy, albowiem zgodnie z jego treścią „Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji”.

W zakresie spełniania przez świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy wymagań koniecznych do zawarcia umowy i realizacji świadczeń będących jej przedmiotem, świadczeniodawca obowiązany jest spełniać je już w dniu złożenia oferty.

Co do sugestii bezlimitowego kontraktowania świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej (obejmowanie chorych opieką bez okresu oczekiwania), proponowane rozwiązanie nie jest możliwe do przyjęcia przez Fundusz, ani w ocenie obowiązujących przepisów prawa - świadczenia opieki długoterminowej, bez względu na ich formę, podlegają systemowi kolejek oczekujących, ani w ocenie możliwości ekonomicznych płatnika.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopiński

Stanowisko
dotyczące Stanowisk Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w sprawie poprawy finansowania świadczeń udzielanych przez
pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania

W aktualnym stanie prawnym warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do ustawy:

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 139, poz. 1139, z późn. zm.) - określające rodzaj i zakres świadczeń profilaktycznych wykonywanych u dzieci i młodzieży,
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133) - określające organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia, zwanymi „uczniami”.

Zgodnie z przepisami, profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami sprawują: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (na podstawie deklaracji wyboru złożonej przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka), lekarz dentysta oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentysta sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w zlokalizowanym w szkole gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Narodowy Fundusz Zdrowia wskazuje, że postulaty o podwyższenie stawek kapitałowych w finansowaniu świadczeń pielęgniarki szkolnej, są tożsame z postulatami zgłoszonymi przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych w okresie konsultacji projektu zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna na rok 2013 i lata następne. Postulaty te, z uwagi na sytuację finansową Funduszu, nie mogły zostać rozpatrzone pozytywnie i w bieżącym roku decyzja w ich sprawie nie ulegnie zmianie. Ponadto, Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że stanowiska w przedmiotowej sprawie zostały przez Fundusz przyjęte do wiadomości i w miarę posiadanych możliwości finansowych, zostaną wzięte pod uwagę przy określaniu warunków

finansowania świadczeń na 2014 rok.

Natomiast w kwestii wniosku o dodatkowe, poza stawką kapitacyjną finansowanie w świadczeniach pielęgniarki szkolnej, „niektórych świadczeń np. programów profilaktycznych”, Narodowy Fundusz Zdrowia podkreślił, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, nie przewidują możliwości realizacji przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania programów profilaktycznych finansowanych poza stawką kapitacyjną tym samym nie jest możliwe dodatkowe, poza stawką kapitacyjną finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Aleksander Sopliński

Stanowisko
dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w
sprawie prawa pielęgniarek i położnych do urlopu na
poratowanie zdrowia

Urlop dla poratowania zdrowia jest to szczególne uprawnienie, przysługujące tylko niektórym grupom zawodowym z uwagi na szczególny rodzaj i warunki wykonywanej przez nich pracy np. nauczycielom.

W odniesieniu do nauczycieli podstawą prawną udzielenia im takiego urlopu jest art. 73 ust. 11 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia a dnia 27 października 2005 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. Nr 233, poz. 1991).

Należy zauważyć, iż w kontekście m.in. wysokich kosztów związanych z udzielaniem urlopów dla poratowania zdrowia nauczycielom, w Ministerstwie Edukacji Narodowej podjęto prace nad projektem założeń do ustawy o zmianie ustawy Karta Nauczyciela oraz niektórych innych ustaw regulujących w odmienny sposób powyższe kwestie.

W ramach nowelizacji ww. ustawy planuje się doprecyzowanie zasad, trybu i kryteriów udzielania urlopu nauczycielowi. Proponowane zmiany określają m.in., iż urlop dla poratowania zdrowia będzie udzielany nauczycielowi w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia choroby zagrażającej wystąpieniem choroby zawodowej lub innej choroby spowodowanej działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Planuje się także zmiany w zakresie wymiaru urlopu poprzez proporcjonalne jego obniżenie, stosownie do okresu przepracowanego w danym roku.

W związku z brakiem udokumentowanych danych o wpływie wykorzystywanych urlopów na obniżenie absencji chorobowej oraz na poprawę stanu zdrowia i podtrzymanie aktywności zawodowej nauczycieli, wydaje się, że idea udzielania im nauczycielom nie sprawdziła się w dotychczasowym kształcie. Dlatego też, w opinii Pani dr Ewy Wągrowskiej - Koski, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny pracy, wprowadzenie przedmiotowego urlopu dla innych grup zawodowych, w tym pielęgniarek i położnych, wydaje się wątpliwe i mogące budzić kontrowersje, również ze względu na wysokie koszty dla budżetu państwa będące efektem wprowadzenia takiego przywileju.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopiński

Stanowisko
dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w sprawie zmiany zapisów w ustawie emerytalnej w kierunku
obniżenia wieku emerytalnego dla kobiet do 60 lat oraz
niezrównywania wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn

Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do ingerowania w przepisy dotyczące emerytur, ponieważ ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227) należy do właściwości Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

Dlatego też kwestie dotyczące wieku emerytalnego pielęgniarek i położnych były konsultowane z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wskazało, iż jedną z generalnych zasad przeprowadzonej trzynaście lat temu reformy systemu emerytalnego, było wprowadzenie ujednoczonego, powszechnego wieku emerytalnego, wynoszącego 60 lat w przypadku kobiet oraz 65 lat w przypadku mężczyzn. Wprowadzenie tej zasady było konieczne przede wszystkim ze względu na zmieniające się warunki demograficzne. Wdrożenie jednolitego wieku emerytalnego wymagało uchylecia przepisów dających możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę m. in. z tytułu pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Tylko dla osób pracujących w ekstremalnych warunkach, na mocy ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm.), utworzono odrębny, przejściowy system emerytur pomostowych.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wskazało, iż w okresie minionego trzynastolecia trendy demograficzne, niestety nie uległy zmianie. Także obecnie systematycznie maleje liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym.

Od roku 1990 liczba ta zmalała o ok. 4,1 mln. Do 2035 r. prognozuje się dalszy spadek o ponad 1,6 mln. Równocześnie stale rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym. W chwili obecnej jest to blisko 6,3 mln osób, jednakże w następnych latach nastąpi jej znaczny przyrost, jak się przewiduje, o ponad 3,3 mln osób do 2035 roku. Liczba osób w wieku produkcyjnym - a więc tych, które mogą sfinansować świadczenia emerytalne - na przestrzeni ostatnich kilku lat ustabilizowała się na poziomie ok. 24,5 mln osób. Ta sytuacja ulegnie jednak dalszemu pogorszeniu.

W świetle powyższego, w opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, konieczne były dalsze decyzje dotyczące wieku emerytalnego. I tak zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 maja 2012r. o zmianie ustawy

o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012r. poz. 637), od dnia 1 stycznia 2013r. wiek emerytalny jest stopniowo podwyższany docelowo do 67 lat. Poziom 67 lat zostanie osiągnięty w przypadku mężczyzn w 2020 r., a w przypadku kobiet w 2040 roku. Nowe regulacje obejmują kobiety urodzone po 31 grudnia 1952 r. oraz mężczyzn urodzonych po 31 grudnia 1947 r.

Podwyższenie i zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn nastąpi we wszystkich systemach emerytalnych, w których obecnie prawo do przejścia na emeryturę lub w stan spoczynku przysługuje po osiągnięciu wieku 60 lat przez kobietę i 65 lat przez mężczyznę. Tak więc głównym wyzwaniem dla Polski w najbliższych latach będzie zwiększenie liczby osób aktywnych zawodowo i podejmujących zatrudnienie, co jest kluczowe dla rozwoju gospodarczego i zwiększenia innowacyjności polskiej gospodarki. Najważniejszym efektem podniesienia wieku emerytalnego przewidzianego w ustawie z dnia 11 maja 2012r. z punktu widzenia rozwoju gospodarczego - będzie powstrzymanie spadku zatrudnienia, a w konsekwencji utrzymanie wzrostu PKB oraz wpływów podatkowych do przedsiębiorstw, które nie będą zmuszone do likwidacji miejsc pracy w nadchodzącym okresie ograniczenia podaży pracy.

Równocześnie w opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, ujednoczenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat, w związku z przyjętą przez Sejm w dniu 11 maja 2012r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, nie naruszy uprawnień do emerytury pomostowej.

Na podstawie przepisów tej ustawy pielęgniarzki i położne mogą ubiegać się o prawo do emerytury pomostowej już w wieku 55 lat, jeżeli wykonują pracę o szczególnym charakterze wymienioną w art. 3 ust. 3 do ustawy o emeryturach pomostowych i w zał. nr 2 do tej ustawy oraz spełniają pozostałe kryteria ustawowe, od których zależy ustalenie prawa do emerytury pomostowej.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopiński

Stanowisko
dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w
sprawie określenia warunków tworzenia kierowniczych
stanowisk pielęgniarskich i położniczych

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013 r. poz. 217) w art. 49 wskazuje, iż w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowiska: kierownika; zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem; ordynatora; naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek; pielęgniarki oddziałowej.

Na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 49 ust. 8 ww. ustawy, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 182).

Natomiast w Taryfikatorze kwalifikacyjnym, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896), szczegółowo określono kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Otóż, przepis art. 49 ww. ustawy odnosi się tylko do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami i reguluje sposób obsady stanowisk w drodze konkursu, enumeratywnie wymienionych w ust. 1 tego przepisu. Zgodnie z art. 49 ust. 2 ww. ustawy konkurs na stanowisko kierownika oraz zastępcy kierownika podmiotu ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska - kierownik. Z unormowań zawartych w powyższym przepisie wynika, że podmiotom odpowiedzialnym za dokonanie obsady stanowisk wskazanych w art. 49 ust. 1 ww. ustawy nie pozostawiono swobody w wyborze osoby, i tym samym zatrudnienia tych osób bez przeprowadzenia konkursu.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na treść art. 42 ust. 1 ww. ustawy, który przewiduje, iż ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie, określa statut. W związku z tym, określenie rodzajów poszczególnych stanowisk, o których mowa w art. 49 ust. 1 ww. ustawy może być również przedmiotem regulacji statutowej.

Niemniej jednak, statut podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie może odmiennie regulować spraw odrębnie unormowanych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Samodzielność aktu wewnętrznego w zakresie kształtowania ustroju i struktury organizacyjnej danego podmiotu obejmuje zatem wyłącznie sprawy

nieuregulowane w ustawie. Natomiast ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jak i ww. rozporządzenie przewidują określone elementy ustroju działania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w tym w szczególności obsadę stanowiska naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek, precyzując dodatkowo warunki, jakie muszą spełniać osoby zatrudnione na tych stanowiskach.

Orzecznictwo sądów administracyjnych wskazuje, że stanowisko naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą jest obligatoryjne. Zgodnie z wyrokiem WSA w Gliwicach z dnia 15 października 2010 r. (sygn.: IV Sa/GI 519/10) powoływanie osób na stanowiska naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarki, o których mowa w art. 44a ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie w art. 49 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), wymaga przeprowadzenia konkursu. W związku z tym, jeżeli w akcie wewnętrznym danego podmiotu) usunięto te stanowiska lub wprowadzono na ich miejsce inne stanowiska, dla obsadzenia których konkurs nie jest wymagany, to stanowi to „obejście” prawa. W ocenie sądu nie jest możliwe odejście od stanowisk określonych w ustawie i wprowadzenia stanowisk, które są sprecyzowane i wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami. Ponadto Wojewódzki Sąd Administracyjny w sentencji wyroku przyjął tezę, iż: „możliwe jest wprowadzenie stanowisk przewidzianych w statucie szpitala, ale tylko i wyłącznie obok tych, które wymagane są przez ustawę”. Podobne stanowiska zostały przedstawione w innych wyrokach sądów administracyjnych (zobacz: wyrok WSA z dnia 18 stycznia 2011 r. sygn.: III SA/Kr 571/10, wyrok WSA z dnia 13 października 2009 r. sygn.: III SA.KR 265/09).

Należy zaznaczyć, że przepis art. 49 ust. 1 ww. ustawy nie określa stanowiska sensu stricto nazwanego jako: dyrektor ds. pielęgniarstwa, co nie oznacza, że kierownik danego podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami tego podmiotu, nie może utworzyć takiego stanowiska pracy. Istotne jest jednak to, że kierownik nie może np. poprzez zmianę statutu wprowadzić zmiany organizacyjnej, która powodowałaby zastąpienie stanowisk wybieranych w trybie konkursowym, wskazanym w art. 49 ust. 1 ww. ustawy przez inne stanowiska, którym odpowiadałyby te same obowiązki i uprawnienia (np. zastąpienie stanowiska naczelnego pielęgniarki, stanowiskiem dyrektora ds. pielęgniarstwa).

W doktrynie podkreśla się, że „że wszelkie działania mające na celu nieobsadzanie stanowisk wymienionych z nazwy w art. 49 ust. 1 ww. ustawy i zamieszczonych w regulaminie organizacyjnym, a w ich miejsce

tworzenie - w zakresie merytorycznym tożsamym z tymi stanowiskami - inaczej nazwanych komórek organizacyjnych i innych stanowisk, będą stanowić próbę obejścia przepisów ww. ustawy”.

Natomiast, NSA w wyroku z dnia 27 sierpnia 2008r. (sygn. II OSK 666/08) stwierdził, że: „Skoro art. 44 ust. 1 ustawy wymaga, by stanowisko naczelnej pielęgniarki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (poza wyjątkiem wskazanym w tym przepisie) obsadzane było w wyniku konkursu, a osoba ta powinna legitymować się określonym w Taryfikatorze kwalifikacyjnym wykształceniem i stażem pracy, to wykreślenie ze statutu tego stanowiska i zastąpienie go innym, nieprzewidzianym w przepisach, któremu miałyby być przypisane te same obowiązki i uprawnienia, jakie miała osoba zatrudniona na stanowisku naczelnej pielęgniarki w oczywisty sposób narusza obowiązujące przepisy i wykracza poza zakres spraw, które mogą być uregulowane w statucie (...)”.

Powyższy wyrok NSA, choć odnosił się do kwestii dotyczącej stanowisk konkursowych w okresie obowiązywania ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), to dotyczy w tym samym zakresie uregulowań, o których mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że statut podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie może określać poszczególnych stanowisk wybieranych w trybie konkursowym w sposób inny niż jest to uregulowane w art. 49 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej, gdyż nie może odmiennie regulować spraw unormowanych ww. ustawie. Swoboda podmiotów w zakresie kształtowania ustroju i struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może obejmować wyłącznie sprawy nieuregulowane w ustawie, które również nie mogą być z tą ustawą sprzeczne.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński



OPINIE I STANOWISKA

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie wykonywania przez pielęgniarkę wodnej kąpeli kończyn dolnych i górnych w wirówce, jacuzzi, kąpeli solankowych, kąpeli perełkowych w Ośrodkach Rehabilitacyjno-Wypoczynkowych

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Świadczenia wykonywane w Ośrodkach Rehabilitacyjno-Wypoczynkowych tj. wodna kąpiel w wirówce kończyn dolnych i górnych, jacuzzi, kąpiele solankowe, kąpiele perełkowe nie są świadczeniami wykonywanymi przez pielęgniarkę. Wymienione świadczenia wchodzą w zakres uprawnień fizjoterapeuty. Pielęgniarka bez względu na rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego nie uzyskuje uprawnień do wykonywania wymienionych świadczeń zdrowotnych. Rodzaj wykonywanych przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych powinien być zgodny z jej kwalifikacjami i określony w opisie stanowiska pracy. Pielęgniarka potwierdza własnym podpisem akceptację wskazanych świadczeń zdrowotnych. w opisie zajmowanego stanowiska pracy. W przypadku zlecenia przez lekarza wykonania świadczeń, do których pielęgniarka nie jest uprawniona może odmówić na piśmie ich wykonanie podając przyczynę odmowy. Kwestie te reguluje w/w ustawa, a w szczególności poniższe artykuły:

- art. 11.1. Pielęgniarka wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.
- art. 12.2. Pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej.

Kraków, dnia 02.11. 2012 r.
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie

Pani
Jolanta Skolimowska
Zastępca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Dyrektor,

W odpowiedzi na pismo z dnia 11.10.2012 roku (MZ-PP-875-8306-2/BW/12) w sprawie opinii na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej, w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi (ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz.1039 oraz rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego – Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego i badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Przytoczonych regulacji prawnych wynika, że wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę/położną w ramach świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego. Zasadność wprowadzenia takiego uregulowania wynikała z braku przygotowania pielęgniarek/położnych do realizacji tych świadczeń w ramach kształcenia zawodowego.

Transformacja kształcenia pielęgniarek/położnych, a z nią związane zmiany w standardach kształcenia na tych kierunkach studiów umożliwiły wprowadzenie zajęć przygotowujących absolwentów do badania fizykalnego.

Od roku akademickiego 2007/2008 na kierunkach studiów pielęgniarstwo i położnictwo – studia I stopnia, uczelnie są zobowiązane do realizacji 45 godzin zajęć dydaktycznych z przedmiotu Badanie fizykalne.

Treści przedmiotu na kierunku pielęgniarstwo obejmują: badanie przedmiotowe i podmiotowe niemowląt i dzieci oraz osób dorosłych - stanu psychicznego, stanu ogólnego, skóry, oczu, uszu, jamy ustnej, gardła, szyi, klatki piersiowej, płuc, gruczołów piersiowych, układu sercowo-naczyniowego, brzucha, męskich narządów płciowych, żeńskich narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego oraz układu nerwowego. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent studiów pielęgniarstwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie: rozumienia i rozpoznawania odrębności w badaniu dziecka i niemowlęcia; wykorzystywania metod i technik w badaniu przedmiotowym i podmiotowym; przeprowadzenia wywiadu; interpretowania dostępnych wyników w badaniu fizykalnym; wykorzystywania wyników do rozpoznawania problemów zdrowotnych; dokumentowania przeprowadzonego badania.

Treści kształcenia na kierunku położnictwo z przedmiotu badanie fizykalne obejmują: badanie przedmiotowe noworodków, niemowląt oraz osób dorosłych - stan psychiczny, stan ogólny, skóra, oczy, uszy, jama ustna, gardło, szyja, klatka piersiowa, płuca, gruczoły piersiowe, układ sercowo-naczyniowy, brzuch, męskie narządy płciowe, żeńskie narządy płciowe, obwodowy układ krążenia, układ mięśniowo-szkieletowy, układ nerwowy. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent położnictwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie: przeprowadzenia badania fizykalnego u pacjenta - noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej - zgodnie z obowiązującymi zasadami; interpretowania uzyskanych wyników badań.

Zarówno treści jak i efekty kształcenia na studiach I stopnia – kierunek pielęgniarstwo i położnictwo zostały określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki – Dz. 2007, U. 2007,164,1166.

W związku z wprowadzeniem Krajowych Ram Kwalifikacji od roku akademickiego 2012/2013 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo realizowany jest program zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku (Dz. U. z dnia 5.06.2012 r, poz. 631). Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarstwiej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarstwiej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarstwiej i jej dokumentowania; rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym; wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo –szkieletowego i układu nerwowego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta; wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczy pacjentów samobadania piersi.

Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku położnictwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki położniczej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego przy dokonywaniu oceny stanu zdrowia podopiecznej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie fizykalne, rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senu; rozpoznaje proces chorobowy i nieprawidłowości w budowie morfologicznej i anatomicznej w trakcie badania fizykalnego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i wykorzystuje do oceny stanu zdrowia noworodka , kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senu; stosuje odpowiednie metody i techniki badania fizykalnego w zależności od stanu podopiecznej oraz różnic kulturowych i religijnych.

Z przedstawionej analizy wynika, że absolwenci kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, którzy ukończyli studia I stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe. Zakres tych świadczeń powinien być uwzględniony z przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia nowej wersji rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Specjalistyczne świadczenia diagnostyczne powinny być realizowane przez pielęgniarki/położne po ukończeniu kształcenia podyplomowego. Ich rodzaj i zakres wymaga analizy i uwzględnienia w nowych programach kształcenia podyplomowego.

**Opinia Krajowego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa
w sprawie podawania przez pielęgniarki środków
kontrastowych oraz wymaganych kwalifikacji pielęgniarek
w tym zakresie**

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Podawanie kontrastu choremu w trakcie badań diagnostycznych zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2011 r., Nr 51, poz. 265), z którego wynika, że lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji może zlecić innym lekarzom, radiofarmaceutom, technikom elektroradiologii lub pielęgniarkom wykonywanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radiofarmaceutyczne. Lekarze ci sprawują nadzór nad wykonywaniem zleconych czynności. Natomiast minimalne wymagania dla jednostki ochrony zdrowia udzielającej świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nowotworowych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku (Dz. U. z 2011 r. Nr 48, poz. 253). Z § 8 i 9 przywołanego rozporządzenia wynika, że w jeżeli procedury tego wymagają, w jednostkach ochrony zdrowia, w pracowniach rentgenowskich zatrudnia się pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także obsługi strzykawki automatycznej. W jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnia się podczas trwania procedury, opiekę anestezjologiczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny. W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276).

Z przytoczonych aktów prawnych wynika, że pielęgniarka zatrudniona w Pracowni Tomografii Komputerowej wykonuje zlecenia lekarskie w zakresie podawania środków kontrastowych w strzykawce automatycznej pod nadzorem lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje. Pielęgniarka nie posiada uprawnień do podawania leków,

środków kontrastowych bezpośrednio dożylnie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540). W przypadku procedur radiologii zabiegowej pielęgniarka powinna posiadać ukończone kształcenie podyplomowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku.

Kraków, listopad 2012 r.
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę leków odczulających w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej

Leczenie odczulające wykonuje się preparatami do alergicznej immunoterapii swoistej, które są lekami silnie działającym, bowiem istnieje możliwość występowania po ich podaniu powikłań takich jak wstrząs anafilaktyczny i zgon. Wskazaniem do ich podawania są wybrane choroby alergiczne.

Do podawania alergicznej immunoterapii swoistej uprawnieni są lekarze z kwalifikacjami w dziedzinie alergologii, wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu tego typu leczenia. Przy podawaniu leków obowiązuje zasada przestrzegania zaleceń producenta, zasad kwalifikacji do leczenia, wyboru preparatu i monitorowania leczenia. Biorąc pod uwagę zagrożenia związane z leczeniem Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Alergologicznego opracował szczegółowe warunki prowadzenia alergicznej immunoterapii swoistej, które zostały zamieszczone w części I Standardów w Alergologii.

Zgodnie z zasadami kontraktowania świadczeń zdrowotnych podawanie alergicznej immunoterapii wchodzi w zakres badania lekarskiego i należy do uprawnień lekarza.

Pielęgniarka bez względu na poziom i rodzaj ukończonego kształcenia nie jest uprawniona do podawania wyżej wymienionych leków.

Przedstawione stanowisko jest zgodne ze stanowiskiem konsultanta krajowego oraz województwa małopolskiego w dziedzinie alergologii.

Kraków, luty 2013 r.
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez położną w oddziałach szpitalnych

Zgodnie z art. 52 i 53 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa, a położna po ukończeniu szkoły położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1034). Z zapisu tego wynika, że zawodów pielęgniarki i zawód położnej są zawodami odrębnymi, a uprawnienia mieszczą się w obrębie danej grupy zawodowej.

Przywołany akt prawny reguluje również zasady wykonywania zawodu pielęgniarki, który został określony w art. 4.1 i położnej w art. 5.1.

Zgodnie z zapisem ustawy położna udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. rozpoznawania ciąży, sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także przeprowadzania badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej,
2. kierowania na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka,
3. prowadzenia porodu fizjologicznego oraz monitorowania płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej,
4. przyjmowania porodu siłami natury wraz z nacięciem i szyciem naciętego krocza,
5. podejmowania koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym przyjęcia porodu z położenia miednicowego oraz ręcznego wydobycia łożyska,
6. sprawowania opieki nad matką i monitorowania przebiegu okresu poporodowego,
7. badania noworodków i opieki nad nimi oraz podejmowania w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji,
8. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
9. samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
10. profilaktyki chorób kobiecych i patologii położniczych,
11. rozpoznawania u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza,
12. sprawowania opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą,
13. prowadzenia działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie: przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa; przygotowania do rodzicielstwa

oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Rodzaj i zakres świadczeń wykonywanych samodzielnie przez położną (wskazanych w pkt. 9) reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku (Dz.U.Nr 210, poz. 1540).

W rozporządzeniu został wskazany rodzaj świadczeń, które może wykonać samodzielnie położna, która ukończyła szkołę położnych lub odpowiedni rodzaj kształcenia zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U.Nr 197, poz. 1922).

Podsumowując należy stwierdzić, że osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu położnej nie może być zatrudniana na stanowisku pielęgniarki. Miejscem pracy położnej są oddziały szpitalne (oddział położniczy, ginekologiczny i noworodkowy) zgodnie z zakresem świadczeń zdrowotnych przypisanych położnej w wymienionych powyżej regulacjach prawnych.

Skutki prawne zarówno wykonywania świadczeń zdrowotnych bez wymaganego prawa wykonywania zawodu określonego w art. 4 ust.1 pkt 1-6 (odniesieniu do zawodu pielęgniarki) lub art. 5 ust.1 pkt 1-9, 11-12 (w odniesieniu do zawodu położnej) jak i zatrudnianie do udzielania świadczeń zdrowotnych osoby nieposiadającej prawa wykonywania zawodu wymaganego do udzielania tych świadczeń reguluje odpowiednio art. 84 i art. 86 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Kraków, dnia 21.06.2012 rok
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie przekazywania raportów pielęgniarских w formie ustnej

W aktualnie obowiązującym systemie prawnym brak przepisów regulujących formę, w jakiej mogą być przekazywane raporty pielęgniarские. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) nie uwzględnia formy ustnej raportów pielęgniarских jedynie odnosi się do księgi raportów pielęgniarских. Zawartość księgi raportów pielęgniarских została określona w § 31 przywołanego rozporządzenia.

Przepisy prawne nie zabraniają wprowadzenia drogą decyzji pracodawcy obowiązku jedynie pisemnego przekazywania raportu pielęgniarского. Nie bez znaczenia jednak dla oceny zasadności wprowadzenia jedynie pisemnego przekazywania raportów pielęgniarских jest niezmiennie stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (nr 43 z dnia 16 czerwca 2010 roku w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarских w formie ustnej i pisemnej), zgodnie z którym istnieje bezwzględna konieczność przekazywania raportów pielęgniarских w formie pisemnej i ustnej. Podobną opinię prezentuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stwierdzając, iż forma pisemna nie może zastąpić ustnego przekazywania raportu, gdyż zmiana rozpoczynająca dyżur musiałaby mieć min. 1 godzinę na szczegółowe przeczytanie wszystkich zapisów w poszczególnych drukach dokumentacji medycznej, bez świadczenia w tym czasie usług zdrowotnych, co stanowiło by zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów (stanowisko PTP w sprawie czasu pracy przeznaczonego na raport pielęgniarский z dnia 17 marca 2010 roku).

Osobiście przychylam się do stanowisk NRPIP oraz PTP w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarских w formie pisemnej i ustnej. W mojej opinii przekazywanie raportów pielęgniarских tylko w formie pisemnej jest niewystarczające. Przekazywanie raportów pielęgniarских w formie pisemnej i ustnej ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz dbania o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie w podmiotach leczniczych zakazu przekazywania raportów pielęgniarских w formie ustnej uważam za niedopuszczalne, bowiem stanowi bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa opieki. Ponadto podmiot leczniczy zgodnie z Kodeksem pracy jest zobowiązany do

stworzenia bezpiecznych warunków pracy pracownikom, a jako świadczeniodawca – do bezwzględnego wywiązywania się z podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców.

Kraków, listopad 2012 r.
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie pobierania i oznaczenia przez pielęgniarkę badań laboratoryjnych w oddziałach szpitalnych

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecania lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Samodzielne wykonywanie przez pielęgniarkę badań diagnostycznych zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540). § 1 pkt 2 lit. c-h przywołanego rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona jest do wykonywania samodzielnego bez zlecenia lekarskiego czynności wskazanych w cytowanym wyżej rozporządzeniu. Należą do nich:

- kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiału do badań diagnostycznych pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- kierowanie na badania lub pobieranie materiału do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocinę, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny) pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
- oznaczenia glikemii za pomocą gleukometru,
- wykonywania pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnografii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Załącznik nr 1 do przywołanego rozporządzenia wskazuje, że pielęgniarka jest uprawniona do samodzielnego pobierania krwi, ale nie jest uprawniona do samodzielnego wykonania badania krwi i materiałów oraz autoryzacji wyników badań. Zgodnie z art. 2 pkt 4 i art. 6 i 6a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U.Nr 144, poz. 1529 z późniejszymi zmianami) do wykonania badania uprawniony jest wyłącznie diagnosta laboratoryjny lub lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie przydatnej w diagnostyce, licencjat analityki medycznej oraz osoba posiadająca studia wymienione w art. 7 ust 1 pkt 2 ustawy i mając prawo do podjęcia kształcenia podyplomowego. Autoryzację wyniku badań może przeprowadzić tylko i wyłącznie diagnosta lub lekarz z odpowiednią specjalizacją. Pobrany przez pielęgniarkę materiał do badań powinien być przekazany do badań diagnostycznych. Wykonywanie przez pielęgniarkę badań między innymi tj. oznaczenie równowagi kwasowo-zasadowej,

elektrolitów jonogram w oddziałach szpitalnych stanowi naruszenie art. 6 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, który wskazuje, że czynności diagnostyki laboratoryjnej muszą być wykonywane w laboratorium.

Kraków, 14.11.2012 r.

dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

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. Przedstawicieli kierujących jednostkami i komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym.
2. Przedstawicieli 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 pielęgniarstkich 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 pielęgniarstkich 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 organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne należy opiniować 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 uzasadnionych 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,
- d) 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):

- e) w przypadku I kategorii - 72 minuty na dobę na położnicę i noworodka,
- f) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na położnicę i noworodka,
- g) 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; 14,03.2013r.

Dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę szczepionek dla dzieci, z którymi do punktu szczepień zgłaszają się rodzice

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne finansowane są ze środków publicznych, a realizowane przez świadczeniodawcę, z którym NFZ zawarł stosowne umowy. Natomiast w przypadku osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, koszty szczepień są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Same szczepionki, służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, zakupuje Minister Zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Ustawa nie wyklucza jednak podania szczepionki uzyskanej poza tym trybem. Zgodnie bowiem z ust. 9 powołanego artykułu, osoba może się poddać obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu z zastosowaniem szczepionki innej niż nabyta przez Ministra Zdrowia. Jednak w takim wypadku ponosi koszt jej zakupu. Pielęgniarka może zatem wykorzystać inną szczepionkę niż dystrybuowaną przez Ministra Zdrowia. Dostarczony produkt leczniczy (np. przyniesiony przez rodziców) musi być jednak dopuszczony do obrotu na terenie Polski oraz odpowiadać merytorycznym wymogom danego szczepienia, wytyczonym wspomnianym komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego. Pielęgniarka powinni również zachować warunki stosowania szczepionki określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego tego preparatu. W zasadzie w takich okolicznościach pielęgniarka nie powinna odpowiadać za ewentualne niekorzystne następstwa użycia takiego produktu. W praktyce należy jednak zachować dodatkowe środki ostrożności. Przepisy określają bowiem odpowiednie standardy przechowywania i dystrybucji szczepionek (np. z art. 18 ust. 8 ustawy wynika, iż szczepionki zakupione przez Ministra Zdrowia są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w przepisach prawa farmaceutycznego). Wymogi te mają zapewnić trwałość i skuteczność danej szczepionki. W przypadku produktu leczniczego dostarczonego przez samego zainteresowanego może wystąpić ryzyko niezachowania tych zasad. Pielęgniarka powinna więc uprzedzić rodziców lub opiekuna prawnego o zaistnieniu zagrożenia i uzyskać od nich informację na temat przechowywania czy dystrybucji danej szczepionki (tzn. odebrać odpowiednie oświadczenie na piśmie o ww. okolicznościach- formularz zgody i odmowy zgody na szczepienie oraz formularz dotyczący wykorzystania szczepionki dostarczonej przez pacjenta). Jeśli istnieją w tym zakresie uzasadnione wątpliwości (np. pacjent nie wie, nie jest pewien lub rażąco naruszył wymagane

warunki), pożądana jest odmowa pielęgniarki użycia dostarczonego produktu. Na mocy bowiem art. 11 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka wykonuje swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowania praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto art. 12 ustawy stanowi, że pielęgniarka może odmówić wykonanie zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji, podając przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej. W przypadku odmowy pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. W sytuacji więc, gdy pielęgniarka ma uzasadnione wątpliwości co do jakości szczepionki transportowanej i/lub przechowywanej w niewłaściwych warunkach, powinna odmówić jej wykorzystania i zasugerować produkt, który wątpliwości tych nie stwarza (dotyczy to także przypadków, gdy szczepionka przechowywana w lodówce pacjenta uległa zamrożeniu, np. w wyniku umieszczenia jej w zamrażalniku lub w bezpośrednim kontakcie z oblodzoną ścianą lodówki).

Odebranie wspomnianego powyżej oświadczenia jest wskazane, gdyż wykonanie szczepienia wymaga odpowiedniego udokumentowania. Na mocy bowiem art. 17 ust. 8 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne zostały zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, w tym przechowywania karty uodpornienia oraz dokonywania wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia. Rozwinięcie tej powinności następuje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086,).

Zgodnie z jego § 9, ust. 1, informacje na temat szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane:

- w karcie uodpornienia, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- w książeczce szczepień, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, stanowiącej odrębną część włączoną do książeczki zdrowia.

W obu tych dokumentach należy odnotować informacje na temat nazwy użytej szczepionki, numeru jej serii oraz daty szczepienia. Dane te

zamieszcza się w odpowiednich rubrykach na formularzu, odnośnie do poszczególnych rodzajów szczepień. Kartę uodpornienia przechowuje – jak wspomniano – osoba przeprowadzająca szczepienie ochronne. Natomiast książeczkę szczepień założoną dla dziecka przekazuje się za pokwitowaniem jego przedstawicielowi ustawowemu (osobie sprawującej prawną pieczę nad dzieckiem) lub opiekunowi faktycznemu.

Kraków 08.04.2013 r.
Dr hab. Maria Kózka

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki do uzupełniania druku skierowania lekarskiego na badania diagnostyczne lub konsultacje o dane pacjenta albo druku obejmującego zlecenia lekarskie, które następnie podpisuje lekarz oraz kompetencji pielęgn

Zasady prowadzenia przez lekarza i pielęgniarkę dokumentacji medycznej reguluje kilka aktów prawnych między innymi: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 roku z późn. zm. (Dz. U. z 2011 Nr 277, poz.1634), ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2012 roku (Dz. U. z 2011 Nr 174, poz.1039), ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz. U. z 2009 Nr 52, poz. 417) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2010 r. z późn.zm. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2010 Nr 252, poz.1697).

Art. 41.1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art.18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na lekarza i pielęgniarkę obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej określają zasady jej prowadzenia. § 18 pkt 4 wspomnianego rozporządzenia określa, że wpisu w karcie zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, natomiast wpisu o wykonaniu zlecenia dokonuje osoba wykonująca zlecenie (np. pielęgniarka, położna). Punkty 3 i 6 § 18 określają, że wpisy w karcie obserwacyjnej i wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza i pielęgniarkę. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonania zlecenia lekarskiego, które jest zapisane w dokumentacji medycznej (art. 15.ust 1. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a każdy wpis opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Osoba kierująca na badanie lub konsultacje przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrzne pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

Art. 24 ust.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, że lekarz i pielęgniarka są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, które obejmują:

1. oznaczenie pacjenta:

- a) pozwalające na ustalenie jego tożsamości tj.: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- b) w przypadku gdy pacjentem jest osobą małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego i adres jego miejsca zamieszkania.

2. oznaczenie podmiotu udzielającego świadczenie zdrowotne ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,

3. opisu stanu pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,

4. datę sporządzenia.

Brak któregokolwiek z tych elementów oznacza, że dany dokument nie jest dokumentem medycznym.

Przepisy rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania stanowią, że dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie pisemnej i elektronicznej. Zgodnie z art. 58 w zw. z art. 11 ust.1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn.zm.) podmioty lecznicze i praktyki zawodowe (lekarskie i pielęgniarskie) będą miały obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej już od dnia 1 sierpnia 2014 roku (art. 24 ust.1a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Podstawowe warunki prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej dla podmiotów leczniczych oraz lekarskich i pielęgniarskich praktyk zawodowych reguluje § 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania. Wynika z niego, że każda pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie prowadzonego procesu pielęgnowania chorego, wykonywanych działań medycznych zleconych i wpisanych przez lekarza, jak i bez zlecenia lekarskiego zgodnie z uprawnieniami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo połączną samodzielnie bez zlecenia lekarza (Dz U. Nr 210, poz.1540).

Zarówno pielęgniarka wykonująca zawód w ramach podmiotów

lecniczych, jak i w ramach pielęgniarskiej praktyki zawodowej, jest uprawniona do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, z uwagi na zaliczenie podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych do podmiotów przetwarzających dane osobowe w związku z wykonywaną działalnością zarobkową, zawodową lub dla realizacji celów statutowych, jak również realizowanych zadań publicznych (art. 3 ust.2 pkt 1 i 2 ustawy o ochroni danych osobowych). Przez przetwarzanie danych osobowych rozumie się 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 począwszy od etapu ich zbierania, a następnie fazy przechowywania i niszczenia (art. 7 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych). Dane zawarte w dokumentacji medycznej mogą być przetwarzane przez pielęgniarkę tylko na zasadach ściśle określonych w przepisach prawa (art. 27 ust. 2 ustawy o danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r, Nr 101, poz.926 z późn.zm.).

Kraków 28.06.2013 r.
dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki pracującej w poradni hemodynamicznej do obsługi pompy do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy kontrapulsacja wewnątrzaoortalna jest metodą doraźnego leczenia podtrzymującego stosowanego u pacjentów z niewydolnością lewej komory serca. Obecnie szeroko stosowana klinicznie, szczególnie w pracowni hemodynamicznej, na oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej i na salach operacyjnych. Zabieg wykonuje się z wielu wskazań klinicznych między innymi: w niestabilnej chorobie wieńcowej, niewydolności mięśnia sercowego wywołanego zaburzeniami kurczliwości w przebiegu świeżego zawału serca, zespołem małego rzutu po kardiotoronii, niewydolności serca w świeżym zawałe wywołanym czynnikami tj. perforacja przegrody międzykomorowej (VSD), pęknięcia mięśnia brodawkowatego czy ostrej niewydolności zastawki dwudzielnej (własnej lub wszczepionej), niewydolności serca u pacjentów oczekujących na transplantację serca, niewydolności przeszczepionego serca, w komorowych zaburzeniach rytmu opornych na postępowanie farmakologiczne. Jak każdy zabieg wysokospecjalistyczny jest obarczony licznymi powikłaniami zarówno ostrymi jak i przewlekłymi np. niedrożność tętnicy spowodowana cewnikowaniem, zakrzepicą, uwolnionym materiałem zatorowym, zwężeniem tętnicy, rozwarstwieniem aorty, powstaniem tętniaków rzekomych, owrzodzeniem podudzi, powikłaniami infekcyjnymi i miejscowym krwawieniem.

Biorąc pod uwagę, iż jest to metoda leczenia kontraktowana przez NFZ jako procedura lekarska udział pielęgniarki w jej wykonaniu powinien być ograniczony do asystowania lekarzowi oraz zapewnieniu pacjentowi opieki polegającej na zapobieganiu lub wczesnym rozpoznaniu powikłań tj. niedokrwieniu kończyny, krwawieniu i powstaniu krwiaka w okolicy kaniulacji tętnicy, zakrzepicy żyłnej, zakażeniom ogólnym i miejscowym oraz zmniejszeniu u chorego niepokoju i lęku związanego z zabiegiem. W opiece po zabiegu kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej równie ważnym zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie chorego do opieki w domu.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne w opracowanych zasadach akredytacji Pracowni Kardioangiograficznej wskazało, że wykonywanie zabiegów odpowiedzialny jest lekarz specjalista, który współpracuje w pielęgniarką i technikiem. Dla zapewnienia choremu bezpiecznej specjalistycznej opieki pielęgniarka zatrudniona w pracowni powinna mieć co najmniej 3-miesięczny staż pracy i szkolenie w pracowni wykonującej 1500 procedury rocznie (www.ptkardio.pl).

Z analizy obowiązujących przepisów prawnych wynika, że pielęgniarka, bez względu na rodzaj ukończonego kształcenia nie jest osobą uprawnioną do uruchomienia pompy i ustawienie parametrów przy zabiegu kontrapulsacji wewnątrzortalnej. Nawet uzyskanie przez pielęgniarkę tytułu specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego nie uprawnia jej do samodzielnego wykonywania wymienionych działań. Rodzaj wykonywanych przez pielęgniarkę świadczeń specjalistycznych reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku (Dz. U. 07.210.1540) w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę, albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Kraków, 14.05.2013 roku
Dr hab. Maria Kózka

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki do wykonywania zabiegów z medycyny i dermatologii estetycznej, w tym iniekcji podskórnej z kwasu hialuronowego – wypełniaczy zmarszczek i bruzd

Zgodnie z art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym, a jego wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń (art. 4 ust.1) osobie zwracającej się o ich udzielenie lub z nich korzystającej, mającej status pacjenta w rozumieniu art. 3 ust.1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz.159 z późn. zm.). Innymi słowy, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń określonych przez ustawodawcę przymiotnikiem „zdrowotne”. Świadczenia zdrowotne są jednym z trzech elementów konstytucyjnego pojęcia „świadczenia opieki zdrowotnej” (art.68 ust.2 Konstytucji RP w zw. z art.5 pkt 34 ustawy o świadczeniach zdrowotnych), gdzie ustawodawca wyraźnie odgranicza sferę usług – świadczenia zdrowotne sensu stricto od sfery towarów- świadczenia zdrowotne rzeczowe oraz świadczenia towarzyszące. Pojęcie „świadczenia zdrowotnego” nie jest zdefiniowane w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, tylko w art. 2 ust 1pkt 10 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia zdrowotne mogą być wykonywane przez pielęgniarkę tylko te określone przez ustawodawcę (art. 2 ust 1 pkt. 10 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 8 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej) i należą do nich: zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa stanu zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub wynikające z przepisów regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust.1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. Nr 112, poz.654 z późn.zm.). Świadczenia wykonywane przez pielęgniarkę zaliczane do działań medycznych i obejmują różne formy działań wymienione w art. 4 ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Ustawodawca zaliczył do nich: rozpoznanie warunków potrzeb zdrowotnych pacjenta i jego problemów pielęgnacyjnych, planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, udzielanie świadczeń zdrowotnych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego i realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

W odniesieniu do zabiegów mieszczących się w zakresie działań medycyny estetycznej aktualnie brak ich ustawowego zdefiniowania. Obecnie stosowana jest definicja, w której za zabieg medycyny estetycznej uznaje się zabieg lekarski związany z naruszeniem

integralności cielesnej lub wniknięciem w ciało człowieka bez naruszenia jego integralności. Zabiegi medycyny estetycznej zostały podzielone na dwie kategorie: zabiegi o charakterze leczniczym (terapeutycznym) i zabiegi o charakterze pozaterapeutycznym. Zabiegi o charakterze leczniczym mają za zadanie poprawić rażące anomalie fizyczne mogące wpływać na stan zdrowia pacjenta w sensie fizycznym i psychicznym albo naprawienie skutków wypadku, w wyniku którego pacjent doznał uszkodzenia ciała, oszpeceń. Przykładem takich zabiegów jest np. rekonstrukcja piersi po mastektomii, usunięcie blizny po oparzeniu. Zabiegi te mają więc charakter leczniczy i mieszczą się w grupie świadczeń zdrowotnych. Zabiegi niemające charakteru terapeutycznego mają na celu poprawienie urody pacjenta poprzez zmianę wyglądu określonych części ciała np. podawanie w iniekcji podskórnych z kwasu hialuronowego - wypełniaczy zmarszczek. Zabiegi te są często odpowiedzią na funkcjonujący w społeczeństwie kanon piękna (np. określony kształt ust, nosa, powiększanie piersi z użyciem wkładek silikonowych, zmniejszenie zmarszczek). Cechą charakterystyczną takich zabiegów jest brak wskazań zdrowotnych do ich wykonania, zatem nie mają one najczęściej klasycznego celu leczniczego.

Z przytoczonych aktów prawnych wynika, że podawania iniekcji podskórnych z kwasu hialuronowego – wypełniaczy zmarszczek i bruzd nie należy do świadczeń zdrowotnych, w związku z tym pielęgniarka i położna nie posiada uprawnień do ich wykonywania. Świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarkę i położną muszą być prawnie dopuszczalne i wykonywane zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi i w zakresie posiadanych przez pielęgniarkę/położną uprawnień (art. 2 ust 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej i art. 12 ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Pielęgniarka i położna nie nabywa uprawnień do podawania iniekcji podskórnych z kwasu hialuronowego – wypełniaczy zmarszczek i bruzd ani w systemie kształcenia podstawowego zawodowego ani podyplomowego.

Kraków, 27.06.2013 r.
Dr hab. Maria Kózka

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie asystowania pielęgniarce bez ukończonego kursu specjalistycznego przy zabiegach endoskopowych

Zgodnie z Kodeksem Pracy pracownik powinien być zatrudniony na stanowisku pracy zgodnie z jego kwalifikacjami, celem wykonywania powierzonych mu zadań w sposób bezpieczny. Zasady wykonywania zawodu pielęgniarce zostały określone w art.4 pkt.1 ustawy o zawodach pielęgniarce i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039). Przywołany artykuł wskazuje, że wykonywanie zawodu pielęgniarce polega między innymi na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Biorąc jednak pod uwagę zapis Dyrektywy 36/2005 WE Parlamentu Europejskiego który określa, że pielęgniarce, po ukończeniu szkoły pielęgniarcejskiej uzyskuje kwalifikacje ogólne i jest tzw. pielęgniarce ogólną, powierzanie jej świadczeń specjalistycznych wymaga ukończenia przez nią odpowiedniego szkolenia w tym zakresie. Rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarce samodzielnie bez zlecenia lekarskiego reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku, z którego wynika, że pielęgniarce po kursie specjalistycznym Endoskopia uzyskuje nowych kwalifikacji uprawniające ją do samodzielnego wykonywania specjalistycznych świadczeń. Celem kursu specjalistycznego Endoskopia jest przygotowanie pielęgniarce do uczestnictwa w badaniach i zabiegach endoskopowych oraz do sprawowania opieki nad pacjentem przed i po endoskopiach, w tym: zapoznanie z organizacją pracowni endoskopowej; zapoznanie z czynnikami narażenia zawodowego oraz metodami ochrony zdrowia personelu pracowni endoskopowej; zapoznanie z badaniami endoskopowymi wybranych układów i narządów; zapoznanie z zasadami wykonywania wybranych zabiegów endoskopowych oraz przygotowanie jej do współdziałania w endoskopii zabiegowej; oraz zapoznanie z zasadami przygotowania pacjenta do badań i zabiegów endoskopowych oraz pielęgnacją po ich wykonaniu.

Brak w obowiązujących regulacjach prawnych wykazu samodzielnego świadczeń wykonywanych przez pielęgniarce po ukończeniu kursu specjalistycznego Endoskopia dla pielęgniarek daje możliwość pracodawcy (bezpośredniemu przełożonemu) wyznaczanie zadań wymagających asystowania pielęgniarce do zabiegów endoskopowych. Zgodnie z Kodeksem Pracy za bezpieczeństwo pracy odpowiedzialny jest pracodawca, stąd przy zatrudnieniu lub zleceniu wykonywania świadczeń

pracownikowi z niepełnymi kwalifikacjami np. brak kursu specjalistycznego wymagane jest przeszkolenie w miejscu pracy i skierowanie pielęgniarki na odpowiednie szkolenie podyplomowe.

Kraków, 25.05.2013 r.

Dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krakowy w dz. pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa sprawie podawania przez pielęgniarkę autoszczepionki

1. W związku z niejasnościami w sprawie podawania przez pielęgniarki autoszczepionek przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie. Autoszczepionka nie jest szczepionką, pomimo zbliżonej nazwy oraz jej mechanizmu działania. Szczepionki wykorzystuje się przede wszystkim w celu zapobiegania chorobom, a także w celach leczniczych.
W przypadku wykonywania przez pielęgniarkę szczepień ochronnych oraz badań tuberkulinowych istnieje obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie (§ 7 Rozporządzenia MZ z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień-Dz.U z dnia 30 grudnia 2002 roku). Uznając, że autoszczepionka nie jest ani szczepieniem ochronnym, ani badaniem tuberkulinowym należy przyjąć, że do jej podania pielęgniarka nie ma obowiązku ukończenia kursu specjalistycznego.
2. Autoszczepionka nie posiada statusu produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terenie Polski zgodnie z Ustawą z 2001 roku Prawo Farmaceutyczne (Dz.U.01.126,1381), stąd nie jest sprzedawana w aptekach. Autoszczepionka wytwarzana jest indywidualnie dla pojedynczego pacjenta najczęściej przez laboratorium mikrobiologiczne nie będące wytwórcą produktów leczniczych w rozumieniu w/w ustawy, który nie posiada zezwolenia na produkcję i wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych. Wynika z tego, że autoszczepionka nie jest dopuszczona do obrotu, nie podlega seryjnej kontroli jakości mimo, iż nosi cechy produktu immunologicznego w rozumieniu przywołanej ustawy, która wymaga takiej kontroli. Ponadto autoszczepionka nie ma dołączonej instrukcji postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych. Leczenie autoszczepionkami jest dość kontrowersyjne, ze względu na brak jednoznacznych dowodów na efektywność i bezpieczeństwo ich stosowania. W wielu krajach europejskich autoszczepionki nie są podawane.
3. Podanie w Polsce autoszczepionki jest świadczeniem opieki zdrowotnej wykonywanym na zlecenie lekarza, niefinansowanym ze środków publicznych.
4. Biorąc pod uwagę, że autoszczepionka nie jest produktem leczniczym, może być użyta w lecznictwie jedynie w ramach eksperymentu medycznego, leczniczego. Prawne ramy realizacji eksperymentu

medycznego leczniczego reguluje ustawa Prawo Farmaceutyczne oraz ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 1996 roku (Dz. U.11.277.1634) i ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku (Dz.U.11.174.1039). Jeśli szczepionka wytwarzana jest na zlecenie lekarza w ramach eksperymentu leczniczego, wszyscy jego uczestnicy muszą wyrazić zgodę na udział w tym eksperymencie, po zapoznaniu się z celami i skutkami, oraz po wyrażeniu zgody na jego przeprowadzenie przez niezależną komisję bioetyczną. Pielęgniarka lub inna osoba biorąca udział w eksperymencie ma prawo do odmowy uczestniczenia w przypadku uzasadnionych wątpliwości. W odniesieniu do pielęgniarki regulują to zapisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej tj.

- Art. 11.1. Pielęgniarka i położna wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.
- Art. 12.2. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust.1.
- Art. 14.1. Pielęgniarka i położna mają prawo do uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym mają uczestniczyć.

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

Kraków, październik 2012 r.
dr hab. Maria Kózka



SZKOLENIA

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY

59-220 Legnica ul. Powstańców Śląskich 3
ogłasza nabór na rok akademicki 2013/2014
na kierunek

PIELĘGNIARSTWO

Studia II stopnia magisterskie:

Studia trwają cztery semestry. Opłata za semestr wynosi 2650,00 zł.
Istnieje możliwość płatności w pięciu ratach.

Do 31.07.2013r. wpisowe wynosi 150,00 zł, od 01.08.2013r. 300,00 zł.

Studia I stopnia licencjackie pomostowe:

- studia pomostowe bezpłatne - tok AB

Studia trwają dwa semestry. O przyjęciu na studia bezpłatne decyduje termin złożenia kompletu dokumentów i opłacenia wpisowego w kwocie 85 zł.

Ilość miejsc na studiach bezpłatnych zostanie podana w późniejszym terminie, po rozstrzygnięciu oferty przetargowej przez Ministerstwo Zdrowia.

- studia pomostowe płatne tok - AB

Studia trwają dwa semestry. Opłata za semestr wynosi 2000,00 zł.
Istnieje możliwość płatności w pięciu ratach.

Do 31.07.2013r. wpisowe wynosi 150,00 zł, od 01.08.2013r. 300,00 zł.

Tel. 76 724 51 58

Fax. 76 724 51 60

e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

www.wsmlegnica.pl

Esperantystów 17
58-100 Świdnica
www.mediator.pl
tel. 074 856 11 20
fax 074 856 11 29
mediator@mediator.pl



Szanowni Państwo,
Przedstawiamy ofertę dotyczącą specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych oraz szkoleń dla pielęgniarek i położnych zaplanowanych na III i IV kwartał roku 2013 r.

Wyszczególnione poniżej formy kształcenia realizujemy na terenie wskazanym przez Zamawiającego, w momencie, gdy liczba chętnych na poszczególne szkolenie będzie liczyła ok. 20 osób.

lp.	rodzaj szkolenia	termin	miejsowość	cena
1.	KK „Pielęgniarstwo rodzinne” dla pielęgniarek	13 września 2013 r.	Świdnica	1 400 zł.
2.	KK „Organizacja i zarządzanie” dla pielęgniarek i położnych	13 września 2013 r.	Świdnica	1 500 zł.
3.	KK „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej” dla pielęgniarek	13 września 2013 r.	Świdnica	1 650 zł.
4.	Nowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. Elektroniczna dokumentacja medyczna- rozwiązania praktyczne.	20 września 2013 r.	Świdnica	350 zł.
5.	KS „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek	20 września 2013 r.	Świdnica	370 zł.
6.	KS „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG” dla pielęgniarek i położnych	04 października 2013 r.	Świdnica	400 zł.
7.	Specjalizacja „Pielęgniarstwo chirurgiczne” dla pielęgniarek	październik 2013 r.	Świdnica	5 300 zł.
8.	Specjalizacja „Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki” dla pielęgniarek	październik 2013 r.	Świdnica	5 300 zł.
9.	KS „Edukator w cukrzycy” dla pielęgniarek i położnych	11 października 2013 r.	Lądek Zdrój	650 zł.



CENTRUM MEDYCZNE KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO ul. Marymoncka
99/103, 01-813 Warszawa,
www.cmkp.edu.pl

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Chrobrego 1/10, skr. poczt. 50, 58-300 WAŁBRZYCH**

Zwracamy się do Państwa z prośbą o przyłączenie się do promocji kampanii

"Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych".

Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowane jest przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Celem ogólnym projektu jest wsparcie systemu ratownictwa medycznego w Polsce poprzez ukończenie pełnego cyklu obowiązkowych kursów specjalizacyjnych przez 200 lekarzy oraz kursu doskonalącego przez 8500 ratowników medycznych i 1920 dyspozytorów medycznych.

W ramach współpracy będą Państwo otrzymywać co miesiąc bezpłatne ulotki promujące kampanię. Bardzo proszę o rozpowszechnienie ich w Państwa placówce. W ramach rozszerzenia pola działania informacyjnego tej kampanii chcielibyśmy poprosić Państwa również o zamieszczenie na swojej stronie internetowej link do strony Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego www.cmkp.pl lub podlinkowanego logotypu. Link ten będzie informował, że Państwa placówka uczestniczy w projekcie.

Decyzję w tej sprawie można wysłać drogą mailową: a.beczowska@elamed.pl lub kontaktować się telefonicznie: tel. 032 788-52-27.

Po uzyskaniu zgody wszelkie materiały do linka zostaną wysłane do Państwa drogą mailową.

Z poważaniem, Anna Bęczkowska
32 788-52-27
a.beczowska@elamed.pl



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



mgr Krystyna Jankotowicz
Pielęgniarka Oddziałowa
Oddziału Onkologii Klinicznej
SP ZOZ Świdnica

Zastosowanie sondażu diagnostycznego w badaniu równowagi życiowej pacjentów onkologicznych

Wstęp

Ostatnio za kryterium poziomu opieki medycznej uważa się wydłużenie życia pacjenta przy jednoczesnym utrzymaniu jego równowagi życiowej. Jakość życia jest określana jako osobiste, subiektywne poczucie dobrostanu wyływające z aktualnych, szeroko pojętych doświadczeń życiowych. Dla oceny równowagi życiowej ważnym jest zarówno włączenie wymiarów fizycznych, psychicznych, jak i społecznych. Ocena ta powinna być dokonywana za pomocą standaryzowanych narzędzi badawczych, gdyż wynikają z tego korzyści tak dla samego pacjenta, jak i dla zespołu leczącego. W przypadku pacjentów onkologicznych ocena równowagi życiowej może mieć praktyczne znaczenie w poprawie modelu opieki nad chorym. Pacjenci ci muszą stanąć do konfrontacji nie tylko z fizycznymi skutkami leczenia, ale również psychologicznymi i społecznymi. Psychometryczne narzędzia stosowane do oceny poziomu życia pacjenta ukierunkowane są na różne aspekty życia, co prowadzi do podniesienia poziomu jakości życia i określenia sposobu zaspokojenia jego potrzeb w trudnych sytuacjach spowodowanych chorobą nowotworową. Zatem celem niniejszej pracy było określenie poziomu równowagi życiowej pacjentów onkologicznych na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych oraz określenie czynników prowadzących do minimalizacji skutków ubocznych leczenia.

Metodologia badań własnych

Badania ankietowe przeprowadzono wśród pacjentów leczonych w SP ZOZ w Świdnicy w Szpitalu „Latawiec” w Oddziale Onkologii Klinicznej. W badaniach zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- Ankiety własnego autorstwa dotyczącą objawów psychicznych, fizycznych, życia seksualnego, sposobu spędzania wolnego czasu przez pacjenta, a także zawierające dane demograficzne chorego i lokalizację nowotworu,
- kwestionariusz VAS – skala natężenia bólu,
- skala HADS-M obejmująca skalę lęku i depresji,
- skala PDS – skala stresu bólowego,
- kwestionariusz EORTC QLQ-C30, obejmujący podmiotowe

objawy choroby nowotworowej, sprawność i zdolność do wykonywania czynności fizycznych, strefę psychiki i samopoczucia oraz zdolność do funkcjonowania w społeczeństwie.

W badaniach wzięło udział 70 osób, w tym 45 kobiet i 25 mężczyzn; byli to chorey leczeni cytostatycznie. Średni wiek badanych wynosił 61 lat dla kobiet i 59 dla mężczyzn. Największą grupę badawczą stanowili pacjenci z przedziału wiekowego 50-60 lat; 52% mężczyzn i 53,3% kobiet.

Wyniki badań własnych

Z przeprowadzonych ankiet wynikało, że 42,2% kobiet leczonych było z powodu raka piersi, a wśród mężczyzn rak przewodu pokarmowego występował w 72% i 35% u kobiet. Respondenci byli także leczeni z powodu raka trzustki, jajnika, czy też raka płuc.

Analiza wyników badań dla skali funkcjonowania kwestionariusza QLQ-C30 wykazała, że chemioterapia największy negatywny wpływ wywarła na funkcjonowanie emocjonalne (38,7%) i funkcjonowanie społeczne (34,3%) badanych pacjentów. Sprawność fizyczną respondenci ocenili na poziomie 34%. Natomiast zaburzenia spowodowane przez chemioterapię w wykonywaniu swojej pracy zawodowej lub czynności domowych pacjenci ocenili jedynie na poziomie 31%. Najmniejsze kłopoty wywołane chemioterapią sprawia funkcjonowanie poznawcze (trudności w skupieniu się podczas oglądania telewizji, czytania książek, prasy, a także podczas zapamiętywania różnych rzeczy); 26%. Ogólna jakość życia pacjentów leczonych onkologicznie jest obniżona; jest ona oceniana na poziomie 60%.

W skalach objawowych QLQ-C30 grupa pacjentów w wieku 50-60 lat uskarżała się na zaburzenia snu (53%) i odczucie zmęczenia na poziomie 49%. Pacjenci ci narzekali także na problemy wynikające z zaparć (34%) i braku apetytu (31%). Objawy wynikające z tytułu bólu utrzymywały się na poziomie 29%. Najmniejszym utrudnieniem, w tej grupie wiekowej, z tytułu chemioterapii były niedogodności wynikające z duszności (20%), a także wymiotów i nudności (18%). Badana grupa pacjentów uskarżała się również na znaczne problemy finansowe spowodowane brakiem ciągłości wykonywania pracy zawodowej wywołanej chemioterapią stosowaną w chorobie nowotworowej (42%).

Oceny rzetelności i trafności zastosowania kwestionariusza EORCT QLQ-C30 dokonano na podstawie oszacowania tzw. zgodności wewnętrznej za pomocą współczynnika alfa Cronbacha (α_c). Wartość współczynnika α_c obliczono z wykorzystaniem pakietu komputerowego STATISTICA; uzyskano wartość $\alpha_c=0,985$ (skala 0-1). Wysoka wartość α_c pozwala stwierdzić, że kwestionariusz QLQ-C30 jest narzędziem trafnym

i rzetelnym nadającym się do pomiaru poziomu równowagi życiowej pacjentów leczonych z powodu nowotworów.

Wyniki badań ankietowych z wykorzystaniem kwestionariusza VAS, kwestionariusza HADS-M, a także PDS pokazały, że leczenie onkologiczne prowadzi do następujących emocji:

- lęk i strach przed nawrotem choroby (47,2%),
- ból (14,7%),
- nudności i wymioty (30%), wypadanie włosów (24,5%), zapalenie błon śluzowych (13,8%),
- zagrożenie depresją (21,4%).

Choroba nowotworowa najwięcej problemów sprawia ludziom młodym, powodując zaburzenia w sferze emocjonalnej, społecznej, a także z sferze fizycznej. Chemioterapia ma także negatywny wpływ na wszystkich pacjentów współżyjących seksualnie. Negatywna przyczyna mająca wpływ na obniżenie aktywności seksualnej wynikała z zachowań samych pacjentów (88,1%), jak i zachowań partnera (11,9%).

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazują na trafność badań dotyczących problematyki równowagi życiowej pacjentów onkologicznych. Choroba nowotworowa może mieć zarówno charakter stresogenny, jak i wynagradzający dla pracowników medycznych sprawujących opiekę nad pacjentem. Zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej pielęgniarka, pełniąc swoją rolę zawodową, wśród wielu swoich zadań, zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia wśród pacjentów i ich rodzin. Współuczestniczy ona także, w miarę swoich możliwości, w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa oraz w edukacji swojej grupy zawodowej. Pielęgniarki pracujące z pacjentami poddanymi chemioterapii muszą stale pamiętać o różnorodnych źródłach stresu w rodzinie; powinny one pomagać rodzinom w ich zrozumieniu i wskazywać na różnego rodzaju formy pomocy. W Oddziale Onkologii Klinicznej, wychodząc naprzeciw oczekiwaniu pacjentów, podjęto szereg działań wynikających z przeprowadzonych badań, które zostały ukierunkowane na:

- wsparcie psychologiczne ze strony psychologa klinicznego,
- rozmowy wspierające prowadzone przez wykwalifikowany personel oddziału,
- minimalizację skutków ubocznych chemioterapii poprzez edukację pacjenta i jego rodziny w zakresie odżywiania, pielęgnacji, możliwości zaopatrzenia ortopedycznego (np. zakupu peruki, protezy piersi, worki stomijne itp.),
- zmniejszenie niedogodności wynikających z trudności zastosowania kaniuli obwodowych poprzez skierowanie pacjenta

na założenie podskórnego portu naczyniowego.

Działania te w znacznej mierze powodują poprawę świadczonych usług pielęgniarskich przyczyniając się równocześnie do polepszenia jakości życia pacjentów leczonych w oddziale. Jakość świadczonych usług przez Szpital „Latawiec” potwierdzona została licznymi certyfikatami przyznanymi szpitalowi, takimi jak:

- akredytacja 2010
- certyfikat PN-N-18001 (2004),
- certyfikat ISO 14001 (2004),
- certyfikat ISO 9001 (2008).

Dotarcie, poprzez przeprowadzone badania ankietowe, do problemów pacjentów wywołanych chorobą nowotworową pozwoliło na zastosowanie środków minimalizujących dolegliwości chorobowe, a także na stworzenie warunków umożliwiających szybki powrót do normalnego życia. Ważną rolę w pomocy dojścia do równowagi życiowej dla pacjentów onkologicznych odgrywa opieka pielęgniarska, która będzie istnieć zawsze dokąd będą istnieli ludzie, bowiem zawsze będzie im potrzebne zrozumienie, współczucie, działanie na rzecz promowania i zachowania dobrego stanu zdrowia, zapobiegania zaburzeniom oraz opieka podczas choroby. Opieka ta musi być prowadzona kompleksowa na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów leczonych pacjentów.



PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PYTA PRAWNIK ODPOWIADA

KANCELARIA RADCY PRAWNEGO „TEMIDA”

Ewa Suproń Walenta,

58-160 Świebodzice, ul. Żeromskiego 17/1

tel./fax (074) 666 – 70 – 04 (074) 661-45-48

e-mail: kancelariatemidasc@gmail.com

Czy pracodawca ma prawo zaprzestać wypłaty wynagrodzenia za czas nieobecności w pracy z powodu oddelegowania na pisemną prośbę Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych ze względu na konieczność wykonywania czynności na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych. Dodaję, iż pracodawca bez wcześniejszego powiadomienia pracownika dokonał potrącenia wynagrodzenia?

Zgodnie z art. 16 ust. 1. ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych na wniosek okręgowej rady albo jej przewodniczącego lub Naczelnej Rady albo jej Prezesa pracodawca jest obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego członkiem organu izby lub wykonującego czynności na rzecz izby, bez prawa do wynagrodzenia.

Zgodnie z ust. 2 powołanego w zdaniu poprzednim artykułu Naczelna Rada określa zasady i tryb kompensacji wynagrodzenia przez organy samorządu na czas zwolnień od pracy, o których mowa

w ust. 1, oraz tryb zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członka w związku z wykonywaniem czynności na rzecz izby, biorąc pod uwagę przepisy wydane na podstawie art. 775 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)

Uchwała NRPiP z dnia 28 marca 2012 r. w sprawie zasad i trybu kompensacji wynagrodzenia przez organy samorządu pielęgniarek i położnych za czas zwolnień od pracy oraz trybu zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członków samorządu wykonujących czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych na rzecz NIPiP oraz OIPIP określa zasady.

Nie stoi więc na przeszkodzie to, aby izba zawarła z pracodawcą za zgodą pracownika porozumienie stanowiące, iż pokryje wynagrodzenie pracownika w ten sposób, że zwróci bezpośrednio pracodawcy koszty zatrudnienia za czas zwolnienia od pracy na podstawie wystawionego zaświadczenia o wysokości wynagrodzenia brutto przysługującego tej osobie, stwierdzając jednocześnie, że za czas zwolnienia nie

przysługiwało jej prawo do wynagrodzenia lub uposażenia albo prawo do zasiłku lub innego świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Co prawda przepis zwalnia pracodawcę od wypłaty wynagrodzenia, co pozbawia pracownika wprost roszczenia o jego wypłatę, pozostawiając w gestii samorządu tą kwestię. Niemniej jeśli pracodawca nie wypłaca wynagrodzenia tylko do niektórych pracowników, o których mowa w powołanym art. 16 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, bez żadnego innego uzasadnienia, można by uznać, że pracodawca narusza zasadę równości w zatrudnieniu i dyskryminuje tych pracowników ze względu na zajmowaną funkcję w izbach.

Czy przepisy art. 17 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych

„Pracodawca nie może, bez zgody właściwej rady, wypowiedzieć lub rozwiązać umowy o pracę ani wypowiedzieć warunków pracy lub płacy pielęgniarce lub położnej będącej członkiem organu izby....”

stosuje się również do pielęgniarek (położnych), które mają zawarty kontrakt (umowę cywilnoprawną)?

Nie, albowiem zgodnie z art. 17 powołanej ustawy pracodawca nie może, bez zgody właściwej rady, wypowiedzieć lub rozwiązać umowy o pracę ani wypowiedzieć warunków pracy lub płacy pielęgniarce lub położnej:

1) będącej członkiem organu izby, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2-5 i art. 7 ust. 1 pkt 2-5,

2) pełniącej funkcję zastępcy rzecznika odpowiedzialności zawodowej

- w czasie jej pełnienia oraz w okresie jednego roku po ustaniu kadencji.

Pracodawca może wypowiedzieć warunki pracy lub płacy bez zgody właściwej rady, jeżeli zachodzą przesłanki określone w art. 43 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy. Wobec takiej regulacji ustawodawca wprost zapewnił ochronę o jakiej wyżej mowa jedynie osobom pozostającym w stosunku pracy. Ponadto zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego zlecenie może być wypowiedziane w każdym czasie.

Wspomnienia z wakacji

Na południowym brzegu Tamizy naprzeciw brytyjskiego parlamentu znajduje się szpital Św. Tomasza przy którym jest muzeum angielskiej pielęgniarki Florencji Nightingale, która w roku 1860 założyła pierwszą szkołę pielęgniarstwa.

Z chwilą wejścia do małego, ukrytego na szpitalnym parkingu budynku muzeum można wejść do innego świata, świata drugiej połowy XIX wieku. Ekspozycja prowadzi od pierwszych lat Florencji, poprzez okres dorastania i wyboru drogi życiowej aż do ostatnich chwil życia.

W londyńskim muzeum Florencji Nightingale można zobaczyć pisane Jej ręką listy, robione przez Nią wykresy i statystyki, a nawet posłuchać nagrania z Jej głosem. Dla najmłodszych organizowane są lekcje, na których dzieciaki przenoszą się do dziewiętnasto-wiecznego Londynu, mogą się przebierać w stroje, wyobrażać sobie, jak się wtedy żyło. Noi oczywiście uczą się kim była Florencja Nightingale.

Chciałam podzielić się paroma zdjęciami z wizyty w muzeum Florencji Nightingale w Londynie, naszej prekursorce zawodu pielęgniarstwa.
Dorota Ferenc-Rudnika



**Zdjęcie uniformu
z czasów Florencji Nightingale**



**Publikacje Florencji
Nightingale i księgozbiór
opisujący historię
i rozwój pielęgniarstwa**



**Kierunek wejścia do muzeum
Florencji Nightingale**



**Zbiór fotografii przedstawiających
historię pielęgniarstwa**



*"Jest taki ból, o którym lepiej nie mówić
bowiem najlepiej wyraża go milczenie"*

**Koleżance Beacie Wdowiak i Jej Rodzinie wyrazy
głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu
śmierci Syna**

**składają Pielęgniarki i Położne
z Bystrzycy Kłodzkiej**

"Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych"

**Koleżance Annie Pabisz
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Taty**

**składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
oraz Koleżanki z Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Wałbrzychu**





**Droga Koleżanko,
Przyjaciółko,
Współpracowniku, Danusiu,**

Twoja śmierć jest dla nas ogromną stratą i wielkim ciosem. Powoduje w nas uczucie pustki i smutek.

Przez 34 lata pracy jako pielęgniarka opiekowałaś się pacjentami z olbrzymią fachowością, zaangażowaniem, obdarowując ich swoim wielkim sercem.

Odeszłaś tak nagle, że nie doświadczyłaś w Swojej chorobie tego wszystkiego, co czyniłaś dla drugiej osoby.

Śmierć nie dała Ci szans i zabrała w nieznane.

Nie ma Cię już wśród nas lecz ciągle żyjesz i żyć będziesz

w naszych sercach i wspomnieniach. Nie mówimy żegnaj lecz do zobaczenia

*" Śmierć nie jest kresem naszego istnienia.
Żyjemy w naszych dzieciach i następnych pokoleniach.
Albowiem to dalej my, a nasze ciała to tylko zwiedłe
liście na drzewie życia".*

(Albert Einstein)

Szanowna Rodzino,

Śmierć postawiła Was w obliczu bezsilności, obezwładniła Was.

Pojawiła się kradnąc ukochaną osobę, przeszyla serca bólem i odznaczyła w nich swoje piętno, które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni.

Przyjmijcie Państwo wyrazy najgłębszego współczucia i zrozumienia z powodu śmierci Danuty.

Pielęgniarki, Położne,

Dyrekcja i współpracownicy SP ZOZ w Świdnicy

NOTATKI

A series of horizontal dashed lines for writing notes, spanning the width of the page.