



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

1/2017
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2 ◆ WICEMINISTER ZDROWIA, GRATULACJE
- 3 ◆ ODZNACZENIE ZAWODOWE „ZŁOTY CZEPEK”
- 5 ◆ Z PRAC NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- STANOWISKO
- INFORMACJA SEKRETARZA STANU, MEN
- 9 ◆ 15 LUTEGO MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELĘGNIARKI
OPERACYJNEJ
- ŻYCZENIA
- „FORUM STOWARZYSZEŃ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
OPERACYJNYCH”
- 12 ◆ STANDARDY PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO
- 28 ◆ DEBATA EKSPERCKA PT. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
ZMIANY SYSTEMOWE W POLSCE
- 32 ◆ PROPOZYCJA INTERPRETACJI KRYTERIÓW
- 33 ◆ 26 STYCZNIA – DZIEŃ TRANSPLANTACJI ASPEKTY
PRAWNE I MORALNE DOTYCZĄCE TRANSPLANTOLOGII
- 36 ◆ REGULAMINY PO ZMIANACH
- 40 ◆ ZASTĘPCA RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ
- 42 ◆ KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH W LATACH 2012–2016
- III ◆ PODARUJ 1%

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA

– mgr JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu,
ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław,
e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 71 784 18 45;

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– mgr WIESŁAW ZIELONKA Pogotowie Ratunkowe w Legnicy,
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica,
tel. 502 676 03, e-mail: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl;

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław,
e-mail: kasiatolik1@wp.pl,
tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95;

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny
im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław,
tel. 71 342 86 31 wew. 344, 604 93 94 55, 667 97 77 35

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
tel. 71/36-89-260, e-mail: e.garwacka@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr EWA PIELICHOWSKA,
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP
ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel. 71 76 60 207,
608 309 310; e-mail: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO

– mgr BEATA MARIA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny, ul. Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica
e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl, tel. 76 72 11 401

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
tel./fax: 74 842-33-25
tel.: 74 842 56 05
godziny pracy biura:
7:30-15:30

e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl
www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych

46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca:

Maria Pałeczka
oipipwch@webmedia.com.pl

Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

BIURO

Sekretariat:

Łukasz Płaczkowski
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk
oipiprejestr@webmedia.com.pl

Księgowość:

Aleksandra Neter
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna §
mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Michał Krajczar

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13-15
lub telefonicznie do kancelarii:
tel.: 74 666 00 02

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Iwona Michańcio

Dyżury w siedzibie OIPIP:

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce Kontakt. W innym terminie po
wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:

Tereny Weny Agencja Reklamowa
Justyna Szafran-Dziewięcka
justyna@terenywenty.pl

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Kolejny rok za nami. Które postanowienia zostały zrealizowane. Czy problemy zostały rozwiązane?

Przypomnę, bulwersującą środowisko propozycją Ministra Zdrowia wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim w licznych wystąpieniach, stanowiskach i apelach wyrażała sprzeciw dla odejmowania zmian standardów kształcenia w zawodzie pielęgniarki, wnosząc o utrzymanie dwustopniowego systemu kształcenia. Decyzje nie zapadły. Oczekujemy jednego - bez nas żadne decyzje nie mogą być podejmowane. Na chwilę obecną z informacji Pani Teresy Wargockiej Sekretarza Stanu przy Ministerstwie Edukacji Narodowej wiemy, że Minister Edukacji Narodowej, Pani Anna Zalewska w procedowanych projektach ustaw nie uwzględniła propozycji Ministra Zdrowia.

Normy zatrudnienia. Zapisy koszykowe – od lat nie rozwiązany problem. Nie ustajemy w żądaniach określenia jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które realizują świadczenia zdrowotne. Prognozy dotyczące najbliższej przyszłości naszego zawodu są bardzo niepokojące.

Próby zatrudniania ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych - zawód pielęgniarki i zawód ratownika medycznego, to odrębne zawody. Nie mogą być traktowane zamiennie.

Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej domowej, paliatywno- hospicyjnej, w środowisku nauczania i wychowania. Nierówne traktowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ podmiotów realizujących te same świadczenia na terenie całego kraju.

To nieliczne z wielu problemów.

Początek roku - to czas podsumowań i refleksji. Czas na plany, zmiany i nowe przedsięwzięcia.

Dd 1 lutego, Pielęgniarka w randze Wiceministra Zdrowia **Pani Józefa Szczurek –Żelazko**.

Nie ukrywamy, że nominację przyjęliśmy z radością ale również z ogromną nadzieją na dialog i współpracę.

Z początkiem roku wprowadzone zostały kolejne zmiany w regulaminach- Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Udzielania Zapomóg Finansowanych.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na mocy uchwały, dla członków samorządu wpisanych do rejestru pielęgniarek i położnych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, chcąc uhonorować i wyróżnić pielęgniarki i położne za wzorowe wykonywanie obowiązków zawodowych, ustanowiła Odznaczenie Zawodowe „**ZŁOTY CZEPEK**” .

Ponawiam prośbę o współpracę- w komisjach i zespołach, wpisywanie się na kolejne strony biuletynu. Dokładam wiele starań, aby w ważnych wydarzeniach i spotkaniach uczestniczyły koleżanki i koledzy z okręgu działania naszej izby. O tych i innych ważnych sprawach – w tym numerze biuletynu. Zapraszam.

*Przewodnicząca ORPiP
Maria Pałeczka*



WICEMINISTER ZDROWIA, GRATULACJE

Od 1 lutego 2017 r. Wiceminister Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko z wykształcenia jestem pielęgniarką i zawsze to środowisko wspierałam. Liczę na zrozumienie i dobre podłoże, będę się starała przygotować takie pole do rozmów, by przebiegały one merytorycznie i w kierunku życzliwego rozwiązywania problemów. Porozumienia, które zawarły pielęgniarki, są kontynuowane przez rząd i nadal będą. Na pewno bardzo ważną sprawą będzie promowanie i umacnianie dobrego wizerunku tego zawodu. Problemów, które trzeba rozwiązać, jest dużo, będę się starała zająć sprawami kształcenia, koszykiem świadczeń.



ZOFIA MAŁAS,
PREZES NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Oczekiwania nasze są znane, a chodzi nam przede wszystkim o stworzenie realnej i rzeczowej strategii dla pielęgniarstwa, a także o debatę nad ciągle malejącą liczbą pielęgniarek, także w aspekcie zmiany ustawy o wieku emerytalnym. Będziemy prowadzić dialog na temat kształcenia pielęgniarek, bo to temat, który budzi wiele kontrowersji. Oczekujemy także dobrej oferty dla absolwentów, żeby zachęcić, by pielęgniarki nie uciekały za pracą do innych krajów. Kolejne, to zapisy koszykowe, obsada pielęgniarek w szpitalach. Zależy nam na strategii krótko i długoterminowej. Wybór poseł Szczurek-Żelazko rokuje nadzieje na dobrą współpracę i cieszymy się z tej nominacji.

LUCYNA DARGIEWICZ,
PRZEWODNICZĄCA OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU
ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pozytywne jest to że pielęgniarka będzie wiceministrem. Jeżeli zaangażuje się w pracę na rzecz środowiska zawodowego będzie to z korzyścią dla pacjentów i dla zawodów, których brakuje w systemie ochrony zdrowia i bez udziału których nawet najlepsze reformy się nie powiodą, bowiem w tym resorcie - jak nigdzie indziej - potrzebni są ludzie ludziom. Jak zwykle z nadzieją patrzemy na pielęgniarki, które podejmują się trudnych wyzwań, a ocenę wystawimy po efektach pracy.

Źródło- Polityka Zdrowotna

Szanowna Pani Sekretarz Stanu Józefa Szczurek-Żelazko
Wiceminister Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu oraz własnym, proszę przyjąć serdeczne gratulacje w związku z objęciem przez Panią zaszczytnej ale bardzo odpowiedzialnej funkcji Wiceministra Zdrowia w randze Sekretarza Stanu.

Obejmując urząd Wiceministra, to dla nas pielęgniarek i położnych, członków Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych ogromny zaszczyt i wyróżnienie.

Życzymy Pani samych sukcesów na nowym stanowisku,

deklarujemy współpracę, dla której celem jest poprawa sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

OIPiP.B.VII.175.2017.
Wałbrzych, 10.02.2017r.

Przewodnicząca ORPiP
w Wałbrzychu
Maria Pałeczka

ODZNACZENIE ZAWODOWE „ZŁOTY CZEPEK”

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu ustanowiła **ODZNACZENIE ZAWODOWE „ZŁOTY CZEPEK”** chcąc uhonorować i wyróżnić pielęgniarki i położne za wzorowe wykonywanie obowiązków zawodowych, za etyczną i nienaganą postawę.

Pierwsze Odznaczenia Zawodowe „ZŁOTY CZEPEK” wręczone zostaną 12 maja 2017r. na uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.

Zasady przyznawania odznaczenia określa Regulamin.

Uchwała nr 21/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 31 stycznia 2017 r. w sprawie: ustanowienia Odznaczenia Zawodowego „ZŁOTY CZEPEK” członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Na podstawie art.31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz.1038 z późn. zm) uchwała się co następuje:

§ 1

1. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu ustanawia Odznaczenie Zawodowe „ZŁOTY CZEPEK” dla członków samorządu wpisanych do rejestru pielęgniarek i położnych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu Odznaczenie Zawodowe „ZŁOTY CZEPEK” stanowi uhonorowanie i wyróżnienie pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych za wzorową i nienaganą postawę zawodową, empatię, upowszechnianie i przestrzeganie zasad etyki zawodowej.

2. Określa Regulamin nadawania Odznaczenia Zawodowego „ZŁOTY CZEPEK”, pielęgniarkom/ pielęgniarzom i położnym, który stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

3. Zatwierdza:

1. Wniosek o przyznanie Odznaczenia Zawodowego „ZŁOTY CZEPEK”, który stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

2. Wniosek Komisji Nominacyjnej o nadanie Odznacze-

nia Zawodowego „ZŁOTY CZEPEK” do ORPiP w Wałbrzychu- który stanowi załącznik nr 3 do uchwały.

3. Wzór oświadczenia, który stanowi załącznik nr 4 do uchwały

4. Wzór upoważnienia, który stanowi załącznik nr 5 do uchwały.

5. Wzór Odznaczenia, który stanowi załącznik nr 6 do uchwały.

§ 2

1. Koszty działalności Komisji Nominacyjnej oraz koszty Odznaczenia Zawodowego i jego nadania ponosi OIPiP w Wałbrzychu.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORPiP
(-) Małgorzata Hrycak

Przewodnicząca ORPiP
(-) Maria Pateczka

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 21/VII/2017 z dnia 31 stycznia 2017r. Regulamin nadawania Odznaczenia Zawodowego „ZŁOTY CZEPEK” pielęgniarkom / pielęgniarzom i położnym członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

§1

1. Odznaczenie Zawodowe „ZŁOTY CZEPEK” zwane dalej **Odznaczeniem** przyznawane jest pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym, członkom samorządu Okręgowej Izby

Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za wzorową postawę zawodową i społeczną, upowszechnianie zasad etyki zawodowej, za współdziałanie na rzecz integrowania środowiska zawodowego.

2. Odznaczenie nadawane jest przez Komisję Nominacyjną na podstawie pozytywnie zaopiniowanego wniosku, przyznawane na mocy uchwały przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

3. Odznaczenie nadawane jest pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym, którzy przepracowali w zawodzie co najmniej 6 lat.

4. Odznaczenie zawodowe nie jest nadawane osobom:

- 1) wobec których toczy się postępowanie przed Okręgowym lub Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej,
- 2) wobec której Okręgowy Sąd lub Naczelny Sąd orzekł karę
- 3) która nie wykonała obowiązku regularnego opłacenia składki członkowskiej przez okres ostatnich 5 lat przed dniem złożenia wniosku.

§ 2

1. Wniosek o nadanie Odznaczenia może składać Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarka/ Położna Naczelna, Pielęgniarka/Położna Przełożona, Pielęgniarka/Położna Koordynująca, Członek Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

2. Ustala się limit odznaczeń dla podmiotu zatrudniającego pielęgniarki i położne:

- 1) do 200 zatrudnionych pielęgniarek i położnych - 2 odznaczenia w danym roku kalendarzowym,
- 2) powyżej 200 do 500 zatrudnionych pielęgniarek i położnych - 5 odznaczeń w danym roku kalendarzowym,
- 3) powyżej 500 zatrudnionych pielęgniarek i położnych - 7 odznaczeń w danym roku kalendarzowym

3. Odznaczenie „Złoty Czepek” przyznawane jest tylko raz.

4. Odznaczenie zawodowe może być nadane pośmiertnie.

§ 3

1. Wypełniony wniosek składa się **do 5 marca** danego roku kalendarzowego w biurze OIPiP w Wałbrzychu .

2. Wniosek nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, zwracany jest do wnioskodawcy w celu jego uzupełnienia lub poprawienia.

3. Wnioski, na podstawie których nie zostały przyznane Odznaczenia w danym roku kalendarzowym, mogą być składane ponownie w latach następnych.

4. Wzór wniosku o przyznanie Odznaczenia stanowi **Załącznik Nr 2 do uchwały**.

5. Wzór wniosku Komisji Nominacyjnej o nadanie Odznaczenia stanowi **Załącznik Nr 3 do uchwały**.

§ 4

1. Odznaczenie wręczane jest jeden raz w roku podczas obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej przez Przewodniczącą Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu lub z jej upoważnienia przez Wiceprzewodniczącą.

2. W przypadku nie odebrania odznaczenia w trybie opisanym w pkt 1, osobie odznaczonej wręcza się odznaczenie na najbliższym posiedzeniu ORPiP w Wałbrzychu.

3. Odznaczenie z ważnych przyczyn może zostać odebrane przez osobę, której pisemnego upoważnienia udzieliła osoba odznaczona. Wzór upoważnienia stanowi **Załącznik nr 5 do uchwały**.

4. Nazwiska osób odznaczonych w danym roku kalendarzowym zamieszczone zostaną w Biuletynie Informacyjnym oraz na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

5. O nadaniu odznaczenia Przewodnicząca ORPiP w Wałbrzychu w formie pisemnej powiadamia kierownika podmiotu zatrudniającego osobę odznaczoną.

§ 5

1. Komisję Nominacyjną powołuje ORPiP w Wałbrzychu na mocy Uchwały .

2. Skład Komisji Nominacyjnej stanowią:

- Prezydium ORPiP w Wałbrzychu
- Przewodnicząca Komisji Etyki lub osoba przez nią wskazana
- Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych lub Z-ca ORZOZ
- Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych lub jego członek

3. Komisji Nominacyjnej przewodniczy Przewodnicząca ORPiP, która zwołuje pierwsze posiedzenie Komisji w celu oceny i analizy złożonych wniosków. Na pierwszym posiedzeniu w drodze głosowania zatwierdza się osobę do protokołowania przebiegu posiedzenia.

4. Posiedzenie Komisji Nominacyjnej otwiera Przewodnicząca, sprawdza listę obecności. Posiedzenie jest ważne, jeżeli uczestniczy w nim co najmniej połowa członków Komisji.

5. Przewodnicząca lub osoba przez nią upoważniona przedstawia członkom Komisji wnioski. Każdy wniosek jest bardzo szczegółowo sprawdzany pod względem merytorycznym i formalnym.

6. W przypadku braku jednomyślności w ocenie złożonego wniosku, Przewodnicząca zarządza dyskusję, po jej zakończeniu poddaje wnioski pod głosowanie. W głosowaniu jawnym, wnioski zatwierdza się zwykłą większością głosów. W przypadku równości głosów, głos rozstrzygający ma Przewodnicząca Komisji.

7. W przypadku, gdy kandydatem przedstawionym do odznaczenia jest członek Komisji Nominacyjnej, na czas omawiania wniosku w jego sprawie jest zobowiązany do opuszczenia sali.

8. Z posiedzenia Komisji Nominacyjnej sporządza się protokół, który podpisują wszyscy członkowie Komisji Nominacyjnej obecni na posiedzeniu.

9. Protokół z posiedzenia, zatwierdzone wnioski wraz z załącznikami, w zamkniętej, opisanej teczce Przewodnicząca Komisji Nominacyjnej przekazuje do dokumentacji na posiedzenie ORPiP.

10. Sekretarz ORPiP prowadzi rejestr odznaczonych na podstawie uchwały ORPiP.

W sprawach nie ujętych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

Z PRAC NACZELNEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

STANOWISKO



Stanowisko

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

z dnia 18 października 2016 r.

**w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych
w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek**

Wyrażamy stanowczy sprzeciw w związku z planowanym przez Ministra Zdrowia projektem zmian w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek **polegającym na powrocie do koncepcji kształcenia z okresu powojennego**, czyli przywróceniu modelu zawodu pielęgniarki jako pomocniczego, a nie samodzielnej profesji medycznej, funkcjonującej zgodnie ze standardami międzynarodowymi. Nie wyrażamy zgody na stosowanie przemocy politycznej w odniesieniu do jednej z kluczowych grup zawodowych w ochronie zdrowia, tj. ponad trzystutysięcznego środowiska pielęgniarek i położnych oraz zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów, jakie planowane zmiany mogą spowodować.

Uzasadnienie:

1. Organizacje pielęgniarskie, reprezentując całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa, wyraziły swoje zaniepokojenie i sprzeciw wobec zamierzeń rządu, które dotyczą zmiany systemu kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki. Stronie rządowej

przedstawiono wspólne Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 lipca 2016 r., które zostało poparte podczas XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich w dniu 15 września 2016 r. w Warszawie przez pielęgniarskie towarzystwa specjalistyczne. Niestety, aktualne działania Ministra Zdrowia są sprzeczne z wskazanym Stanowiskiem.

2. Przedstawiony przez Ministra Zdrowia w piśmie z dnia 3 października 2016 r. sygn. PRL.022.1281.2016.AK projekt zmian w systemie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek, przekazany do Ministra Edukacji wraz z projektem zmian ustawowych, nie był przygotowywany w porozumieniu z głównymi adresatami tych zmian, czyli pielęgniarkami. Powstał przy pełnej wiedzy Ministra Zdrowia w zakresie braku zgody pielęgniarek na zmiany polegające na deprecjacji naszego zawodu. Działania Ministra Zdrowia są w naszej ocenie formą przemocy politycznej, a nie działaniem dla dobra pacjentów i pielęgniarek.
3. Nasze głębokie zaniepokojenie budzi również wykazany w przedłożonym przez Ministra Zdrowia projekcie brak rozumienia prawa europejskiego, odnoszącego się do kształcenia pielęgniarek i uruchamianie działań, które stanowią jawne pogwałcenie obowiązujących Dyrektyw 2005/36/EC oraz 2013/55/EU, które dotyczą wzajemnego uznawania kwalifikacji.
4. Współczesne pielęgniarstwo to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i szczegółowo regulowanym systemie kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego, mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Tytuł zawodowy pielęgniarki jest prawnie chroniony i nie może być utożsamiany z grupą zawodową personelu przygotowanego do zadań pomocniczych w systemie ochrony zdrowia, czy opieki społecznej. Byłby to powrót do definicji zawodu z lat 50. i 70. ubiegłego wieku.
5. Wyniki badań naukowych jednoznacznie pokazują, że istnieje ścisły związek między poziomem wykształcenia pielęgniarek, a bezpieczeństwem pacjentów. Edukacja pielęgniarek na poziomie licencjackim, zgodna z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawa unijnego, koreluje z uzyskiwanymi efektami świadczeń medycznych – powoduje wzrost jakości opieki oraz spadek liczby zdarzeń niepożądanych, takich jak: zakażenia, odleżyny, rehospitalizacje, wydłużony pobyt pacjenta w szpitalu, upadki oraz zgony pacjentów. Każdy 10% wzrost zatrudnienia pielęgniarek z tytułem licencjata w oddziale szpitalnym powoduje obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych o 7% (Aiken et al., 2014, Wójcik-Wieczorek B., 2016). Wyższy poziom kształcenia oraz coraz szersze kompetencje pielęgniarek gwarantują bezpieczeństwo pacjenta, co powinno być kluczowym kryterium w planowanych zmianach, które dotyczą kadr medycznych.
6. Odnosząc się do potrzeby pilnego rozwiązania niedoboru personelu opiekuńczego i pielęgniarskiego w placówkach ochrony zdrowia, oczekujemy od Ministra Zdrowia zarówno strategii działań w zakresie wzmocnienia i promocji zawodu pielęgniarki w Polsce, jak i długofalowej strategii rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, a nie doraźnych działań prowadzących do eskalacji konfliktu w sektorze zdrowia i dalszego pogarszania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.
7. W imieniu środowiska pielęgniarskiego żądamy niezwłocznej realizacji rekomendacji zawartych w dokumencie „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie

i położnicze. Rekomendacje i ich realizacja”, zaakceptowanym przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 2 września 2015 roku. Niezbędne są konstruktywne, długofalowe działania rządu w zakresie poprawy zabezpieczenia dostępności do opieki pielęgniarskiej w naszym kraju.

Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik

Przewodnicząca OZZPiP

Lucyna Dargiewicz

Prezes NRPiP

Zofia Małas

INFORMACJA SEKRETARZA STANU, MEN

MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ

SEKRETARZ STANU
Teresa Wargocka

Warszawa, 19 grudnia 2016 r.

DKZU-WKZ.4214.28.2016.EM

Sz.P.

Sebastian Irzykowski
Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Prezesie,

w odpowiedzi na pismo sygn. NIPiP-NRPiP-OIE.060.330.2016, przy którym przedłożono stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej

wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek uprzejmie informuję.

Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o rozważenie włączenia do systemu oświaty kształcenia w zawodzie pielęgniarki. W zakresie tym Minister Zdrowia zgłosił również, w toku uzgodnień międzyresortowych, propozycje zmian w procedowanych projektach: ustawy Prawo oświatowe oraz ustawy Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe.

W związku z tym, że propozycja Ministra Zdrowia dotycząca umożliwienia kształcenia w zawodzie Pielęgniarka w ramach systemu oświaty wymaga przeprowadzenia szczegółowej analizy, Minister Edukacji Narodowej w procedowanych projektach ustaw nie uwzględnił propozycji Ministra Zdrowia w tym zakresie.

Z informacji uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia wynika, że resort zdrowia prowadzi konsultacje robocze w przedmiotowym zakresie z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych celem zapewnienia zgodności rozważanego sposobu kształcenia pielęgniarek z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzeniem (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że kształcenie zawodowe w ramach systemu oświaty odbywa się w zawodach ujętych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego¹. Zgodnie z przepisem art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.) minister właściwy do spraw oświaty i wychowania określa, w drodze rozporządzenia, klasyfikację zawodów szkolnictwa zawodowego na wniosek ministra właściwego w zakresie danego zawodu (wprowadza nowe zawody do klasyfikacji, wykreśla zawody bądź dokonuje ich modyfikacji). W przypadku zawodu pielęgniarka ministrem właściwym jest Minister Zdrowia, który powinien dokonać oceny uzasadnienia wprowadzenia zawodu do klasyfikacji (kształcenia w określonym typie i rodzaju szkoły) z punktu widzenia potrzeb danej branży czy gałęzi gospodarki oraz biorąc pod uwagę wymagania kwalifikacyjne określone w przepisach regulujących funkcjonowanie danego obszaru.


Wniosek Ministra Zdrowia dotyczący umożliwienia kształcenia w zawodzie Pielęgniarka (wprowadzenie zawodu do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego) powinien zawierać:

- 1) opis zawodu oraz kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu, wraz ze zbiorem umiejętności zawodowych dla każdej kwalifikacji, sporządzony z uwzględnieniem charakterystyk poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia, oraz propozycję dotyczącą przypisania poziomu Polskiej Ramy Kwalifikacji do kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu;
- 2) uzasadnienie potrzeby kształcenia w tym zawodzie;
- 3) nazwę i miejsce zawodu w określonej grupie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy;

4) informację o potrzebach rynku pracy w zakresie danego zawodu.
Do wniosku powinna być dołączona opinia organizacji pracodawców, reprezentatywnych w rozumieniu ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz. U. poz. 1240).

W świetle powyższego uprzejmie informuję, że na dzień dzisiejszy do Ministra Edukacji Narodowej nie wpłynął wniosek Ministra Zdrowia dotyczący wprowadzenia do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego nowego zawodu Pielęgniarka.

Z poważaniem


Teresa Wargocka
Sekretarz Stanu

15 LUTEGO MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ

ŻYCZENIA

W imieniu władz Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek i własnym w dniu naszego święta życzę Wam – Drogie Koleżanki i Koledzy – wiele ciepłych słów uznania od Waszych przełożonych i współpracowników za ogrom zadań, jakie wykonujecie, by każdy pacjent przebywający na bloku operacyjnym czuł się bezpiecznie, by operacje przebiegały bez zakłóceń, by zawsze wszystko przebiegało zgodnie z ustalonymi procedurami.

Życzę Wam również, by satysfakcja, jaką czerpicie z pracy

dawała poczucie dumy z przynależności do grupy pielęgniarek i położnych operacyjnych.

W życiu osobistym niech towarzyszy Wam uśmiech i zapał do realizacji wszystkich marzeń i planów.

Z wyrazami szacunku

Prezes Ogólnopolskiego
Stowarzyszenia Instrumentariuszek
Joanna Borzęcka



A teraz kilka słów od najważniejszych osób w Europejskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Bloku Operacyjnego:

Drogie Koleżanki i Koledzy,

W imieniu Zarządu EORNA życzymy Wam szczęśliwego i pełnego inicjatyw świętowania Europejskiego Dnia Pielęgniarsstwa Operacyjnego (EPND) w 2017 roku

Wybrane zostało motto:

Kontroluj dymy chirurgiczne - bądź bezpieczny

W tym roku tematem przewodnim EPND jest bezpieczeństwo wszystkich osób obecnych w salach operacyjnych. Dymy chirurgiczne stanowią znaczące zagrożenia chemiczne i bio-

logiczne. Zachęcamy do stworzenia i utrzymania zdrowego środowiska dla pacjentów i siebie podczas operacji. Wszyscy mamy prawo do pracy w środowisku, zapewniającym odpowiednią jakość i bezpieczeństwo zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu

Jest to również misją EORNA.

Z poważaniem

May Karam – Prezes EORNA

Jana Wichsova – Wiceprezes EORNA

„FORUM STOWARZYSZEŃ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OPERACYJNYCH”

W dniu 20 stycznia 2017 roku w Warszawie odbyło się spotkanie pielęgniarek i położnych operacyjnych, zorganizowane przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek, w którym miałyśmy przyjemność uczestniczyć z ramienia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Uczestników przywitała pani mgr Joanna Borzęcka, Prezes Stowarzyszenia, która złożyła wszystkim zgromadzonym życzenia z okazji zbliżającego się dnia Pielęgniarsstwa Operacyjnego, przypadającego na dzień 15 lutego. Forum zaszczyliła swoją obecnością pani Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na spotkaniu głos zabrały prelegentki w osobach: mgr Barbara Dąbrowska z Białegostoku, dr Ewa Kościów-Zamojska ze Szczecina oraz panie lic piel. Ewa Habel i mgr Danuta Matyka z Lublina. Wśród obecnych nie zabrakło przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Pierwszym poruszonym podczas Forum tematem była bezwzględna potrzeba ustanowienia precyzyjnych norm zatrudnienia na blokach operacyjnych. Problem dotychczas szeroko omawiany, z uwagi na to iż nie istnieją żadne normy ani standardy, w randze rozporządzenia wprowadzonego przez Ministra Zdrowia, które skutkowałyby regulacją zasad i warunków pracy instrumentariuszek.

W chwili obecnej w naszej pracy możemy powoływać się jedynie na uchwałę Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 roku mówiącą o tym że:

„Aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta na każdy czynny stół operacyjny (na którym w danej chwili jest lub może być pacjent) przypadają minimum dwie pielęgniarki/ położne operacyjne: pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca i pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca”

Niestety wiele z naszych koleżanek, z przyczyn niezależnych od nich samych, nie jest w stanie wykonywać swojej pracy zgodnie z istniejącymi ustaleniami. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Zofia Małas poinformowała nas, iż Minister Zdrowia planuje powołać zespół do opracowania wytycznych, które będą przedstawione jedynie w formie obwieszczenia, lecz w dalszym ciągu nie będą definitywnie regulować standardów. Jednakże to właśnie ścisłe regulacje powinny być niezbędnym zapleczem dającym gwarancję ograniczenia zakażeń i kosztów leczenia związanych z ewentualną reoperacją. „**Instrumentariuszka**” jest nazwą historyczną, określa się tak osobę pomagającą lekarzowi specjalności operacyjnej. Przechodzimy tu do kolejnego tematu wystąpień – rozpatrywania pielęgniarsstwa operacyjnego jako przedmiotu nauczania. Należy zaznaczyć że charakteryzuje się ono właściwą sobie specyfiką czynności pielęgniarskich i problemów chorego wynikających z tej dziedziny. Tak więc zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej podzielić można na trzy etapy.

Pierwszy, przedoperacyjny, polega na przygotowaniu potrzebnych instrumentów i sprzętów koniecznych do wykonania zabiegu operacyjnego.

Drugi, śródoperacyjny, realizuje się poprzez czuwanie podczas operacji nad chorym, sprzętem i materiałem operacyjnym.

Natomiast **trzeci**, bezpośrednio pooperacyjny, trwa do momentu opuszczenia przez chorego bloku operacyjnego.

Pielęgniarsstwo operacyjne obecnie bardzo szybko się rozwija. Wynika to z doskonalenia i wprowadzania coraz nowszych technik operacyjnych i sprzętów. Dziedzina ta wymaga ciągłego i dynamicznego rozwoju zawodowego. Przy



czym pielęgniarka/położna może zdobywać konieczną wiedzę i rozwijać umiejętności dopiero w kształceniu podyplomowym. Oznacza to że przygotowanie do zawodu opieramy na kształceniu akademickim - polega ono na przyswajaniu nauk związanych z medycyną oraz naukami społecznymi i humanistycznymi. Finalnym etapem jest praca na stanowisku pielęgniarki/położnej operacyjnej pod okiem mentora (minimum przez 1 rok). W tym czasie pielęgniarka/położna powinna ukończyć kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w dziedzinie operacyjnej. Tak przygotowana i zaadoptowana do zawodu może doskonalić swoje umiejętności i pogłębiać wiedzę w procesie doskonalenia zawodowego.

Podczas kolejnego wystąpienia omawiany był temat standardów wspomnianego procesu adaptacji dla pielęgniarki/położnej operacyjnej. Obejmuje on pierwszy rok pracy na stanowisku instrumentariuszki. Odbywać się on powinien pod okiem mentora, osoby wykwalifikowanej, która poświęca swój czas wyłącznie na wprowadzenie adepta do zawodu. Pierwszy etap obejmuje okres próbny, trwający 3 miesiące. W tym czasie pielęgniarka uczy się czym jest zespół operacyjny, kto stanowi jego skład i na czym polega

zakres obowiązków każdej z osób w zespole. Poznaje pracę pielęgniarki/położnej asystującej i pielęgniarki/położnej pomagającej, a także rodzaje czynności wykonywanych w trakcie zabiegu na sali operacyjnej. Następnie pod okiem mentora zdobywa umiejętności techniczne oparte na teorii i praktyce zabiegu. Uczy się słuchać, obserwować, wyciągać wnioski i odpowiednio szybko reagować. Nabiera sprawności manualnej, potrafi analizować i planować swoje działania. Dopiero tak przygotowana pielęgniarka/położna operacyjna stanowi mocne ogniwo zespołu operacyjnego.

W trakcie spotkania miałyśmy możliwość podzielenia się z koleżankami naszymi problemami oraz wymianą doświadczeń. Spotkanie upłynęło w miłej atmosferze za co serdecznie dziękujemy.

*Przygotowała:
Iwona Grześków- Świdnica,
Regionalny Szpital Specjalistyczny „Łatawiec”*

*Danuta Truszyńska- Wałbrzych,
Specjalistyczny Szpital im. Dra Sokołowskiego*

STANDARDY PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 277/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. w sprawie ustalenia Standardu pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego; 1 grudnia 2014

SŁOWO OD AUTORÓW „STANDARDÓW PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO”

Pielęgniarstwo operacyjne to dziedzina, w której kształcenie podyplomowe rozpoczęło się w latach 60-tych XX wieku. Pierwszym podręcznikiem wydany w Polsce po II wojnie światowej (1956 r.) był „Podręcznik dla instrumentariuszek” autorstwa Danuty Kasiny.

„Instrumentariuszka” to historyczna nazwa osób, które pomagały lekarzom specjalności zabiegowej w przeprowadzaniu operacji podając im narzędzia i dbając o zaplecze bloku operacyjnego. We wspomnianym wyżej podręczniku autorka wskazywała, że osobami tymi mają być pielęgniarki dyplomowane cechujące się przede wszystkim spokojem i opanowaniem oraz dobrą kondycją fizyczną. Współczesną nazwą instrumentariuszki jest „pielęgniarka operacyjna” lub „położna operacyjna”. We współczesnej Europie (niektóre lądy Niemiec) pojęcie „instrumentariuszka” odnosi się do osób nie będących pielęgniarkami, a posiadającymi uprawnienia

WSTĘP

Standardy pełnią ważną rolę w zapewnieniu właściwej opieki w każdej dziedzinie pielęgniarstwa. Ich zadaniem jest przede wszystkim określenie wzoru postępowania.

Standardy napisano na podstawie wytycznych dotyczących ogólnych standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej zatwierdzonych przez ministra zdrowia i opieki społecznej do wdrożenia pilotażowego. Wytyczne te zostały umieszczone w publikacji redagowanej przez A. Piątek *Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999. Zbiór standardów zawarty w niniejszej pracy zawiera ogólne wytyczne i normy wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej operacyjnej z uwzględnieniem dobranej koncepcji i celu pielęgnowania, praw pacjenta, metod pielęgnowania, obowiązujących przepisów prawnych oraz warunków techniczno

do pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej – po ukończeniu trzyletniej szkoły.

Standardy mają opisywać rzeczywistość i być dostosowanymi do warunków, w których mają obowiązywać. Literatura, starsza niż dziesięcioletnia została wykorzystana w opracowaniu z uwagi na aktualność zawartych w niej zapisów, czego przykładem jest pozycja pod redakcją A. Piątek „Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny”, wydany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w 1999 roku (jest to jedyne wydanie). Informacje merytoryczne pozostałych pozycji są nadal aktualne i dlatego autorzy zdecydowali się je wykorzystać, zwłaszcza, że jest niedobór literatury opisującej pracę polskich pielęgniarek/położnych operacyjnych.

Autorzy wyrażają serdeczne podziękowania osobom, których cenne uwagi podniosły wartość merytoryczną Standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Joanna Borzęcka i współautorzy

– organizacyjnych wykonywania zawodu. Zatem należą do kategorii ogólnych standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej, a ponieważ w wielu miejscach odnoszą się również do specyficznych wymagań wykonywania zawodu w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego otrzymały nazwę „ogólne standardy pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”. Każdy ze standardów ma dodany (po myślniku) wyraz lub związek frazeologiczny zgodny z nazewnictwem określonym w *Standardach opieki pielęgniarskiej w praktyce*.

Ogólne standardy praktyki pielęgniarskiej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, które uszczegółowią treści zawarte w przedstawianym zbiorze standardów - dotyczyć będą specyficznych dla tej dziedziny sposobów sprawowania opieki nad pacjentem, czyli – między innymi – sposobów zapewnienia poczucia bezpieczeństwa pacjenta czy ochrony godności osobistej na bloku operacyjnym, a także sposobów ochro-

ny pielęgniarek/położnych operacyjnych przed czynnikami szkodliwymi w ich miejscach pracy.

Wśród pielęgniarek czy położnych operacyjnych jest coraz większy odsetek mężczyzn, zatem w każdym miejscu, gdzie jest mowa o pielęgniarence/położnej operacyjnej należy pamiętać, że zapis ten w każdym przypadku ma brzmienie pielęgniarka/**pielęgniarz** położna/**położny** operacyjny.

Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – podstawy teoretyczne

UZASADNIENIE: pojęcia teoretyczne pielęgniarstwa operacyjnego stanowią ramy do wyznaczania celów, planowania, realizowania i oceniania opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym. Dostarczają argumentów do uzasadnienia roli i miejsca pielęgniarki operacyjnej spośród przedstawicieli innych zawodów w ochronie zdrowia.

Pielęgniarstwo operacyjne jest odrębną specjalnością pielęgniarską, której przedstawiciele badają, analizują i rozwiązują problemy związane z zapewnieniem sprawnej asysty pielęgniarskiej do zabiegu operacyjnego, z poczuciem bezpieczeństwa i zachowaniem godności osobistej pacjentów przebywających na Bloku Operacyjnym oraz innymi problemami wynikającymi ze specyfiki pracy pielęgniarek operacyjnych. Pielęgniarstwo operacyjne można utożsamiać pojęciowo z pojęciem obecnym w literaturze europejskiej i amerykańskiej odpowiednikiem „perioperative nursing” (dające się przetłumaczyć jako pielęgniarstwo okołoperacyjne) w tym sensie, że jest to dział odnoszący się do opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej, świadczonej w strukturach bloku operacyjnego. Są to zasady pielęgniarskiej opieki na bloku operacyjnym w części anestezyjologicznej i chirurgicznej. Opieka ta jest oparta na wiedzy i kompetencjach w obu tych dziedzinach. Jako członek zespołu chirurgicznego, zarejestrowana pielęgniarka „perioperative” pracuje we współpracy z innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem. Zatem na gruncie warunków polskich jest to wiedza i kompetencje z zakresu opieki okołoperacyjnej w dwóch dziedzinach pielęgniarstwa: anestezyjologicznego i operacyjnego.

Pielęgniarka/położna operacyjna – jest to osoba, mająca uprawnienia do pielęgniarskiej asysty do zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych. W dziedzinie położnictwa i ginekologii w blokach operacyjnych na stanowisku

Wzorując się na zapisach zawartych w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zdecydowano się na formę „pielęgniarka/położna operacyjna”. Miejsce pracy pielęgniarki/pielęgniarsza - położnej/położnego operacyjnego jest zgodne odpowiednio z art. 4 i art. 5 ustawy z dnia 11 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

Pielęgniarstwo operacyjne jest odrębną specjalnością pielęgniarską, której przedstawiciele badają, analizują i rozwiązują problemy związane z zapewnieniem sprawnej asysty pielęgniarskiej do zabiegu operacyjnego, z poczuciem bezpieczeństwa i zachowaniem godności osobistej pacjentów przebywających na Bloku Operacyjnym (...) Pielęgniarstwo operacyjne można utożsamiać pojęciowo z pojęciem obecnym w literaturze europejskiej i amerykańskiej odpowiednikiem „perioperative nursing” w tym sensie, że jest to dział odnoszący się do opieki pielęgniarskiej przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej, świadczonej w strukturach bloku operacyjnego.

pielęgniarki operacyjnej pracują również położne. Podstawowym obowiązkiem pielęgniarki/położnej operacyjnej jest „...całościowe, samodzielne, fachowe, biegłe i planowe przygotowanie zabiegu operacyjnego oraz asystowanie przy jego przebiegu i nadzorze¹” z uwzględnieniem zapewnienia pacjentowi poczucia godności osobistej i bezpieczeństwa, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Praktykę zawodową pielęgniarka/położna operacyjna opiera na naukach pielęgniarskich, w szczególności pielęgniarstwie operacyjnym i na podstawach innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa („zdobycach nauk medycznych, społecznych i humanistycznych” – Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej).

Uprawnienia do pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej nabywa się drogą:

- odbycia szkolenia do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej operacyjnej pod przewodnictwem opiekuna procesu adaptacji (mentora), mającego wiedzę i doświadczenie w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (specjalisty w tej dziedzinie). Szkolenie odbywa się według wewnątrzszkolowego systemu szkolenia nowych pracowników na bloku operacyjnym. Nowy pracownik powinien rozpocząć naukę celem zdobycia formalnych uprawnień w terminie do 1 roku od momentu podjęcia pracy w bloku operacyjnym, zaś pracodawca powinien mu umożliwić udział w kursie kwalifikacyjnym/specjalizacji². Pielęgniarka/położna po odbyciu szkolenia wewnętrznego jest zatrudniona na stanowisku pełniącej obowiązki pielęgniarki/położnej operacyjnej z miejscem zatrudnienia blok operacyjny,
 - ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,

¹ Jacobs – Schäfer, i współautorki, Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] G. Luce- Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 4-5.

² Warunki kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji określają odpowiednio: art. 71 ust. 2 pkt. 2 i art. 67 ust. 4 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.)

– ukończenia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Zespół operacyjny – grupa osób uczestnicząca w przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych w sposób możliwie najlepszy i najszybszy. W skład zespołu operacyjnego wchodzi: lekarz/ lekarze specjalności zabiegowej, dwie pielęgniarki/położne operacyjne: instrumentująca i pomagająca, lekarz anestezjolog oraz pielęgniarka anestezjologiczna. Za całość zabiegu operacyjnego odpowiada lekarz operator. Podmiotem działań zespołu operacyjnego jest pacjent, będący w centrum działań zespołu terapeutycznego, co znajduje wyraz w prowadzeniu okołooperacyjnej karty kontrolnej.³

Instrumentowanie (inaczej asysta pielęgniarstwa) – to podstawowy zakres czynności pielęgniarek/położnych operacyjnych. Są to działania wykonywane przez pielęgniarki/położne operacyjne w trakcie zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych przeprowadzanych w warunkach sali operacyjnej. Działania te są oparte na wiedzy o teoretycznym i praktycznym przebiegu operacji z uwzględnieniem działań pielęgniarek/położnych operacyjnych oraz na wnioskach z własnych obserwacji. Instrumentowanie dotyczy:

- czynności mentalnych (analizowanie i wyciąganie wniosków z wypowiedzi operatora, jego asysty, i innych członków zespołu operacyjnego),
- czynności manualnych (szybkie, celowe, najlepiej bez wezwania - podawanie narzędzi i innych rzeczy potrzebnych w trakcie operacji,
- **pojęcie asysty pielęgniarstwa (instrumentowania) nie obejmuje czynności związanych z asystą lekarską**, dotyczącą manipulowania narzędziami w obrębie pola operacyjnego (utrzymywanie porządku w polu operacyjnym, odstawianie pola operacyjnego, czyli tzw. trzymanie haków, pilnowanie końca nitki, prowadzenie nitki przy szwach ciągłych, zdejmowanie kleszczyków hemostatycznych, adaptacja brzegów rany, obcinanie nitek itp.) .

Troskliwość pielęgniarstwa w pielęgniarstwie operacyjnym

„Wyjaśnienia troskliwości pielęgniarstwa mówią, że pielęgniarkę i jej postępowanie cechuje to, że lubi ludzi; ich los nie jest jej obojętny; chce im pomagać; dysponuje niezbędną wiedzą; opanowała konieczne sprawności; skupia uwagę na szczegółach w zapewnianiu pomocy; zna i rozumie tego, komu pomaga; zna jego problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia przez ułatwienie, a nie przez wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna siebie – swoje możliwości i ograniczenia;

³ Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK) – dostępna na stronie: www.cmj.org.pl/who/okk/okk.pdf – jest to dokument opracowany przez WHO, służący poprawie bezpieczeństwa i promowaniu skutecznej komunikacji i dobrej współpracy w wielodyscyplinarnym zespole operacyjnym. Koordynator OKK, którym najczęściej jest lekarz anestezjolog w określonych momentach (przed znieczuleniem, przed nacięciem i zanim pacjent opuści blok operacyjny) uzyskuje od członków zespołu operacyjnego niezbędne informacje dotyczące między innymi: tożsamości pacjenta, miejsca operowanego, nazwy procedury medycznej, zgodności użytych materiałów i narzędzi itp.

zasługuje na zaufanie⁴. Na tej podstawie można stwierdzić, że **troskliwość pielęgniarstwa w pielęgniarstwie operacyjnym jest to sprawne działanie pielęgniarki/położnej operacyjnej oparte na wiedzy dotyczącej zarówno obszarów w jej specjalności oraz innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa, jak i wiedzy o problemach konkretnego pacjenta na bloku operacyjnym. Działania te dotyczą przede wszystkim asysty pielęgniarstwa (inaczej instrumentowania), zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i zachowania przez pacjenta godności osobistej, a pielęgniarka/położna operacyjna pracuje z pełnym zaangażowaniem, ale nie przekracza swoich uprawnień.** Troskliwość pielęgniarstwa w tej dziedzinie to również inne czynności pielęgniarki/położnej operacyjnej służące zapewnieniu ciągłości opieki pielęgniarstwa w miejscu pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. filozofia opieki nad pacjentem jest zgodna z uznanymi pojęciami pielęgnowania pacjentów w warunkach sali operacyjnej,
2. nowe rozwiązania praktyczne są oparte na studiowaniu podstaw teoretycznych, co jest cenione przez przełożonych,
3. w miejscu pracy są dostępne podręczne materiały dotyczące podstaw teoretycznych praktyki zawodowej.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarka/położna operacyjna w swojej praktyce stosuje wiedzę z pielęgniarstwa operacyjnego i innych dyscyplin istotnych dla pielęgniarstwa by właściwie sformułować swoje zadania w świadczeniu troskliwości pielęgniarstwa w warunkach bloku operacyjnego,
2. pielęgniarka/położna operacyjna posługuje się pojęciami teoretycznymi z pielęgniarstwa i innych nauk mających zastosowanie w ochronie zdrowia w celu uzasadniania roli i zadań pielęgniarki/położnej operacyjnej w interdyscyplinarnym zespole,
3. pielęgniarka /położna operacyjna w swojej praktyce – sprawdza istniejące teorie,
4. pielęgniarka/położna operacyjna formułuje i przedstawia wnioski dotyczące potrzeby badań naukowych wytykające z praktyki zawodowej.

KRYTERIA WYNIKU

1. działania pielęgniarek/położnych operacyjnych są zgodne z uznanymi teoriami pielęgniarstwa, mającymi zastosowanie w warunkach sali operacyjnej, które są sprawdzane w praktyce oraz z aktualną wiedzą,
2. uznane teorie oraz wiedza z dziedziny pielęgniarstwa operacyjnego są sprawdzane i oceniane w praktyce,
3. wnioski z praktyki działań pielęgniarstwa na bloku operacyjnym stanowią wskazówki do rozwijania badań naukowych w tej dziedzinie.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

⁴ Poznańska S., Pielęgniarstwo i jego istota, [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.1, (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, s. 24-25.

Literatura

1. Bielecki K, Rud P. M. *Chirurgia ogólna*, [w:] *Narzędzia protezy i szwy chirurgiczne*, (red.) K. Bielecki, Makmed, Lublin 2008, s. 31.
2. Ciuruś M., *Pielęgniarstwo operacyjne*, Makmed, Lublin 2007, s. 63.
3. <http://www.aorn.org/CareerCenter/CareerDevelopment/RoleOfThePerioperativeNurse/>
4. http://www.cmj.org.pl/who/okk/who-checklist_artbkhkw.pdf
5. Jacobs – Schäfer, i współautorzy, *Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady* [w:] G. Luce- Wunderle, Debrand-Passard (red.), *Pielęgniarstwo operacyjne*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 4-5.
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”
7. Piątek A. (red.) *Standardy opieki pielęgniarskiej w prak-*

tyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 145-146.

8. Poznańska S., *Pielęgniarstwo i jego istota*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*, t.1, (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, s. 24-25.

9. Rozporządzenie 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 z późn. zm).

10. Szreter T., *Współpraca zespołowa w bloku operacyjnym*, „Blok Operacyjny”, 2000, nr 2, s. 74.

11. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

12. Willems Ch. i współautorzy EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s.11-12.

Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – gromadzenie danych

Gromadzenie danych jest niezwykle istotną czynnością, by dalsze etapy procesu pielęgnowania przebiegały prawidłowo, czyli stosownie do sytuacji zdrowotnej, w jakiej znalazł się pacjent.

UZASADNIENIE: pielęgniarka/położna operacyjna ma obowiązek gromadzenia danych niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarskiej, zaplanowania i zapewnienia właściwego poziomu troskliwości pielęgniarskiej wobec pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym. Celem gromadzenia danych jest postawienie diagnozy pielęgniarskiej, zaplanowanie opieki i jej wykonanie, czyli właściwe przygotowanie się pielęgniarek/położnych operacyjnych do objęcia pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym holistyczną opieką pielęgniarską w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarka/położna operacyjna ma dostęp do aktualnego planu operacyjnego, kanałów łączności umożliwiających komunikowanie się z innymi członkami zespołów operacyjnych oraz innych dokumentów niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarskiej, w tym procedur postępowania pielęgniarskiego i higienicznego,
2. w sytuacji zabiegów nie ujętych w planie operacyjnym pielęgniarki/położne operacyjne powinny otrzymać dane od innych członków zespołu terapeutycznego odpowiednio wcześniej, by mogły zorganizować na czas zasoby potrzebne do operacji, a będące na wyposażeniu bloku operacyjnego,
3. pielęgniarki/położne operacyjne mają dostęp do wszystkich procedur, w których opisany jest przebieg operacji z uwzględnieniem przygotowania się obu pielęgniarek ope-

racyjnych do danej procedury. Ma to szczególne znaczenie w blokach wielospecjalistycznych, ponieważ stały dostęp do procedur eliminuje błędy wynikłe z rzadkości uczestniczenia w danej sytuacji,

4. z uwagi na fakt, że pielęgniarka/położna operacyjna nie powinna w trakcie swego dyżuru opuszczać pomieszczeń bloku operacyjnego jej kontakt z pacjentem jest krótki, a z jego rodziną żaden. Zatem źródła danych to przede wszystkim:

- plan operacyjny, na podstawie którego pielęgniarka/położna operacyjna dobiera właściwy zestaw narzędzi i materiałów dodatkowych,
- rozmowy z przedstawicielami innych zawodów medycznych dotyczących odrębności w postępowaniu z danym pacjentem (np. informacja, że pacjent nie widzi – sprawia, że pielęgniarka/położna operacyjna i pozostałe osoby mające styczność z pacjentem są obowiązane m.in. opisywać mu otoczenie i uprzedzać o czynności zanim zostanie wykonana itp.),
- wnioski z własnych obserwacji i/lub wywiadu z pacjentem,
- historia choroby,
- dokumentacja pielęgniarska,

5. pielęgniarka/położna operacyjna ma kwalifikacje do zbierania danych o sytuacji pacjenta,

6. zakład pracy ma system gromadzenia, rejestrowania i odszukiwania danych o pacjencie, a pielęgniarka/położna operacyjna ma uprawnienia do posługiwania się nim w zakresie niezbędnym do świadczenia opieki,

7. stanowisko pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej jest wyposażone w akcesoria niezbędne do gromadzenia danych o pacjencie.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane w zakresie oczekiwań zespołu lekarzy specjalności zabiegowych co do planowanego przez nich typu procedury medycznej, a w szczególności wiedzy o metodzie i zakresie operacji, ułożenia pacjenta na stole operacyjnym, rodzaju materiałów i akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, niezbędnych w danej procedurze u danego pacjenta,

2. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane o stanie biopsychospołecznym pacjenta, zwłaszcza o dysfunkcjach narządów zmysłów: wzroku i słuchu oraz o ograniczeniach ruchomości stawów, wyciągając wnioski na podstawie własnych obserwacji i/lub danych uzyskanych ze źródeł określonych w kryteriach struktury.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane dotyczące rodzaju procedury medycznej i metodzie interwencji medycznej,

2. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o ro-

dzaju akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, które będą wykorzystane u danego pacjenta,

4. pielęgniarki/położne operacyjne określiły stan biopsychospołeczny pacjenta, w tym dane o ewentualnych ograniczeniach ruchomości stawów oraz o dysfunkcjach narządu wzroku i słuchu,

5. zebrane dane odzwierciedlają aktualną sytuację pacjenta.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

Literatura

1. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 72.

2. Piątek A. [red.] Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 146-147.

3. Płaszewska – Żywko L., Założenia procesu pielęgnowania [w:] Kózka M., Płaszewska Żywko L. (red.), Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2008, s. 28-29.

Standard pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – diagnoza pielęgniarstwa i planowanie opieki

Pielęgniarki/położne operacyjne formułują wnioski z danych o pacjencie w celu prawidłowego przygotowania się do asysty pielęgniarstwa i pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej, tj. zapewnienia pacjentowi i personelowi bezpieczeństwa oraz zapewnienia odpowiedniego zaplecza na czas trwania operacji. Odpowiednio postawiona diagnoza i plan opieki są najważniejszymi czynnikami dalszych działań pielęgniarstwa.

UZASADNIENIE: pacjent na bloku operacyjnym przebywa krótko, jest w sytuacji, która w psychologii nazywa się kryzysową. Zarówno diagnoza jak i planowanie dotyczą w szczególności sprawnej asysty pielęgniarstwa.

W dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego szczególnie istotna jest umiejętność przewidywania sytuacji nietypowych i umiejętność szybkiego reagowania w takich momentach. Dlatego w swojej diagnozie pielęgniarki/położne operacyjne starają się przewidzieć potencjalne problemy i zaplanować sposoby ich rozwiązania.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne

mają kwalifikacje do analizowania i oceny danych oraz sformułowania diagnozy pielęgniarstwa w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i zaplanowania działań,

2. pielęgniarki/położne operacyjne potrafią dobrać odpowiednie zasoby potrzebne do zaplanowania działań i ich wykonania,

3. pielęgniarki/położne operacyjne mają informacje o sposobie pozyskania niezbędnych zasobów,

4. w bloku operacyjnym istnieje możliwość zasięgnięcia porady w sprawach dotyczących planowania opieki pielęgniarstwa przez pielęgniarki położne operacyjne,

5. blok operacyjny wyposażony jest w dokumentację (wzory opieki pielęgniarstwa/położnej operacyjnej).

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne na podstawie specjalistycznej wiedzy, dotyczącej znajomości rozpoznania operacyjnych i etapów przeprowadzania poszczególnych procedur medycznych określają sposób przygotowania się do danej operacji. Przygotowanie się do operacji obejmuje w szczególności zaplanowanie sposobów zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi podczas danej

Pielęgniarki/położne operacyjne formułują wnioski z danych o pacjencie w celu prawidłowego przygotowania się do asysty pielęgniarstwa i pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej, tj. zapewnienia pacjentowi i personelowi bezpieczeństwa oraz zapewnienia odpowiedniego zaplecza na czas trwania operacji. Odpowiednio postawiona diagnoza i plan opieki są najważniejszymi czynnikami dalszych działań pielęgniarstwa.

Pacjent na bloku operacyjnym przebywa krótko, jest w sytuacji, która w psychologii nazywa się kryzysową. Zarówno diagnoza jak i planowanie dotyczą w szczególności sprawnej asysty pielęgniarstwa.

procedury medycznej oraz zaplanowanie zasobów ludzkich i rzeczowych niezbędnych do przeprowadzenia danej procedury u konkretnego pacjenta,

2. pielęgniarki/położne operacyjne przewidują potencjalne problemy mogące pojawić się przy danej procedurze i określają ewentualne sposoby poradenia sobie z nimi. Potencjalne problemy obejmują w szczególności: konieczność modyfikacji ułożenia pacjenta na stole operacyjnym z uwagi np. na dysfunkcje układu kostnego, możliwość rozszerzenia zabiegu operacyjnego, możliwość konwersji, możliwość wystąpienia dużego krwawienia itp.,

3. w planowaniu opieki pielęgniarki/położne operacyjne współpracują z pacjentem oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne właściwie (stosownie do posiadanych informacji) postawiły diagnozę pielęgniarską i przygotowały plan działań odpowiedni dla procedury medycznej, do której się przygotowują,

2. plan opieki jest wynikiem diagnozy i jest dostosowany do przewidywanego sposobu operacji i posiadanych zasobów, stanowi element ogólnego planu terapeutyczno-opiekuńczego pacjenta,

3. diagnoza pielęgniarska określa rzeczywiste i potencjalne problemy, a na jej podstawie zaplanowano – zgodnie z aktualną wiedzą, obowiązującym prawem i obowiązującymi w danym bloku operacyjnym procedurami – metody działań, techniki działań oraz zasoby ludzkie i rzeczowe potrzebne do wykonania danej procedury u konkretnego pacjenta.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

Literatura

1. Ciuruś M., Rozwój pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce. Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej, „Blok Operacyjny”, 2002, nr 1, s. 38.

2. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.

3. Kózka M., Diagnoza pielęgniarska wyznacznikiem interwencji [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L., Diagnozy i interwencje pielęgniarskie, PZWL, Warszawa 2008, s. 36-38.

4. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 147-148.

Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego - realizacja opieki pielęgniarskiej w bloku operacyjnym

Pielęgniarstwo operacyjne jest specjalnością z odrębną specyfiką zarówno czynności pielęgniarskich jak i problemów pacjenta określonych w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

UZASADNIENIE: głównym celem opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest zapewnienie holistycznego i indywidualnego podejścia do pacjenta zgodnie z obowiązującym prawem, zasadami postępowania i zaleceniami. Istotą holistycznej opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny w zakresie swoich kompetencji. Wyróżnić w tej dziedzinie można obszary działań związane z bezpośrednią opieką nad pacjentem i w nich da się wyodrębnić trzy fazy działań: fazę przedoperacyjną, śródoperacyjną i pooperacyjną. Obszar działań nie wymagający bezpośredniej opieki nad pacjentem w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego ma również kluczowe znaczenie, ponieważ wiele czynności przygotowawczych mających ścisły związek z prawidłowym przebiegiem operacji przebiega w czasie dyżurów popołudniowych i nocnych w czasie tzw. gotowości pracowniczej (oczekiwania na zabiegi dyżurowe).

W pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych wyróżnić można:

1. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarską asystą do zabiegów),

2. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/

położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarcie instrumentującej),

3. obszar zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu,

4. obszar obowiązków pracowniczych nie wymagający kontaktu z pacjentem, czy innymi członkami zespołu operacyjnego, dotyczący obowiązków pracowniczych wykonywanych w czasie godzin popołudniowych i nocnych, a mający szczególne znaczenie w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

KRYTERIA STRUKTURY

1. zespół pielęgniarek/położnych operacyjnych jest przygotowany do świadczonej opieki zgodnie z założeniami planu,

2. na blokach operacyjnych powinny być zatrudnione specjalistki pielęgniarstwa operacyjnego (minimum jedna na jedną zmianę roboczą na każdą ze specjalności w danym bloku operacyjnym),

3. liczba pielęgniarek/położnych operacyjnych jest ustalona na poziomie zapewniającym odpowiednią jakość usług. Aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta na każdy czynny stół operacyjny, (czyli taki, na którym w danej chwili jest lub może być pacjent) przypadają minimum dwie pielęgniarki/położne operacyjne: pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca i pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca. Ta ostatnia powinna - na równi z pielęgniarką instrumentującą - być zorientowaną, na jakim etapie jest zabieg operacyjny, jej głównym zadaniem jest pomoc pielęgniarcie operacyjnej in-

strumentującej. Pomoc ta polega na sprawnym dostarczaniu materiałów dodatkowych, obsłudze urządzeń i sprzętu znajdującego się na sali operacyjnej (oprócz sprzętu anestezyjologicznego),

4. na bloku operacyjnym jest zapewniony dostęp do aktualnych regulaminów, standardów i procedur, które mają zastosowanie w danej sytuacji,

5. blok operacyjny jest wyposażony w kanały łączności, w tym internet,

6. blok operacyjny jest wyposażony w niezbędną aparaturę, sprzęt, materiały do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego/diagnostycznego,

7. blok operacyjny jest wyposażony w materiały niezbędne do dokumentowania pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych (w szczególności w protokół pielęgniarki operacyjnej¹), który powinien być dołączany do historii choroby.

¹ Dokumentacja pielęgniarki operacyjnej prowadzona na bieżąco w trakcie procedury medycznej wykonywanej w warunkach sali operacyjnej to dokument, w którym zawarte są następujące informacje: data, dane pacjenta, dane zespołu operacyjnego, oznaczenie sali operacyjnej, w której przebiega procedura medyczna, numer zabiegu na sali operacyjnej w danym roku, miesiącu i w danym dniu, czas zabiegu, rodzaj wykonywanego zabiegu, rodzaj znieczulenia, użyte instrumentarium, zużyte materiały i akcesoria, leki, płyny, używana aparatura medyczna, rodzaj preparatów wysyłanych do różnego typu badań. Dokument taki jest dostosowany do danego bloku operacyjnego, a jego oryginał powinien być dołączany do historii choroby. Najczęściej stosowane nazwy dla takiego dokumentu to: „protokół pielęgniarki operacyjnej” lub „karta zużycia materiału”. Dokument powinien być podpisywany przez obie pielęgniarki operacyjne (instrumentującą i pomagającą).

KRYTERIA PROCESU

Obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarstwem asystującym do zabiegów) pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarkom instrumentującym).

Przed wejściem na salę operacyjną obie pielęgniarki/położne (instrumentująca i pomagająca) mają obowiązek nałożyć ubranie operacyjne, czapkę, maskę, umyć i zdezynfekować higienicznie ręce.

1. pielęgniarki/położne operacyjne otaczają pacjenta opieką zintegrowaną z wiedzą i praktyką opartą na faktach,

2. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają środowisko zgodnie z zasadami obowiązującymi na bloku operacyjnym,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają cały sprzęt, instrumentarium, akcesoria zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami producenta,

4. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają używanie wszystkich rzeczy w nienaruszonym stanie i zapisują to w odpowiedniej dokumentacji,

5. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają właściwe postępowanie związane z identyfikacją, opisem i dokumentowaniem tkanek/płynów pobranych do różnego typu badań,

6. pielęgniarki/położne operacyjne rozpoznają i wdrażają właściwe strategie postępowania z odpadkami, w tym właściwą segregację, usuwanie i zabezpieczanie odpadków.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje poniższa tabela.

1. CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZED OPERACJĄ I WYKONAWCA	2. CZYNNOŚCI WYKONYWANE W CZASIE TRWANIA OPERACJI I WYKONAWCA	3. CZYNNOŚCI WYKONYWANE PO ZAKOŃCZENIU OPERACJI I WYKONAWCA
<p>Przygotowanie i sprawdzenie sali operacyjnej, sprawdzenie funkcjonowania aparatury medycznej (ogólnochirurgicznej i specjalistycznej (np. oświetlenia chirurgicznego, stołu operacyjnego, diatermii chirurgicznej, noża harmonicznego, sprzętu niezbędnego do wykonania operacji endoskopowych (np. laparoskopowych, torakoskopowych, artroskopowych itp.) [P/I]</p> <p>Przygotowanie zestawów z narzędziami, pakietów z bielizną operacyjną, pakietów z materiałem z gazy operacyjnej. [P/I]</p> <p>Przygotowanie materiałów wszczepialnych (implantów) w razie potrzeby. [I]</p> <p>Przygotowanie materiału szewnego i sprzętu dodatkowego takiego jak: cewniki, sondy, rękawice chirurgiczne, folia chirurgiczna, osłony na przewody i aparaturę medyczną itp. [P/I]</p> <p>Chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk [I]</p>	<p>Przygotowanie zestawu do dezynfekcji skóry pola operacyjnego, ubranie członków zespołu operacyjnego w jałowe fartuchy chirurgiczne i jałowe rękawice chirurgiczne, instrumentowanie, podawanie zabezpieczonego przed zagubieniem materiału z gazy chirurgicznej, podawanie materiału szewnego i dodatkowego, obserwowanie pola operacyjnego i otoczenia pacjenta operowanego, okresowe liczenie narzędzi, nici i gazy w trakcie trwania operacji, liczenie instrumentarium i pozostałych materiałów przed zakończeniem operacji, czuwanie nad zachowaniem i utrzymaniem jałowości czasie trwania operacji. [I]</p>	<p>Liczenie narzędzi i materiałów użytych do operacji [P/I], wykonanie dezynfekcji wstępnej narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, szczelne zapakowanie używanych narzędzi i sprzętu medycznego i przekazanie do sterylizatorni. [P], uzupełnienie zużytych w czasie operacji materiałów i sprzętów – przygotowanie standardowych ilości sprzętu i materiałów gotowych do rozpoczęcia następnych operacji. [P]</p>

<p>Aktywne uczestniczenie w przygotowaniu stolików z instrumentarium i personelu do operacji tj. otwieranie zestawów, pakietów, kontenerów z zachowaniem zasad sterylności. Pomoc w zawiązywaniu jałowych fartuchów chirurgicznych [P]</p>	<p>Asystowanie pielęgniарce instrumentującej, otwieranie dodatkowych pakietów i zestawów, podawanie leków/środków antyseptycznych, płynów do płukania ran i jam ciała, obsługa aparatury medycznej, czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta. [P]</p>	<p>Nadzór nad segregacją odpadów w sali operacyjnej. Porządkowanie sali operacyjnej po wykonanym zabiegu operacyjnym. [P]. Nadzór nad dekontaminacją sali operacyjnej. [P/I]</p>
<p>Przygotowanie dokumentacji pielęgniarki/położnej operacyjnej [P]</p>	<p>Prowadzenie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej, dokumentowanie wszystkich dodawanych materiałów.[P]</p>	<p>Sprawdzenie wpisów do dokumentacji i podpisanie dokumentacji pielęgniarki/położnej operacyjnej.[I/P]</p>
<p>Przygotowanie pojemników na tkanki/ narządy przeznaczone (po zakończeniu operacji) do badania histopatologicznego.[P]</p>	<p>Włożenie pobranych tkanek do właściwych pojemników, opisanie pojemników (zabezpieczenie przed pomyleniem), zalanie tkanek płynem konserwującym (w uzgodnieniu z lekarzem operującym). [P]</p>	<p>Wpisanie materiałów przeznaczonych do badania histopatologicznego do rejestru [P], nadzór nad przekazaniem tkanek do pracowni diagnostycznej [P/I]</p>
<p>Przygotowanie wymazówek/pojemników przeznaczonych do pobrania materiału do badań mikrobiologicznych.[P]</p>	<p>Pomoc w pobraniu materiału biologicznego do badań mikrobiologicznych. [P]</p>	<p>Zarejestrowanie pobranych próbek i zorganizowanie niezwłocznego przekazania materiału do pracowni mikrobiologicznej, zabezpieczenie materiału przed zniszczeniem i ew. zagubieniem. [P]</p>
<p>Udział w przyjęciu pacjenta na salę operacyjną, sprawdzenie tożsamości pacjenta i operowanej strony/lub operowanego narządu (niezależnie od lekarza operatora), pomoc operatorowi/asyście w bezpiecznym ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym: (stosowanie maty stabilizacyjnej, udogodnień, pasów mocujących itp.) [P]</p>		<p>Pomoc w bezpiecznym zdjęciu pacjenta ze stołu operacyjnego/przełożeniu pacjenta na wózek transportowy lub do łóżka, nadzór nad dezynfekcją sprzętów przeznaczonych do stabilizacji ciała pacjenta. [P]</p>
<p>Udział w zapewnieniu pacjentowi normotermii (przygotowanie materaca grzewczego na stół operacyjny, kołderki jednorazowej, ciepłych płynów do płukania jam ciała i zwilżania serwet chirurgicznych). [P]</p>	<p>Regulowanie wysokości temperatury termostatu w podgrzewaczu płynów w zależności od bieżących potrzeb. [P]</p>	
<p>Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w czasie dezynfekcji skóry pola operacyjnego (wypełnienie krzywizn ciała pacjenta materiałem chłonnym na czas dezynfekcji i usunięcie wilgotnych zabezpieczeń po zakończeniu dezynfekcji pola operacyjnego). [P]</p>		<p>Pomoc w zdezynfekowaniu skóry wokół miejsca operowanego przed nałożeniem opatrunku, toaleta ciała pacjenta (w zależności od rodzaju wykonanej operacji).[P]</p>
<p>Zabezpieczenie pacjenta przed porażeniem prądem w czasie stosowania np. diatermii chirurgicznej, naklejenie na ciało pacjenta elektrody neutralnej. [P]</p>		<p>Odłączenie aparatury medycznej (urządzeń elektrycznych), zdjęcie elektrody neutralnej. [P]</p>

Zabezpieczenie pacjenta przed ekspozycjami rtg w czasie wykonywania zdjęć śródoperacyjnych.[P]	Zdjęcie osłon radiologicznych z pacjenta. [P]
Organizowanie zaplecza np. zawiadamianie innych działów o konieczności zabrania amputowanych kończyn z sali operacyjnej [P]	

I – pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca
P – pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca

Obszar zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu

Członkowie zespołu operacyjnego mają obowiązek używania środków ochrony osobistej stosownie do zagrożeń opisanych w Międzynarodowej karcie zagrożeń zawodowych. Środki te mają być użyte zgodnie z przeznaczeniem, a pracodawca ma obowiązek zapewnić je w wystarczającej ilości.

1. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają poczucie godności własnej pacjenta i bezpieczeństwa psychicznego stosując zasadę jasności i precyzji w komunikowaniu się z pacjentem z poszanowaniem jego odrębności kulturowej,

2. pielęgniarki/położne operacyjne stosują zintegrowaną wiedzę do zapewnienia właściwego i bezpiecznego układania pacjenta oraz bezpiecznego przemieszczania pacjenta z wykorzystaniem odpowiednich urządzeń,

3. pielęgniarki/położne operacyjne pracują w zgodzie z zasadami w przypadku zdarzenia niepożądanego oraz zdarzenia „o mało co”,

4. pielęgniarki/położne operacyjne świadcząc holistyczną (bezpośrednią i pośrednią) opiekę nad pacjentem stosują zasady kontroli zakażeń, w szczególności dokładnie trzymając się reguł bezpieczeństwa.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje poniższa tabela.

1. CZYNNOŚCI WYKONYWANE PRZED OPERACJĄ I WYKONAWCA	2. CZYNNOŚCI WYKONYWANE W CZASIE OPERACJI I WYKONAWCA	3. CZYNNOŚCI WYKONYWANE PO OPERACJI I WYKONAWCA
Okresowe sprawdzanie aparatury medycznej przez profesjonalny serwis techniczny, nadzór nad dokumentacją techniczną sprzętu, która jest przechowywana w bloku operacyjnym. [Pielęgniarka oddziałowa/kierownik bloku operacyjnego.], Bieżąca kontrola aparatury przed każdym zabiegiem [P], [I]		Zapewnienie bezpiecznego transportu pacjenta z sali operacyjnej do sali wybudzeń [zespół operacyjny], [P/I]
Podłączenie pacjenta do aparatury medycznej [P], [I]	Właściwe używanie sprzętu, instrumentarium, akcesoriów, zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami obsługi. [P/I]	Właściwe postępowanie z aparaturą i sprzętem medycznym po wykonanym zabiegu. [P/I]
Sprawdzenie czy pacjent nie ma metalowych rzeczy (obrączki, spinki do włosów itp.) [zespół oper.]. [P]	Nadzór nad sprzętem [P/I], kontrolowanie działania sprzętu [P/I]	Zgłaszanie wszystkich zdarzeń niepożądanych i postępowanie zgodnie z przepisami prawa i procedurami [P/I]
Używanie środków ochrony osobistej [zespół operacyjny], [P] [I] oraz pacjent	Zabezpieczenie właściwego używania implantów, materiałów opatrunkowych i szwanych zgodnie z prawem, regułami, instrukcjami i wymogami producenta i zapewnienie właściwego zapisu ich użycia. [P/I]	
Wsparcie pacjenta do momentu objęcia go opieką przez zespół anestezjologiczny. [P]	Okazywanie świadomości psychologicznych potrzeb pacjenta w bloku operacyjnym i wykorzystywanie nabytych umiejętności obniżania poziomu lęku u pacjenta – zwłaszcza w sytuacji badań/zabiegów w znieczuleniu miejscowym [P],	

Obszar obowiązków pracowniczych niewymagający kontaktu z pacjentem, czy innymi członkami zespołu operacyjnego w trakcie godzin bezoperacyjnych

Obszar ten jest szczególnie istotny dla zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym i zapewnienia środowiska zgodnego z wymogami reżimu sanitarnego. Główne kryteria procesu w tym obszarze to:

- zabezpieczenie w barierowe obłożenia spełniające wymogi Europejskiej Normy –EN 13793, zabezpieczenie materiału opatrunkowego i innych niezbędnych akcesoriów,
- sprawdzanie dostępności niezbędnego sprzętu, materiałów jednorazowych, zgodnie ze specyfiką danej sali operacyjnej,
- zapoznanie się z aktualizacjami procedur, instrukcji, standardów,
- sprawdzanie przydatności do użycia sprzętu i materiałów medycznych (data ważności, szczelność opakowań itp.),
- uzupełnianie braków na salach operacyjnych,
- sprawdzanie ilości zapasów i sporządzanie notatek służbowych o brakach,
- nadzór nad sprzątnięciem pomieszczeń bloku po zabiegach,
- samokształcenie w zakresie nowych implantów, nici, staplerów, i innych akcesoriów medycznych.

KRYTERIA WYNIKU

1. cel opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym został osiągnięty w całości/częściowo,
2. plan opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej nad pacjentem zrealizowano w stopniu zapewniającym mu bezpieczne przejście przez okres przedoperacyjny, śródoperacyjny i pooperacyjny,
3. pacjent zachował równowagę emocjonalną, współpracował z zespołem terapeutycznym,
4. komunikacja z pacjentem była dostosowana do jego oczekiwań i uwzględniała odrębności kulturowe,
5. środowisko sali operacyjnej, w tym sprzęt, instrumentarium i akcesoria zostały przygotowane w zgodzie z zasadami reżimu sanitarnego.

Autorki w kolejności alfabetycznej:

*mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

*mgr Mariola Gralewska,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie*

*lic. piel. Ewa Habel,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
SP ZOZ w Janowie Lubelskim*

*piel. dypl. Aneta Judycka
absolwentka kursu kwalifikacyjnego
w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie*

*mgr Lucyna Kotasz,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie*

*mgr Paulina Kowalska
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr
4 w Lublinie*

*mgr Danuta Matyka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
Nr 4 w Lublinie*

*mgr Maria Wertel,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
Nr 4 w Lublinie*

*Obszar obowiązków
pracowniczych niewymagający
kontaktu z pacjentem, czy
innymi członkami zespołu
operacyjnego w trakcie godzin
bezoperacyjnych jest szczególnie
istotny dla zapewnienia ciągłości
pracy w bloku operacyjnym
i zapewnienia środowiska
zgodnego z wymogami reżimu
sanitarnego. Główne kryteria
procesu w tym obszarze to:
zabezpieczenie w barierowe
obłożenia spełniające wymogi
Europejskiej Normy (...)
zabezpieczenie materiału
opatrunkowego i innych
niezbędnych akcesoriów,
sprawdzanie dostępności
niezbędnego sprzętu, materiałów
jednorazowych, zgodnie ze
specyfiką danej sali operacyjnej (...)*

Literatura

1. Bober – Greek B., Postępowanie ograniczające zakażenia szpitalne/zakładowe, [w:] Fleischer M., Bober-Gheek B. (red.), Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, s. 305-306, 345-353, 357-365.
2. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 74, 123-125, 159, 210-212, 233, 241, 257, 260-264, 280-281, 293-324.
3. Gadamerk K.J., Grajek Z.W., Bukowski Sz., Terlikowski S.J., Przygotowanie instrumentarium laparoskopowego do ponownego użycia, [w:] Grajek Z.W. (red.), Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ im. prof. E.F. Szczepanika, Suwałki 2010, s. 93-97.
4. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A. (red.), Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 253-257.
5. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady (w): Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.
6. Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej polskiej. [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Mutlow A., Podstawowe środki ostrożności i kontrola zakażeń [w:] Nutbeam, Daniels (red.), Procedury zabiegowe, PZWL, Warszawa 2012, s. 12-17.
8. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 148-150,

9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia 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 zdrowotnych (Dz.U. 2013r., poz. 696).

10. Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).

11. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 1512 z późn. zm.).

12. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (j.t. Dz.U. z 2013r., poz. 947 z późn. zm.).

13. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

14. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 16-18.

15. Wojnowska-Dawiskiba H. i współautorzy, Proces komunikacji z chorym w sytuacji zagrożenia życia – praktyczne metody rozwiązań, [w:] Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B., (red.), Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia, PZWL, Warszawa 2009, s. 45-52.

Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego - ocena opieki pielęgniarskiej w bloku operacyjnym

Praktyka pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym jest procesem całkowicie odrębnym od działań pielęgniarskich w innych dziedzinach: jest to zespół wzajemnie uzupełniających się działań podejmowanych przed, w trakcie i po zabiegu operacyjnym/inwazyjnym badaniu diagnostycznym przez dwie pielęgniarki/położne operacyjne; instrumentującą i pomagającą.

UZASADNIENIE: praktyka pielęgniarek/położnych operacyjnych jest procesem wyjątkowo trudnym z uwagi na wielodyscyplinarność praktyki, szczególnie w wieloprofilowych blokach operacyjnych. Pielęgniarki/położne operacyjne w sposób ciągły i dynamiczny oceniają swoje działania, ich kompletność i trafność. Tylko współdziałanie obu pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) zapewnia właściwą jakość pracy w zakresie asysty pielęgniarskiej.

Przedmiotem oceny opieki pielęgniarskiej jest holistyczne i indywidualne podejście do pacjenta w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. kryteria oceny opieki pielęgniarskiej odpowiadają celom opieki i dotyczą w szczególności szczegółowych aspektów bezpieczeństwa związanych z:

- zapewnieniem bezpiecznego środowiska dla kompletnej opieki nad pacjentem w tym zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym,
- postępowaniem zgodnym z zasadami bezpieczeństwa w miejscu pracy,
- stosowaniem strategii zapobiegania zdarzeniom niepożądanym i zdarzeniom „o mało co”,
- stosowaniem zasad kontroli zakażeń w świadczeniu opieki pielęgniarskiej,
- właściwym postępowaniem z tkankami/płynami przeznaczonymi do różnego typu badań,

2. pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria i techniki oceny swojej pracy,

3. opieka pielęgniarska jest dokumentowana – w szczególności prowadzony jest protokół pielęgniarki/położnej operacyjnej,

4. wyniki oceny są wykorzystywane do doskonalenia opieki pielęgniarskiej.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne oceniają swoje działania w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej,

2. pielęgniarki/położne operacyjne porównują zastosowany przez siebie sposób pracy z procedurami postępowania pielęgniarskiego przyjętymi w danym bloku operacyjnym, a zgodnymi ze współczesną wiedzą,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zgłaszają i podają przyczyny ewentualnych nieprawidłowości i zdarzeń niepożądanych.

KRYTERIA WYNIKU

1. praca pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) przebiegała zgodnie z przyjętymi w danym bloku operacyjnym procedurami,

2. wyniki oceny odzwierciedlają stopień bezpieczeństwa (psychicznego i fizycznego) pacjenta podczas jego pobytu na bloku operacyjnym,

3. jeżeli zaistniało zdarzenie niepożądane – zostało zgłoszone, przeanalizowane, zaś wnioski służą udoskonaleniu praktyki w bloku operacyjnym.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

Literatura:

1. Ciurus M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 75.

2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.

3. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.

4. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 150-151.

Standard pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – współpraca interdyscyplinarna

Pielęgniarka/położna operacyjna współpracuje z pacjentem, innymi pielęgniarkami/położnymi i pozostałymi członkami zespołu operacyjnego oraz osobami z pozostałych grup zawodowych w celu zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny i zapewnienia ciągłości pracy bloku operacyjnego.

UZASADNIENIE: współpraca interdyscyplinarna jest warunkiem koniecznym do zapewnienia holistycznej opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym oraz do zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym. Komunikacja z członkami wielodyscyplinarnego zespołu i pracownikami innych działów współpracujących z blokiem operacyjnym jest warunkiem koniecznym do zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne (instrumentująca i pomagająca) są członkami każdego zespołu operacyjnego, aktywnie uczestniczą w jego działaniach,
2. pielęgniarki/położne operacyjne mają prawo do informacji o planowanym sposobie przeprowadzania procedur medycznych w bloku operacyjnym,
3. pielęgniarki/położne operacyjne wspólnie z innymi członkami zespołu operacyjnego ustalają wymagania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa w stosunku do pacjenta i członków zespołu operacyjnego,
4. pacjent ma udział w podejmowaniu decyzji dotyczących jego osoby, daną czynność można wykonać po uzyskaniu na nią zgody pacjenta,
5. pielęgniarki/położne operacyjne znają zasady prawidłowej komunikacji,
6. kryteria podziału zadań związanych z pracą w konkretnym zespole operacyjnym powinny mieć na celu wzajemne uczenie się od siebie i zmniejszenie stresu u wszystkich osób zaangażowanych w daną procedurę medyczną, a zatem kryteria te powinny uwzględniać:
 - doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z różnych kategorii zawodowych, zajmujących różne pozycje w zespole (niedoświadczona/nowa pielęgniarka/położna operacyjna – doświadczony operator, niedoświadczony operator – doświadczona pielęgniarka/położna operacyjna),
 - doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z jednej kategorii zawodowej (do jednej sali operacyjnej przydzielać pielęgniarkę/położną operacyjną nie-

doświadczoną/nową i bardziej doświadczoną), przy czym należy pamiętać o poszerzaniu umiejętności nowych/niedoświadczonych pracowników poprzez przydzielanie im nowych zadań, dających możliwość „sprawdzenia się”,

- funkcja pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej i pomagającej posiadającej kwalifikacje powinna być zamienna dla zapewnienia poczucia równości na stanowisku pracy,

7. pielęgniarki/położne operacyjne znają zadania i związaną z nimi odpowiedzialność wynikającą z pełnienia swojej roli zawodowej w danej jednostce organizacyjnej. Zadania te są związane z:

- pozycją zajmowaną w danym zespole operacyjnym (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej, pielęgniarki operacyjnej pomagającej w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej),
- czasem (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej w czasie godzin dyżurowych),
- pełnioną funkcją w interdyscyplinarnym zespole (np. zadania pielęgniarki/położnej pełniącej funkcje kierowania i/lub koordynowania pracą innych, zadania opiekuna procesu adaptacji - mentora).

KRYTERIA PROCESU

1. w każdej procedurze medycznej przeprowadzanej na bloku operacyjnym jest zachowana współpraca interdyscyplinarna,

2. pielęgniarki/położne operacyjne ustanawiają skuteczne relacje z członkami interdyscyplinarnych zespołów, z którymi współpracują oparte na zrozumieniu i wzajemnym szacunku,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają informacje zwrotne dla wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego, z którymi współpracują,

4. pielęgniarki/położne operacyjne wykorzystują właściwe strategie komunikacyjne zarówno słowne, jak i pisemne, w celu zapewnienia dokładnego zapisu i przekazywania informacji w zakresie opieki nad pacjentem,

5. współpraca interdyscyplinarna zapewnia prawidłowy obieg informacji o pacjencie,

6. komunikacja między poszczególnymi członkami interdyscyplinarnego zespołu jest rzeczowa, a komunikaty przekazywane w sposób jednoznaczny.

KRYTERIA WYNIKU

1. współpraca interdyscyplinarna zapewniła bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny,

pielęgniarki/położne operacyjne znają zadania i związaną z nimi odpowiedzialność wynikającą z pełnienia swojej roli zawodowej w danej jednostce organizacyjnej.

Zadania te są związane z: pozycją zajmowaną w danym zespole operacyjnym (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej, pielęgniarki operacyjnej pomagającej w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej); czasem (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej w czasie godzin dyżurowych); pełnioną funkcją w interdyscyplinarnym zespole (np. zadania pielęgniarki/położnej pełniącej funkcje kierowania i/lub koordynowania pracą innych, zadania opiekuna procesu adaptacji - mentora).

2. każdy członek zespołu interdyscyplinarnego miał odpowiedni do swoich działań pakiet informacji o pacjencie, a otrzymane dane były kompletne i przekazane w odpowiednim czasie,

3. podział zadań w danym dniu uwzględniał w szczególności doświadczenie zawodowe osób pracujących w interdyscyplinarnym zespole.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

Literatura

1. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A. (red.), Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 255.

2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 5, 14-15.

3. Jankowiak B., Bartoszewicz A., Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego, [w:] Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, PZWL, Warszawa 2012, s. 117-125.

4. Konstańczak S., Etyka pielęgniarstwa, Difin SA, Warszawa 2010, s. 172-174.

5. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 151.

6. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 19.

Standard pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – rozwój umiejętności zawodowych pielęgniarek/położnych operacyjnych

Pielęgniarka/położna operacyjna ma obowiązek stale rozwijać swoje umiejętności zawodowe, zwłaszcza w dziedzinach zabiegowych, w których są przeprowadzane procedury w bloku operacyjnym, w którym jest zatrudniona.

UZASADNIENIE: pielęgniarstwo operacyjne jest bardzo dynamicznie zmieniającą się dziedziną wiedzy, wraz z nowymi technikami operacyjnymi wkraczają nowe urządzenia, instrumentarium, materiały szewne, implanty itp. Pielęgniarki/położne operacyjne powinny znać instrukcje i zalecenia producenta co do właściwego postępowania z nowymi rzeczami. Wymaga to stałego doskonalenia swoich umiejętności. Kwalifikacje pielęgniarki/położnej operacyjnej to: aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, a po ukończeniu procesu adaptacji w miejscu pracy: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

W terminie do 1 roku od momentu rozpoczęcia pracy w bloku operacyjnym – pielęgniarka operacyjna powinna ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

KRYTERIA STRUKTURY

1. w danym bloku operacyjnym jest opracowany system szkoleń wewnętrznych, które są dostosowane do potrzeb edukacyjnych zespołu, w którym są przeprowadzane,

2. pielęgniarki/położne operacyjne mają możliwość doskonalenia swoich umiejętności zawodowych, zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim,

3. w bloku operacyjnym są dostępne czasopisma i przewodniki zawodowe oraz dostęp do Internetu,

4. na bloku operacyjnym jest opracowany plan szkolenia nowego pracownika z uwzględnieniem różnic wynikających

z doświadczenia zawodowego i posiadanych umiejętności (absolwent a pielęgniarka/położna operacyjna z doświadczeniem w pracy na bloku operacyjnym).

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne określają potrzeby edukacyjne i inicjują szkolenia wewnętrzne oraz samokształcenie w celu podniesienia i uaktualnienia umiejętności zawodowych,

2. pielęgniarki/położne operacyjne – w miarę możliwości – uczestniczą w profesjonalnych spotkaniach, których celem jest wymiana doświadczeń zawodowych i rozwój pielęgniarstwa operacyjnego,

3. pielęgniarki/położne operacyjne dzielą się wiedzą i doświadczeniem z pozostałymi członkami zespołu, a zwłaszcza z nowymi pracownikami,

4. nowi pracownicy są szkoleni stosownie do posiadanych kwalifikacji; szkolenie prowadzi mentor, którym jest specjalista pielęgniarstwa operacyjnego.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne w wyniku uczestnictwa w szkoleniach wewnętrznych, zewnętrznych, oraz dzięki samokształceniu posiadają odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności do sprawowania opieki nad pacjentem w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej na swoim stanowisku pracy,

2. na bloku operacyjnym potrzeby edukacyjne pielęgniarek/położnych operacyjnych zostały zaspokojone w możliwie wysokim stopniu,

3. transfer wiedzy jest płynny i dotyczy wszystkich członków zespołu,

4. każdy nowy pracownik został przeszkolony zgodnie

z opracowanym programem szkolenia nowego pracownika prowadzonym przez mentora.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

Literatura:

1. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E, Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 25.

2. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

4. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 22, 24.

Standard pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – zapewnienie jakości

Wysoka jakość pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych jest jednym z warunków koniecznych bezpiecznego przeprowadzenia pacjenta przez okres okołoperacyjny. Wartością nadrzędną jest dobro pacjenta, a głównym wyznacznikiem służącym jego osiągnięciu jest przestrzeganie zasad aseptyki. Zasady postępowania aseptycznego są przekładane na dokumenty służące określeniu sposobu wykonania pracy, czyli standardy, określające poziom świadczonej opieki w odniesieniu do trzech kryteriów: struktury, procesu i wyniku. Na kryterium procesu składa się od kilku do kilkunastu procedur postępowania. Dokumenty określające szczegółowo sposób wykonania szeregu czynności w ich logicznym następstwie to procedury i algorytmy.

UZASADNIENIE: wysoka jakość pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas każdej procedury medycznej wyraża się w trosce o podmiotowość pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym, racjonalnym wykorzystaniu posiadanych zasobów, monitorowaniu swojej pracy oraz dążeniu do takiej sprawności, by operacje przebiegały w ciszy i spokoju. Zapewnienie właściwego poziomu jakości pracy jest możliwe, kiedy przebiega ona zgodnie ze współczesną wiedzą, a jest uregulowana wewnętrznymi dokumentami dostosowanymi do warunków danego bloku operacyjnego a opracowanymi wspólnie z praktykami.

KRYTERIA STRUKTURY

1. w zakładzie istnieje system oceny jakości świadczeń,
2. ocena jakości pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych jest integralną częścią systemu opieki,
3. pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria oceny jakości opieki w ich miejscu pracy. Kryteria jakości dotyczą w szczególności
 - troski o podmiotowość pacjenta będącego pod opieką pielęgniarki/położnej operacyjnej,
 - racjonalnego wykorzystywania posiadanych zasobów,
 - dążenia do takiej sprawności w instrumentowaniu, by operacje przebiegały, w ciszy i spokoju,
 - tworzenia bezpiecznego środowiska pracy.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne uczestniczą w systematycznych przeglądach i ocenie praktyki klinicznej w zakresie przyjętych w danym zakładzie pracy kryteriów jakości,

2. pielęgniarki/położne operacyjne dokonują samooceny w oparciu kryteria zawarte w standardach i procedurach obowiązujących w ich miejscach pracy,

3. pielęgniarki/położne operacyjne wykorzystują wyniki oceny do poprawy jakości swojej pracy poprzez ustalanie programu szkoleń wewnątrzzakładowych.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

KRYTERIA WYNIKU

1. wyniki systematycznych przeglądów i oceny praktyki pielęgniarstwa są podstawą do wprowadzania zmian służących poprawie jakości,

2. samoocena świadczonej opieki przez pielęgniarki/położne operacyjne służy im do doskonalenia swoich umiejętności,

3. szkolenia wewnątrzzakładowe podnoszą jakość pracy w danym bloku operacyjnym.

Literatura:

1. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym [w:] Rowiński, Dziak (red.) Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 253-257.

2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E, Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s.6-12

3. Kózka M., Metodologia opracowania procedur pielęgniarstwa [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L., (red.), Procedury pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2011, s. 33-34.

4. Piątek A. Zarządzanie jakością [w:] Ksykiewicz-Dorota (red.), Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla stu-

dentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu, PZWL, Warszawa 2013, s. 319-321.

5. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarstwa w prak-

tyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 152.

6. Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).

Standard pielęgniarstwa praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – etyka

Pielęgniarki/położne operacyjne podczas wykonywania swoich obowiązków służbowych kierują się zapisami zawartymi w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz.U. z 2012r., poz. 159 z późn., zm.). Filozofia opieki w pielęgniarstwie operacyjnym oscyluje wokół zapewnienia pacjentowi bezpiecznego przejścia przez inwazyjne procedury medyczne w okresie okołoperacyjnym (przedoperacyjnym, śródoperacyjnym i pooperacyjnym) z zachowaniem prawa pacjenta do poszanowania godności, indywidualności oraz do otrzymania opieki przez wykwalifikowany personel w odpowiedniej liczbie.

UZASADNIENIE: pielęgniarki/położne operacyjne w swojej pracy napotyka ją szereg dylematów etyczno-moralnych (np. uczestnictwo w zespołach operacyjnych, których zadaniem jest pobieranie narządów do przeszczepów, prawidłowe reakcje na konflikt, na różnice moralno-kulturowe między światopoglądem pielęgniarki/położnej operacyjnej a pacjentem czy współpracownikami). Pielęgniarki/położne operacyjne podejmują decyzje natury etyczno-moralnej w oparciu o Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne mają dostęp do treści zawartych w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarstwa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn., zm.). pielęgniarki/położne operacyjne – w miarę możliwości – uczestniczą w szkoleniach dotyczących problemów etycznych w ich pracy,

2. w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych są treści dotyczące dylematów etyczno-moralnych w pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej,

3. pielęgniarki/położne operacyjne znają zasady empatii w kontaktach z pacjentem i współpracownikami.

KRYTERIA PROCESU

Pielęgniarka/położna operacyjna a pacjent

1. pielęgniarka /położna operacyjna szanuje indywidualność i godność osobistą pacjenta oraz dba o jego bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne,
2. pielęgniarka /położna operacyjna udziela informacji pacjentowi o swoich działaniach. Informacje są zrozumiałe dla pacjenta i dostosowane do jego oczekiwań,
3. pielęgniarka/położna operacyjna przestrzega zasad poufności danych o pacjencie, jakie uzyskała w toku swojej pracy.

Pielęgniarka/położna operacyjna a współpracownicy

1. pielęgniarka/położna operacyjna nie może ani zatrzymać informacji dla siebie ani dyskredytować innych w obecności osób trzecich,
2. pielęgniarka/położna operacyjna szanuje inne osoby i wymaga szacunku dla siebie,
3. każda pielęgniarka/położna operacyjna, a zwłaszcza będąca mentorem ma obowiązek wykazywać się i przekazywać właściwą postawę etyczno – moralną, a szczególnie powinna cechować ją: prawdomówność, rzetelność, dokładność, zasady empatii w kontaktach z ludźmi.

Pielęgniarka/położna operacyjna a praktyka zawodowa i nauka

1. pielęgniarka/położna operacyjna współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego,
2. pielęgniarka/położna operacyjna w fazie śródoperacyjnej otrzymuje ustne polecenia od operatora, które ma obowiązek wykonać, o ile nie są sprzeczne z obowiązującymi w danej jednostce standardami i procedurami,
3. pielęgniarka/położna operacyjna w przypadku zauważenia nieprawidłowości/ zdarzenia niepożądanego ma obowiązek poinformować swojego bezpośredniego przełożonego oraz – w miarę możliwości – wskazać sposoby uniknięcia podobnych zdarzeń w przyszłości,
4. pielęgniarka/położna operacyjna – w miarę swoich moż-

Pielęgniarki/położne operacyjne podczas wykonywania swoich obowiązków służbowych kierują się zapisami zawartymi w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (...) Filozofia opieki w pielęgniarstwie operacyjnym oscyluje wokół zapewnienia pacjentowi bezpiecznego przejścia przez inwazyjne procedury medyczne w okresie okołoperacyjnym (...) z zachowaniem prawa pacjenta do poszanowania godności, indywidualności oraz do otrzymania opieki przez wykwalifikowany personel w odpowiedniej liczbie.

liwości i umiejętności – uczestniczy w rozwoju swojej dziedziny poprzez uczestnictwo w działaniach promujących pielęgniarstwo operacyjne.

KRYTERIA WYNIKU

1. godność osobista wszystkich osób, z którymi współpracowała pielęgniarka/położna operacyjna podczas wykonywania swoich obowiązków została uszanowana,
2. poufność danych o pacjencie została zachowana,
3. swoje obowiązki pielęgniarka/położna operacyjna wykonała zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami,
4. empatia jest wykorzystywana w pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej,
5. pielęgniarka/położna operacyjna – w miarę swoich możliwości - ma swój wkład w działaniach mających na celu rozwój i promocję pielęgniarstwa operacyjnego.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

Literatura

1. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz.U. z 2012r., poz. 159 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1182).
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).
5. Włodarczyk D., Skuza B., Znaczenie relacji pacjent – personel medyczny dla przebiegu leczenia [w:] Jakubowska-Wińska, Włodarczyk (red.), Psychologia w praktyce medycznej, PZWL, Warszawa 2007, s. 126-134.
6. Zahradniczek K., Uwarunkowania prawne i etyczne opieki pielęgniarskiej świadczonej chorym leczonym chirurgicznie [w:] Walewska (red.), Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, PZWL, Warszawa 2007, s. 9-34.

Standard pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego - badania naukowe

Badania naukowe są warunkiem koniecznym dla rozwoju pielęgniarstwa operacyjnego. Powinny mieć ścisły związek z praktyką zawodową pielęgniarek/położnych operacyjnych.

UZASADNIENIE: wyniki badań naukowych powinny być podstawą do opracowywania i aktualizowania standardów, które są wyznacznikiem jakości świadczonych usług. Wyniki badań naukowych umożliwiają pielęgniarkę/położnej operacyjnej podejmowanie decyzji w konkretnych działaniach związanych z wykonywaniem zawodu.

KRYTERIA STRUKTURY

1. stowarzyszenia pielęgniarek/położnych operacyjnych są jednym z podmiotów inicjujących proces badawczy w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
2. pielęgniarki/położne operacyjne mają umiejętności umożliwiające im udział w badaniach naukowych,
3. opracowania wyników badań są publikowane w zawodowych czasopismach i/lub na stronach www stowarzyszeń.

KRYTERIA PROCESU

1. Badania naukowe podejmują problemy związane w sposób bezpośredni i pośredni z pracą zawodową i problemami pielęgniarek/położnych operacyjnych. Problemy badawcze dotyczyć mogą w szczególności:

- sposobów zmniejszania lęku u pacjentów na bloku operacyjnym,
- problemów związanych z procesem adaptacji nowych pracowników,
- wypaleniem zawodowym pielęgniarek/położnych operacyjnych,

- sposobów radzenia sobie ze stresem,
- dylematów etyczno-moralnych w pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych,

1. pielęgniarki/położne operacyjne mogą inicjować i przeprowadzać badania,
2. pielęgniarki/położne operacyjne posługują się metodami badań dostosowanymi do celów, tak więc mogą to być badania eksploracyjne (wstępne, ogólne zrozumienie jakiegoś zjawiska), opisowe (odpowiadają na pytanie „jak jest?”) i wyjaśniające (dlaczego tak jest?),
3. pielęgniarki/położne operacyjne w swojej praktyce badawczej najczęściej posługują się metodami opisu przypadku, badaniami sondażowymi, wykorzystują analizę dokumentacji,
4. wyniki badań naukowych są pomocą w codziennej praktyce zawodowej pielęgniarki/położnej operacyjnej.

KRYTERIA WYNIKU

1. praktyka zawodowa pielęgniarek operacyjnych jest wzbogacana wynikami badań naukowych,
2. wyniki badań naukowych są dostępne szerokiemu gronu pielęgniarek/położnych operacyjnych poprzez ich publikowanie,
3. informacje o badaniach powinny być dostępne również na stronach internetowych stowarzyszeń pielęgniarek/położnych operacyjnych,
4. wyniki badań naukowych są wykorzystywane do uaktualniania standardów pielęgniarstwa operacyjnym,
5. wyniki badań naukowych mogą być wykorzystywane w codziennej praktyce (jako odpowiedź na pytanie klinicznie istotne – PICO, zgodnie z założeniami praktyki opartej na faktach - EBNP),

6. problemy napotymane w zawodzie pielęgniarek/położnych operacyjnych są rozwiązywane w ramach badań naukowych.

*Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie*

Literatura:

1. Babbie E., Badania społeczne w praktyce, PWN, Warszawa 2008, s. 135.

2. Kózka M., Zastosowanie badań naukowych w praktyce zawodowej pielęgniarki [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.), Procedury pielęgniarstwa, PZWL, Warszawa 2011, s. 25-28.

3. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 152.

4. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 22.

DEBATA EKSPERCKA PT. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA ZMIANY SYSTEMOWE W POLSCE

09 lutego 2017r. w Warszawie odbyła się debata ekspercka pt. Opieka Długoterminowa Zmiany Systemowe w Polsce. Z ramienia ORPiP w Wałbrzychu w debacie uczestniczyły:

Leokadia Piasecka – Bystrzyckie Centrum Zdrowia- Bystrzyca Kłodzka
Renata Mrozek – NZOZ „Szkol-Piel-Med” –Nowa Ruda



Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych



PTOD
Polskie
Towarzystwo
Opieki
Długoterminowej



„Długoterminowa Opieka Medyczna a Zmiany Systemowe w Polsce”

Rekomendacje z debaty eksperckiej OPD

Warszawa dnia 09.02.2017

Przygotowywane zmiany systemowe w służbie zdrowia będą miały istotny wpływ na funkcjonowanie świadczeń oraz dalszy rozwój zakładów opieki długoterminowej (OPD). Wobec braku debaty publicznej i jasnych priorytetów co do dalszych reguł funkcjonowania opieki długoterminowej, kadra zarządzająca oraz liderzy zakładów opieki długoterminowej, a także przedstawiciele świata nauki, podjęli inicjatywę wypracowania rekomendacji dotyczących rozwoju modelu opieki długoterminowej w sektorze zdrowia.

1. Środowisko liderów i dyrektorów opieki długoterminowej przedkłada na ręce Ministra Zdrowia deklaracje aktywnego zaangażowania w proces określenia dalszych kierunków rozwoju i funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce w szczególności w odniesieniu do obszaru świadczeń zdrowotnych tego sektora.
2. Utrzymujący się od lat brak polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej skutkuje niedostosowaniem regulacji prawnych i standardów udzielania świadczeń do potrzeb odbiorców oraz bardzo dużym zróżnicowaniem dostępności dla pacjentów i poziomu finansowania pomiędzy poszczególnymi Oddziałami NFZ (np. rozpiętość powyżej 100% pomiędzy województwem śląskim i pomorskim na 10000 uprawnień).
3. Oczekujemy od Ministra Zdrowia rozpoczęcia prac, które zagwarantują jak najszybsze znowelizowanie obowiązujących regulacji prawnych definiujących zasady i warunki realizacji świadczeń w opiece długoterminowej a w tym w szczególności:
 - Określenia wskaźników zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia opieki długoterminowej (stacjonarnej, domowej, dziennej) jako gwaranta bezpieczeństwa dla pacjentów wraz, z harmonogramem ich osiągnięcia.
 - Uporządkowania zapisów dotyczących finansowania kosztów zakwaterowania i wyżywienia pacjentów przebywających w ZOL/ZPO, w celu ograniczenia strat zakładów wynikających z ułomnych regulacji prawnych.

- Pilne wdrożenie rekomendowanej przez AOTM wyceny świadczeń w pielęgniarstwie w opiece domowej
 - Dokonanie wyceny kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakładach stacjonarnych ZPO i ZOL
 - Wprowadzenia kategoryzacji pakietów świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie w opiece domowej (gwarantujące dostępność dla pacjentów o najwyższym stopniu zależności)
 - Rozszerzenie wykazu świadczeń/procedur medycznych objętych dodatkowym finansowaniem poza stawką osobodnia obowiązującą w OPD (leczenie odleżyn, leczenie żywieniowe, leczenie zakażeń, płynoterapia, tlenoterapia domowa).
 - Opracowanie nowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej (stacjonarnej i domowej)
 - Przeniesienia stawki kapitacyjnej pacjentów przebywających w ZOL/ZPO do stawki osobodnia tychże placówek.
4. Wypracowania modelu koordynowanej opieki dla pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej (opieka domowa, stacjonarna, świadczenia odrębnie kontraktowane ale także usługi opiekuńcze i inne świadczenia medyczne).
 5. Wprowadzenie nowej procedury związanej z prowadzeniem doradztwa i przygotowaniem do nowej sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dla pacjentów/opiekunów, u których wystąpiła utrata samodzielności życiowej połączonej ze stanem zdrowia (pacjenci po udarach, zabiegach ortopedycznych lub neurochirurgicznych, urazach czy postępujących schorzeniach demencyjnych). Procedura ta byłaby dedykowana dla pielęgniarek rodzinnych, opieki długoterminowej ale także pielęgniarek szpitalnych.
 6. Opracowanie szczegółowych rozwiązań pozwalających pielęgniarcom na pełne wykorzystanie nowych kompetencji w zakresie ordynacji materiałów medycznych oraz leków (odejście od pierwszego zlecenia materiałów medycznych przez lekarza, rozstrzygnięcia dotyczące dokumentacji medycznej ordynacji pielęgniarstwie, finansowanie badań zlecanych przez pielęgniarke).

7. Przygotowanie do wdrożenia opracowania kryteriów zapewnienia jakości w opiece długoterminowej i uruchomienia procesu akredytacji zakładów
8. Jednocześnie w związku z ogłoszonymi przez Oddziały Wojewódzkie NFZ Konkursami na realizację świadczeń w opiece długoterminowej oczekujemy pilnej jednolitej interpretacji obowiązujących nowych kryteriów oceny ofert (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 31.08.2016 r. poz.1372).
9. Aktualna sytuacja w której Dyrektorzy Oddziałów NFZ dokonują niezależnej interpretacji przepisów prawa skutkuje bardzo dużym zaburzeniem procesu kontraktowania (szkolenia prowadzone dla potencjalnych Świadczeniodawców bez odpowiedzi dotyczącej interpretacji kryteriów), a także zagrożeniem dla dalszego funkcjonowania dla dużej grupy podmiotów OPD.
10. Wyrażamy stanowczy sprzeciw dla działań Ministerstwa i NFZ przyzwalających na jawne dyskryminowanie świadczeń realizowanych w systemie ochrony zdrowia przez pielęgniarki w odniesieniu do innych rodzajów świadczeń (przykładem może być brak wdrożenia stawek AOTM dla OPD przy równoległym dostosowaniu stawek w opiece hospicyjnej, warunki ugód za nad wykonania wybrane Oddziały NFZ zaproponowały najmniej korzystne dla OPD).
11. Wnioskujemy o powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie Modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zawierającego wieloletni plan strategiczny .

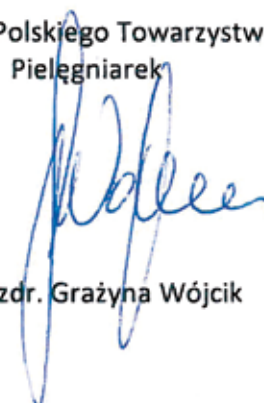
W imieniu uczestników Debaty:

Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych



Zofia Małas

Prezes Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarek



dr n. o zdr. Grażyna Wójcik

PROPOZYCJA INTERPRETACJI KRYTERIÓW

WYCIĄG Z ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 5 SIERPNI 2016 R. W SPRAWIE SZCZEGÓŁOWYCH KRYTERIÓW WYBORU OFERT W POSTĘPOWANIU W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (DZ.U Z 2016 R, POZ.1372) - PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA
PROPOZYCJA INTERPRETACJI KRYTERIÓW 09.02.2017

1	Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją opieki długoterminowej, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, zachowawczą, rodzinną, środowiskową, środowiskowo - rodzinną, pediatryczną, geriatryczną, paliatywną - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Personel z kwalifikacjami wskazanymi w kryterium, stanowi co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek rozumianego jako dostępność do realizacji świadczeń na czas pracy zawarty w umowie lub portalu świadczeniodawcy. Uzasadnienie: Personel o najwyższych kwalifikacjach w ramach swoich kompetencji realizuje różnorodne zadania, takie jak: bieżący nadzór nad realizacją świadczeń i prowadzeniem dokumentacji, szkolenie kadry, konsultowanie trudnych przypadków itd. Dlatego też nie zawsze 100% czasu pracy piel. specjalistów zaangażowane jest w bezpośrednią realizację świadczeń.
2	Pielęgniarki z co najmniej 2-u letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Udzielanie świadczeń w warunkach domowych obejmuje pracę na stanowisku pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, pielęgniarki opieki długoterminowej, pielęgniarki w hospicjum domowym, pielęgniarki zespołu tlenoterapii domowej oraz pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych a także prowadzenie indywidualnej pielęgniarskiej praktyki na wezwanie (potw. przez OiPiP).
3	Pielęgniarki z co najmniej 3-y letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Za spełnianie kryterium doświadczenie w pielęgnacji chorych w warunkach szpitalnych- uznaje się zatrudnione w lecznictwie stacjonarnym na stanowisku: pielęgniarki odcinkowej, koordynującej, pielęgniarki oddziału dziennego lub pielęgniarki oddziałowej.
4	Co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	– 50% pielęgniarek oznacza 50 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 50% potencjału czasowego. – Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio.5,5 h/dobę.
5	Co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	– 25% pielęgniarek oznacza 25 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 25% potencjału czasowego. – Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio.5,5 h/dobę.
6	Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających 2 miesiące w którym ogłoszono postępowanie	Oznacza to że świadczeniodawca posiadał harmonogram dostępności personelu przez 7 dni w tygodniu w odniesieniu do pacjentów 0-15 w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90 dni. Zapewnienie dostępności w dni powszednie od 8.00-20.00 oraz w dni świąteczne min. 2 godzin.

7	Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc w którym ogłoszono postępowanie.	Świadczeniodawca zapewniał pacjentom, którzy w okresie opieki byli hospitalizowani, możliwość kontynuacji świadczenia pomiędzy i po hospitalizacji.
8	Ilość pacjentów z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie w 2016r./liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 0 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
9	Ilość pacjentów z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie 2016/liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 5-15 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
10	Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji.	Posiadanie potwierdzonych w formie pisemnej zasad współpracy i koordynacji działań (Umowa, Porozumienie, zasady współpracy) z innymi podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w lecznictwie stacjonarnym (szpitale powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne lub kliniczne instytucje). Uzasadnienie: Pielęgniarska Opieka Długoterminowa zapewnia kontynuację opieki dla odbiorców korzystających z różnych poziomów leczenia stacjonarnego.

26 STYCZNIA – DZIEŃ TRANSPLANTACJI ASPEKTY PRAWNE I MORALNE DOTYCZĄCE TRANSPLANTOLOGII

W Polsce podstawowym dokumentem zawierającym dokładne i jasne podstawy prawne do stale rozwijającej się transplantologii jest Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu, i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1 lipca 2005 roku, Ustawa o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy - Przepisy wprowadzające Kodeks karny z dnia 17 lipca 2009 roku. Ustawa ta wdraża przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (2004/23/WE z dnia 31.03.2004r.) w sprawie ustalenia norm jakości i bezpieczniego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich oraz dotyczy pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów pochodzących ze zwłok lub od człowieka żywego, z wyjątkiem komórek rozrodczych i gonad, tkanek zarodkowych i płodowych, narządów rozrodczych i ich czę-

ści, a także krwi. Innymi obowiązującymi w Polsce aktami prawnymi są:

1. Dyrektywa Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzająca w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich.

2. Dyrektywa Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonująca dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich.

3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/

UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia.

4. Dyrektywa wykonawcza Komisji 2012/25/UE z dnia 9 października 2012 r. ustanawiająca procedury przekazywania informacji w związku z wymianą między państwami członkowskimi narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia.

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze.

6. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sposobu i trybu uzyskania informacji od prokuratora lub stanowiska sądu rodzinnego o nie wyrażeniu sprzeciwu na pobranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów.

7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie wymagań dla kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu.

9. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie rodzaju i zakresu badań żywych dawców narządu wykonywanych w ramach monitorowania ich stanu zdrowia.

10. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 2 kwietnia 2010 r. w sprawie wywozu z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu na to terytorium ludzkich komórek, tkanek i narządów.

11. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 2 kwietnia 2010 r. w sprawie niepowtarzalnego oznakowania i monitorowania komórek, tkanek i narządów.

Komórki, tkanki i narządy mogą być pobrane ze zwłok w celu przeszczepu, pod warunkiem, że zmarły za życia nie wyraził wobec tego sprzeciwu. Jeśli potencjalnym dawcą ma być osoba małoletnia, wówczas sprzeciw musi wyrazić za życia takiej osoby jej przedstawiciel ustawowy. Jeśli potencjalny dawca jest osobą małoletnią powyżej szesnastego roku życia, może wyrazić sprzeciw sam. W przypadku dawcy, który jest osobą niemającą pełnej zdolności do czynności prawnych, dopuszczalne jest wyrażenie sprzeciwu zarówno osobiście przez taką osobę, jak i przez jej przedstawiciela ustawowego. W Polsce, dopuszczalne są trzy formy sprzeciwu potencjalnego dawcy wobec pobrania od niego narządów po śmierci:

- 1) wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów;
- 2) oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis;
- 3) oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone.

W przypadku osób mniemających pełnej zdolności do czynności prawnych sprzeciw ich przedstawiciela ustawowego może być wyrażony w analogiczny sposób. W razie zmiany decyzji osoby zainteresowanej sprzeciw taki może być cofnięty w każdej chwili. Zmiana decyzji może mieć formę oświadczenia pisemnego lub ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków. Zgodnie z Ustawą o pobieraniu,

przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Centralny Rejestr sprzeciwów (CRS) prowadzi Centrum Organizacyjno- Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” z siedzibą w Warszawie.

Pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok w celu ich przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierć mózgu), którego kryteria i sposób stwierdzenia zostały ustalone przez powołanych przez Ministra Zdrowia specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej i są ogłaszane przez MZ w „Monitorze Polskim”. Kierując się powyższymi kryteriami, śmierć mózgową stwierdza powołana komisja złożona z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego specjalisty z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego z zakresu neurologii lub neurochirurgii. Komisję i jej przewodniczącego powołuje kierownik zakładu opieki zdrowotnej. Trzeba podkreślić, że lekarze wchodzący w skład komisji stwierdzającej śmierć mózgu nie mogą brać udziału w przeszczepianiu, a przed eksplantacją narządu należy sprawdzić, czy potencjalny dawca nie złożył sprzeciwu w CRS zgodnie z obowiązującym prawem. W praktyce często dawcami narządów są młode osoby, których śmierć nastąpiła w wyniku przestępstwa bądź istnieje podejrzenie, że może ona być jego skutkiem. W takich sytuacjach właściwy prokurator lub sąd rodzinny może zgłosić sprzeciw wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, jeśli ich pobranie mogłoby spowodować uniemożliwienie ustalenia przyczyny i mechanizmu śmierci oraz charakteru, mechanizmu, warunków i okoliczności powstania uszkodzeń ciała, co niekorzystnie rzutowałoby na proces karny. W związku z tym zadaniem koordynatora jest złożenie zapytania do w/w instytucji czy ta nie zgłasza sprzeciwu wobec zamiaru pobrania. Szczegółowy tryb uzyskiwania powyższych informacji zgodnie z Ustawą ustala Minister Sprawiedliwości.

Inna jest sytuacja w przypadku, kiedy dawcą narządów ma być człowiek żywy. Pobranie od osoby żywej może nastąpić kiedy biorca wobec dawcy jest krewnym w linii prostej (rodzice, dzieci, dziadkowie, wnuki), osobą przysposobioną (adoptowaną), rodzeństwem lub małżonkiem, a w przypadku konieczności pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek mogą one być pobrane także dla innych biorców niż w/w. Pobranie komórek, tkanek i narządów dla osoby bliskiej dawcy, którego nie dotyczą w/w stopnie pokrewieństwa, jest możliwe dopiero po wyrażeniu zgody w formie orzeczenia przez sąd rejonowy w miejscu zamieszkania lub pobytu dawcy.

Nie można żądać zapłaty ani innej korzyści majątkowej za komórkę, tkankę i narząd pobrane w celu ich przeszczepienia od żywego dawcy lub zwłok. Nie stanowi zapłaty ani innej korzyści majątkowej zwrot rzeczywiście poniesionych kosztów związanych z pobraniem, przechowywaniem, transportem, przetwarzaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów, który odbywa się zgodnie z trybem określonym w jednym z w/w Rozporządzeń Ministra Zdrowia. Uzyskiwanie korzyści majątkowej oraz uczynienie sobie stałego źródła dochodu z nabywania lub zbywania komórek, tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok, a także rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub pośredniczeniu w takich czynnościach podlega karze grzywny bądź pozbawienia wolności.

Definiowanie śmierci człowieka i poszukiwanie jej kryte-

riów wygląda na zadanie o charakterze czysto naukowym bądź wręcz technicznym. Takie wrażenie sprawia chociażby tytuł obwieszczenia MZ z dnia 17 lipca 2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Dokument ten jasno opisuje procedury i badania medyczne. Wbrew pozorom jednak - co przyznają zarówno lekarze jak i filozofowie, wybór kryteriów śmierci człowieka angażuje najbardziej podstawowe założenia antropologiczne i etyczne. Tak daleko posuniętej zbieżności poglądów brakuje zaś w kwestii wykonalności samego zadania definiowania śmierci i jej kryteriów. Wraz z rozwojem nauk biologicznych, medycyny, technik diagnostycznych pojawiły się nowe problemy etyczne. „Człowiek staje wobec pytania o etyczny wymiar swojej działalności, to znaczy, czy jest ona obiektywnie dobra. Musi osądzić, czy jego motywacje są prawe, czy jego cel jest dobry i czy środki są godziwe. Dlatego etyka normatywna, wynikająca ze świadomości istnienia dobra i zła, jawi się jako pomoc, źródło wewnętrznego pokoju człowieka stojącego wobec ważnych wyborów, nie zaś jako ograniczenie jego wolności” (Karol Wojtyła). Dokonujący się od kilkadziesiąt lat gwałtowny rozwój transplantologii sprawił, że pojawiło się dużo pytań natury etycznej i teologicznej. W ujęciu filozoficznym śmierć jest przejściem od czegoś żywego do umarłego „co nie jest już żywe- a posiada fizyczną ciągłość z kiedyś żywym organizmem”. Śmierć nie jest przedmiotem diagnozy, jest fenomenem samym w sobie. Śmierć jako pojęcie nie ma również definicji. Tak więc to nie śmierć jest diagnozowana, a specjalny stan kliniczny określony specyficznymi oznakami. Ramy toczącej się dyskusji biotycznej nadała praca Bernata, Culvera i Gerta. Przyjęli oni metodę polegającą na opracowaniu koncepcji filozoficznej-operacyjnej definicji śmierci, następnie wyznaczeniu kryteriów patofizjologicznych będących w zgodzie z definicją i na koniec wskazaniu badań klinicznych potwierdzających wyznaczone kryteria. Operacyjną definicją śmierci człowieka jest przerwanie funkcjonowania organizmu jako zintegrowanej całości. Poza czysto biologiczną definicją śmierci zostały wypracowane również definicje uwzględniające stany psychiczne czy też podmiotowość. Według nich to „złożone połączenie umysłu i ciała tworzy osobę jako całość”. Dyskurs o granicach ludzkiego życia ma wymiar zarówno metafizyczny, semantyczny, biologiczny, społeczny, etyczny i moralny. Czym jest śmierć?, Co oznacza słowo „śmierć”? i jakie znaczenie mu przypisujemy? Czy stan śmierci mózgu, pomimo że ciało nadal opiera się entropii, to biologiczna śmierć człowieka? Czy o tym, że jesteśmy, decyduje istnienie naszej osobowości?. Na te pytania musimy starać się znajdować odpowiedzi, by określić, co czyni nas ludźmi i jakie wartości kierują naszymi decyzjami. Utrzymywanie funkcjonowania ciała ludzkiego po rozpoznaniu całkowitej niewydolności mózgu jest uważam nieetyczne i daremne. Pytanie, kiedy kończy się życie człowieka podobnie jak problem, kiedy życie ludzkie się zaczyna.

Ojciec Święty Jan Paweł II w wygłoszonym dla uczestników XVIII Międzynarodowego Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego 29 sierpnia 2000 roku w Rzymskim Pałacu Kongresów mówił cyt.” technika przeszczepów to wielki krok naprzód w dziejach nauki służącej człowiekowi. W coraz większej mierze technika ta jawi się jako skuteczna metoda realizacji podstawowego celu wielkiej medycyny, którym jest



służba ludzkiemu życiu. Dlatego w encyklice *Evangelium vitae*, 86 wskazałem, że jednym ze sposobów krzewienia autentycznej kultury życia jest oddanie narządów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozabawionym wszelkiej nadziei. Należy zaszczyścić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczerze i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów”.

Uważam, że decyzja o oddaniu swojego narządu bezinteresownie, z myślą o zdrowiu i życiu innego człowieka ma wymiar wartości etycznej. Na tym polega szlachetność, która jest aktem dobroci i miłości do drugiego człowieka.

Bibliografia:

1. pod red.B.Rutkowskiego, P.Kalicińskiego, Z. Śledzińskiego, M.Wójtewicz, A.Mileckiej; „Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów”, Via Media; Gdańsk 2009
2. red. naukowa P.Łuków; „ Zrozumieć śmierć człowieka”, Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych, 2015
3. www.poltransplant.org.pl, Centrum Organizacyjno- Koordynacyjne ds. transplantacji „Poltransplant”
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów

Przygotowała:
mgr Elżbieta Bujak-Rogala
Koordynator transplantacyjny

REGULAMINY PO ZMIANACH

Ustawa z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zmianami).

Art. 11 ust. 1 Członkowie samorządu mają prawo:
pkt.

2) korzystać z pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu

4) korzystać z innych świadczeń izb i działalności samopomocowej

31 stycznia 2017 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na mocy uchwały wprowadziła kolejne zmiany w Regulaminach Refundacji Kosztów Kształcenia Udzielania Zapomóg Finansowych.

Uchwała nr 18/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 31 stycznia 2017 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

ROZDZIAŁ I. PRZEPISY OGÓLNE

§ 1

Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwanej dalej „OIPiP” ponoszący koszty związane z kształceniem i doskonaleniem zawodowym związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki lub położnej ma prawo ubiegać się o refundację kosztów poniesionych z tego tytułu.

§ 2

Wysokość funduszu przeznaczanego na refundację kosztów kształcenia członków OIPiP w Wałbrzychu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, zatwierdza Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na mocy uchwały w sprawie przyjęcia planu budżetu OIPiP na każdy rok.

§ 3

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Wałbrzychu, zwany dalej „Regulaminem” określa przepisy ogólne, formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, rodzaje kształcenia podyplomowego, których koszty objęte są refundacją, osoby uprawnione do korzystania z refundacji oraz zasady i warunki przyznawania refundacji.

§ 4

1. Funduszem dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwana dalej „ORPiP”.

2. Pielęgniarka i położna składa wniosek o refundację kosztów kształcenia w biurze OIPiP w Wałbrzychu najpóźniej do 30 dni od rozpoczęcia kursu, szkolenia, studiów. Jeżeli wniosek na szkolenie specjalizacyjne, studia magisterskie, nie był składany przez uczestnika w I roku nauki, wniosek można złożyć do 30 dni od rozpoczęcia II roku.

3. Złożony wniosek o przyznanie refundacji kosztów poniesionych tytułem uczestnictwa w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, po wcześniejszym sprawdzeniu pod względem formalnym w zakresie zgodności z obowiązującym

Regulaminem zatwierdza na mocy uchwały Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie zbiorczego wniosku.

4. W przypadku kiedy wniosek nie spełnia wymogów formalnych w zakresie zgodności z Regulaminem Prezydium ORPiP na mocy uchwały podejmuje decyzje o odmowie przyznania refundacji.

5. Odwołanie za pośrednictwem Prezydium ORPiP do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wnosi się w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma i uchwały. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna.

ROZDZIAŁ II. FORMY KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO, RODZAJE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

§ 1

1. Formami kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:

- a) studia magisterskie w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne
 - b) licencjat pielęgniarstwa i położnictwa
2. Formami doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:
- a) konferencje
 - b) seminaria
 - c) sympozja naukowe
 - d) kongresy
 - e) zjazdy naukowe
 - f) szkolenia organizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe.

3. Rodzaje kształcenia podyplomowego podlegające refundacji:

- a) szkolenia specjalizacyjne, zwane dalej specjalizacją
- b) kursy kwalifikacyjne
- c) kursy specjalistyczne
- d) kursy dokształcające

4. OIPiP refunduje koszt udziału w formach kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych wymienionych w § 1 pkt 1 oraz rodzaje kształcenia podyplomowego wymienione w § 1 pkt 3 zgodnie z wysokością ustaloną w Rozdział IV Zasady i warunki przyznawania refundacji § 2 pkt 3

5. OIPiP refunduje koszt udziału i zakwaterowania w formach doskonalenia zawodowego wymienionych w § 1 pkt 2

a) dla **dwóch** osób zgodnie z profilem wykonywanej pracy

b) dla **dwóch i więcej** osób jeżeli treści kierowane są do określonej grupy odbiorców np. piel. naczelnych, przełożonych, epidemiologicznych, oddziałowych), wówczas z refundacji mogą skorzystać osoby zatrudnione na tych stanowiskach za zgodą członków Prezydium. O udziale decyduje kolejność zgłoszenia.

6. OIPiP refunduje koszt udziału bez kosztów zakwaterowania dla czterech osób w przypadku, gdy koszt udziału w formach doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych wymienionych w § 1 pkt 2 nie przekracza kwoty 100,00 zł. (słownie: sto złotych)

7. Rodzaje kształcenia podyplomowego, o których mowa w § 1 pkt 3 lit. a-c będą refundowane, jeżeli prowadzone są przez podmioty wpisane do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w OIPiP w Wałbrzychu prowadzonych na podstawie programów kształcenia przygotowanych przez Zespół Programowy powołany przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia.

ROZDZIAŁ III. OSOBY UPRAWNIONE DO KORZYSTANIA Z REFUNDACJI

§ 1

1. Z refundacji mogą korzystać członkowie OIPiP spełniający następujące warunki:

- są wpisani do Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez ORPiP w Wałbrzychu;
- minimum przez okres 1 roku poprzedzającego złożenie wniosku regularnie co miesiąc i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie;
- są bezrobotni, zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
- dokonał aktualizacji danych osobowych w rejestrze pielęgniarek i położnych

ROZDZIAŁ IV. ZASADY I WARUNKI PRZYZNAWANIA REFUNDACJI

§ 1

1. Refundacji dokonuje się wyłącznie na podstawie wniosku stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu. Wniosek musi być wypełniony czytelnie, z podaniem wszystkich wymaganych jego treści danych.

2. Do prawidłowo wypełnionego i złożonego w terminie wniosku muszą być dołączone dokumenty wyszczególnione na wniosku.

3. Wyплата refundacji nastąpi w terminie do 5 dni roboczych od dnia zatwierdzenia wniosku przez Prezydium lub ORPiP za:

- szkolenie specjalizacyjne
 - I transza po zakończeniu semestru
 - II transza po uzyskaniu tytułu specjalisty i dostarczeniu dokumentu z CKPPiP o zdanym egzaminie lub dyplomu
- studia magisterskie
 - I transza po zakończeniu semestru
 - II transza po uzyskaniu tytułu magistra i dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów
- studia licencjackie, pomostowe po uzyskaniu tytułu licencjata i dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów
- kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszkalcające- po dostarczeniu dokumentu o ukończeniu kursu

§ 2

1. Członkowi OIPiP może być przyznana refundacja w granicach ustalonego budżetu na dany rok.

2. Nieobecność w pracy na czas udziału w formach doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegających refundacji uczestnik usprawiedliwia we własnym zakresie.

3. Wysokość refundacji kosztów związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym :

- dla studiów magisterskich w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne wynosi - **2000,00zł (słownie dwa tysiące złotych)**
- dla studiów licencjackich- pomostowych - **1000,00 (słownie: jeden tysiąc zł.)**
- dla szkoleń specjalizacyjnych wynosi - **1500,00 zł. (słownie jeden tysiąc pięćset zł.)**

- uchylony w całości
- dla kursów kwalifikacyjnych wynosi -**600,00 (słownie: sześćset zł.)**,
- dla kursów specjalistycznych wynosi 50% poniesionych kosztów przez uczestnika kursu
- dla kursów doszkalcających zgodnie z profilem wykonywanej pracy. - **50% kosztów, nie więcej niż 400zł (słownie czterysta złotych)**. Wnioski będą rozpatrywane indywidualnie przez Prezydium ORPiP z dołączoną ofertą organizatora.
- dla konferencji, seminariów, sympozjów naukowych, kongresów, zjazdów naukowych, szkoleń organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Po-

OIPiP refunduje koszt udziału i zakwaterowania w formach doskonalenia zawodowego (...) dla dwóch osób zgodnie z profilem wykonywanej pracy; dla dwóch i więcej osób jeżeli treści kierowane są do określonej grupy odbiorców (...), wówczas z refundacji mogą skorzystać osoby zatrudnione na tych stanowiskach za zgodą członków Prezydium. O udziale decyduje kolejność zgłoszenia.

OIPiP refunduje koszt udziału bez kosztów zakwaterowania dla czterech osób w przypadku, gdy koszt udziału w formach doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych wymienionych w § 1 pkt 2 nie przekracza kwoty 100,00 zł. (...)

łożnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe refundacja wynosi 100 % poniesionych kosztów udziału i zakwaterowania bez zwrotu kosztów przejazdu.

- i) dla szkoleń specjalizacyjnych i kursów, dla których warunkiem ich rozpoczęcia jest ukończenie kursu specjalistycznego lub kwalifikacyjnego kwota refundacji jest łączona. Refundacja kosztów zgodnie z lit. c- e + koszt kursu wymaganego.

4. W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doszkalających nie ma refundacji kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia

§ 3

1. Rozliczenia kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego należy dokonać w ciągu 30 dni kalendarzowych od uzyskania dokumentu o zakończonym kursie. W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich w ciągu **60 dni** od daty wystawienia dokumentu przez CKPPIp lub uczelnię.

2. W przypadku kiedy część kosztów pokrywa pracodawca, lub inny podmiot, pielęgniarka lub położna może ubiegać się o refundację w OIPIp na zasadach określonych w Regulaminie. Kwota dofinansowania nie może przekroczyć kosztów szkolenia.

§ 4

1. Pielęgniarki i położne OIPIp w Wałbrzychu mają prawo do refundacji części kosztów kształcenia **jeden raz w roku z wyjątkiem § 2 pkt 3 lit.i).**

2. Wnioski rozpatruje i zatwierdza na podstawie sporządzonego Zbiorczego wniosku Prezydium OIPIp w Wałbrzychu na mocy uchwały nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu.

3. Jeżeli wniosek o refundację kosztów kształcenia nie spełnia wymogów określonych w Regulaminie Prezydium ORPiP na mocy uchwały podejmuje decyzje o odmowie przy-

znania refundacji, informując pisemnie o podjętej decyzji wnioskodawcę. Uchwała wymaga uzasadnienia i pouczenia o trybie odwoławczym.

4. Odwołanie za pośrednictwem Prezydium ORPiP do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wnosi się w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma i uchwały. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta jest ostateczna.

§ 5

1. Osoby uczestniczące w formach doskonalenia zawodowego wymienionych w Rozdz II § 1 pkt 2 zobowiązane są do sporządzenia w terminie 30 dni sprawozdania z przebiegu konferencji, której treści merytoryczne mają posłużyć jako materiał szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych i będą zamieszczone w Biuletynie Informacyjnym OIPIp w Wałbrzychu lub na stronie internetowej OIPIp w Wałbrzychu.

2. Brak sprawozdania lub treści nie spełniają wymogów pkt.1 dyskwalifikuje uczestnika z możliwości ubiegania się o ponowną refundację przez kolejne dwa lata.

3. Nie podjęcie przez wnioskodawcę kosztów refundacji **w ciągu 90 dni** od jej przyznania spowoduje w wygaśnięcie decyzji w tym zakresie i utratę refundacji. Informację w przedmiotowej sprawie wnioskodawca otrzymuje na piśmie.

§ 6

1. Otrzymanie refundacji kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych oraz udział w konferencjach, seminariach, sympozjach naukowych, kongresach, zjazdach naukowych, szkoleniach organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe, jest dochodem członka samorządu i podlega rozliczeniu przy składaniu rocznego zeznania podatkowego przez członka samorządu.

2. Księgowość OIPIp w Wałbrzychu wyda stosowany dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.

Uchwała nr 19/VII/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 31 stycznia 2017 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Udzielania Zapomóg Finansowanych ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

ROZDZIAŁ I. ZASADY OGÓLNE

§ 1

1. Środki finansowe przeznaczone na fundusz zapomogowy dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu pochodzą wyłącznie ze składek członkowskich i są udzielane w formie zapomóg bezwrotnych.

2. Wysokość funduszu zapomogowego określa na każdy rok uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

3. Decyzje dotyczące podziału środków na zapomogi rozpatrywane są przez Prezydium ORPiP i zatwierdzane na mocy uchwały zwykłą większością głosów.

4. Wniosek o przyznanie zapomogi po wcześniejszym sprawdzeniu pod względem formalnym w zakresie zgodności z obowiązującym Regulaminem na mocy uchwały zatwierdza Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

5. Jeżeli wniosek o zapomogę finansową nie spełnia wymogów określonych w Regulaminie Prezydium ORPiP na mocy uchwały podejmuje decyzje o odmowie przyznania zapomogi, informując pisemnie o podjętej decyzji wnioskodawcę.

6. Uchwała wymaga uzasadnienia i pouczenia o trybie odwoławczym.

7. Uchwała uwzględniająca wniosek nie wymaga uzasadnienia.

8. Od decyzji Prezydium przysługuje odwołanie do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za pośrednictwem Prezydium w ciągu 14 dni od daty otrzymania pisma i uchwały. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta jest ostateczna.

9. Zapomoga losowa może być przyznawana członkom samorządu ich małżonkom albo dzieciom i ma charakter uznaniowy.

10. Udzielenie wsparcia finansowego członkom innych okręgowych izb i organizacjom może być przyznane w wysokości do 100zł (słownie sto złotych), i przekazane na wskazane konto.

ROZDZIAŁ II. WARUNKI I ZASADY UDZIELANIA ZAPOMOGI LOSOWEJ

§ 1

1. Zapomoga losowa może być przyznana na podstawie dokładnie i czytelnie wypełnionego wniosku osoby zainteresowanej stanowiącego **załącznik Nr 1**

2. Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające przypadek losowy – wymienione w **załączniku nr 2**:

- zaświadczenie dokumentujące opłacanie składek członkowskich
- zaświadczenie lekarskie, karty informacyjne z pobytu w szpitalu, w przypadku poniesienia kosztów dokumenty potwierdzające poniesione koszty (np. rachunki, faktury za leki, diagnostykę, leczenie, związane z jednostką chorobową, przejazdy związane z leczeniem, rehabilitacją)
- w przypadku nowo rozpoznanej choroby nowotworowej do wniosku należy dołączyć kartę informacyjną z pobytu w szpitalu, nie są wymagane dokumenty potwierdzające poniesione koszty
- dokumenty potwierdzające zaistniałe zdarzenie losowe wydane przez uprawniony organ (np. pożar, kradzież, powódź, odpis skrócony aktu zgonu itp.)
- zaświadczenie o dochodach osiągniętych przez członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe w przypadku gdy pomoc ma być przyznana osobie innej niż pielęgniarka/ położna.
- zaświadczenie potwierdzające kontynuowanie nauki w systemie dziennym w przypadku dzieci nie osiągających dochodów.

3. Dokumentację określoną w pkt 2 należy przedstawić w oryginale do wglądu, w aktach sprawy będą znajdować się kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracownika biura OIPIP.

4. Wniosek o przyznanie zapomogi należy składać w biurze OIPIP w Wałbrzychu ul. Chrobrego 1/10

5. Wniosek niekompletny, wypełniony nieczytelnie lub zawierający braki formalne nie będzie rozpatrywany do czasu uzupełnienia brakujących dokumentów, jednakże nie dłużej niż w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma informującego w tej sprawie.

6. Zapomoga losowa może być przyznana **wyłącznie 1 raz w roku** członkom OIPIP którzy regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie, nie mniej jednak niż minimum przez okres 1 roku poprzedzającego złożenie wniosku.

7. Zapomoga losowa może być przyznana w następujących przypadkach:

- ciężkiej choroby członka samorządu
 - długotrwałej, nieuleczalnej choroby członka samorządu wymagającej zakupu leków, sprzętu rehabilitacyjnego itp.
 - ciężkiej lub długotrwałej choroby:
 - dziecka będącego na utrzymaniu członka samorządu
 - współmałżonka członka samorządu
 - zdarzenia losowego tj. zdarzenia nagłego, które wystąpiło niespodziewanie, było niemożliwe do przewidzenia i uniknięcia, a jego zaistnienie spowodowało drastyczne obniżenie poziomu życia oraz zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego członka samorządu (np: pożar, powódź, katastrofa, wybuch gazu, kradzież mienia, trąba powietrzna itp.)
 - śmierci członka samorządu dla dzieci będących na utrzymaniu rodziców
 - śmierci dziecka lub współmałżonka członka samorządu
8. Z zapomogi losowej mogą korzystać również co 2 lata członkowie OIPIP w Wałbrzychu zwolnieni z opłacania składki członkowskiej na podstawie dołączonego do wniosku dokumentu potwierdzającego:
- osoby bezrobotne, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy)
 - przebywające na urlopie macierzyńskim/ tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim;
 - pobierające świadczenie rehabilitacyjne
 - emeryci
 - renciści

ROZDZIAŁ III. ZASADY SZCZEGÓŁOWE

§ 1

1. Niepodjęcie przez wnioskodawcę zapomogi w ciągu 3 miesięcy od dnia podjęcia uchwały o jej przyznaniu powoduje z mocy prawa wygaśnięcie decyzji o jej przyznaniu.

2. Zapomoga losowa może być wypłacona wnioskodawcy w kasie OIPIP w Wałbrzychu lub przelana na wskazany na wniosku rachunek bankowy.

3. W przypadku, kiedy wnioskodawcą nie jest osobą, dla której zapomoga jest przyznana wymagane jest pisemne oświadczenie potwierdzające wskazany na wniosku numer rachunku bankowego.

4. Wysokość zapomogi losowej **nie może przekraczać kwoty 1000 zł (jeden tysiąc zł)**

§ 2

1. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych prowadzi rejestr przyznanych zapomóg losowych.

2. Zmiana niniejszego regulaminu będzie następować w trybie przepisów o jego podjęciu.

3. Postanowienia niniejszego regulaminu mają zastosowanie do zapomóg losowych przyznawanych od dnia podjęcia uchwały. Wnioski złożone przed wejściem w życie niniejszego regulaminu będą rozpatrywane według przepisów dotychczasowych.

ZASTĘPCA RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Ustawa z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038 ze zmianami)

Art. 11 ust. 2 Członkowie samorządu są obowiązani:

pkt.

4) regularnie opłacać składkę członkowską

5) aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i położnych

Art. 20 Krajowy Zjazd w drodze uchwały , w szczególności:

pkt.

11) określa wysokość i częstotliwość wpłat składki członkowskiej oraz zasady jej podziału.

Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Art. 5

ust. 1. Członkami samorządu SA pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę.

ust. 2. Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru, o którym mowa ust. 1

ust. 3. Pielęgniarka i położna przestają być członkami samorządu z dniem wykreślenia z rejestru, o którym mowa ust. 1.

ust. 4. W razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarki i położna są obowiązane dokonać wyboru okręgowej izby, której będą członkami.

ust. 5 W przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, a także w przypadku, o którym mowa w ust. 4, jeżeli w wyniku tego miałyby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej izby , pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanym wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami.

ust.6. Po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarka i położna składają wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby.

ust. 7. W przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna

składają wniosek o wykreślenie wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu.

Art. 20 Krajowy Zjazd w drodze uchwały , w szczególności:
pkt.

11) określa wysokość i częstotliwość wpłat składki członkowskiej oraz zasady jej podziału.

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zmianami) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych z zastrzeżeniem § 4

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2.

1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1. **1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego** w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę, albo na podstawie stosunku służbowego
2. przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia
3. **0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw** bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również

pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, w którym jej wysokość jest najwyższa

§ 3.

Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych **do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni**

§ 4.

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy)

2. które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o odwołanie się od postanowienia o zaprzestaniu wykonywania zawodu w Okręgowej Izbie której są członkiem *

3. wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu

4. przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim

5. pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu

6. będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu

7. pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy

8. niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne

§ 5.

1. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych **4%** sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

§ 6.

Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą Okręgową Izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.)

§ 7.

Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

**dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, ze zm.) informują OIPIP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.*

Samodzielne regulowanie kwoty składki w sposób niezgodny z uchwałą Krajowego Zjazdu jest równoznaczne z niepłaceniem składki członkowskiej.

Nałożony ustawą obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej oznacza, że odpowiedzialność ponosi wyłącznie sama pielęgniarka/pielęgniarka, położna.

Nieopłacenie składek członkowskich grozi również wszczęciem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

Pielęgniarki/pielęgniarki i położne, które regularnie i nieprzerwalnie opłacają składki członkowskie, aktualizują dane w rejestrze pielęgniarek i położnych są uprawnione do korzystania z refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, z pomocy finansowej z przyczyn losowych, z nieodpłatnych pomocy prawnej.

Przygotowała.

mgr Małgorzata Kowalik

Zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy OIPIP w Wałbrzychu

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy)*
- 2. które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o odwołanie się od postanowienia o zaprzestaniu wykonywania zawodu w Okręgowej Izbie której są członkiem*
- 3. wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu*
- 4. przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim*
- 5. pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu*
- 6. będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu*
- 7. pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy*
- 8. niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne*

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W LATACH 2012–2016



USTAWA O SAMORZĄDZIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 1 LIPCA 2011 R.

Rozdział 3.

Prawa i obowiązki członków samorządu

Art. 11. 1. Członkowie samorządu mają prawo:

2) korzystać z pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu;

USTAWA O ZAWODACH PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ Z DNIA 15 LIPCA 2011 R.

Rozdział 6.

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Art. 61 ust. 1

„Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego”

Kursy specjalistyczne

Kursy kwalifikacyjne

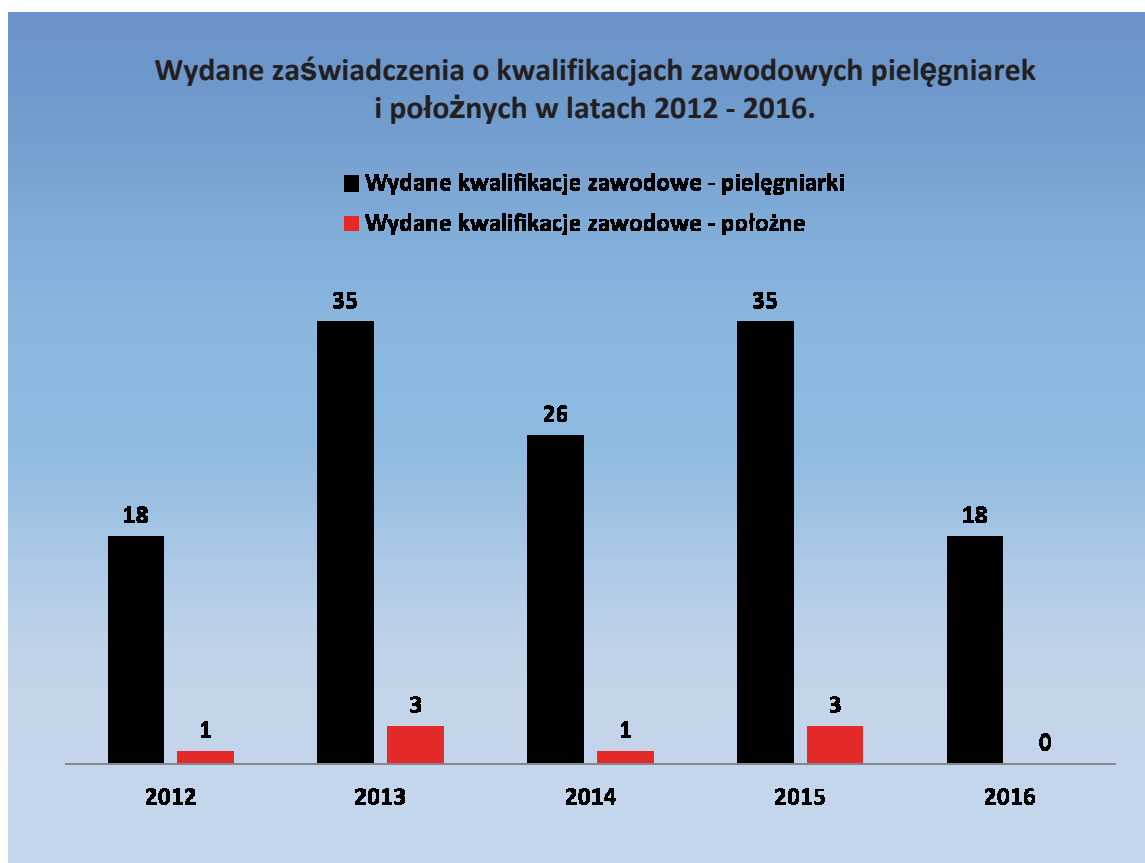
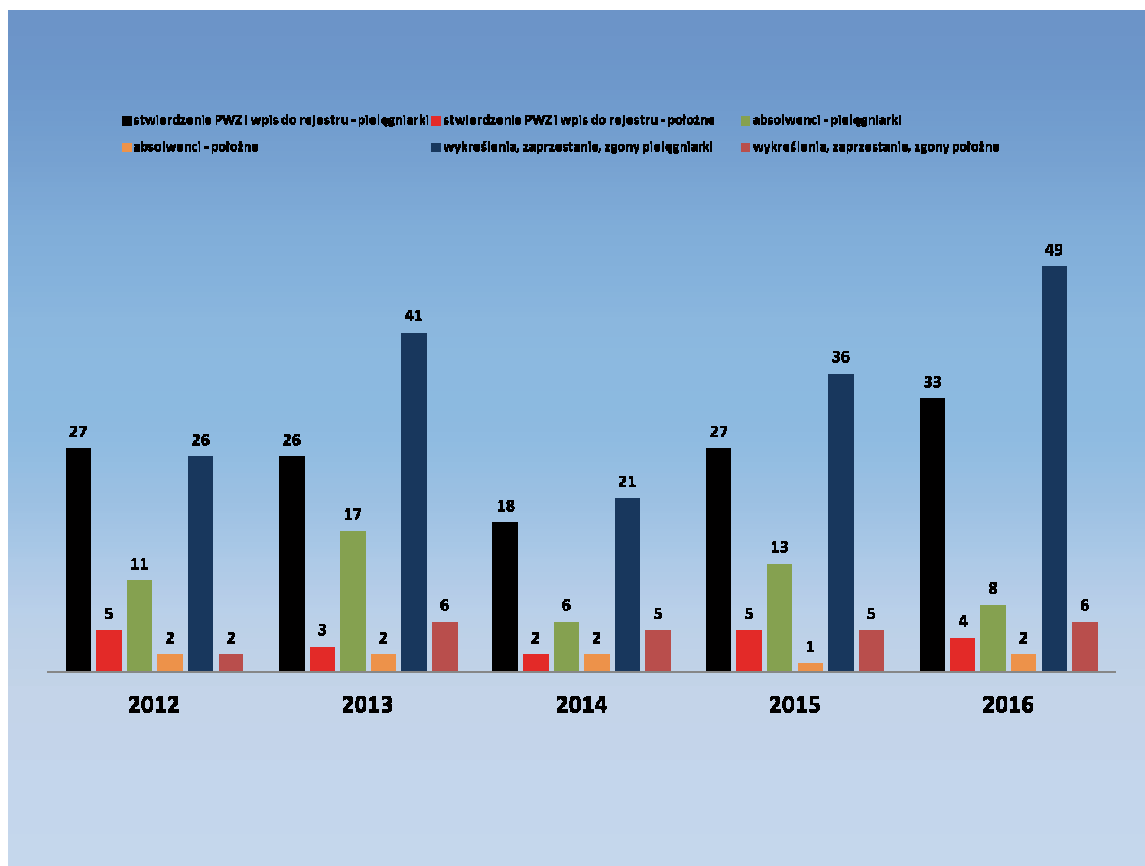
Szkolenia specjalizacyjne

Art. 5. 1. ustawy o samorządzie pielęgniarki i położnej

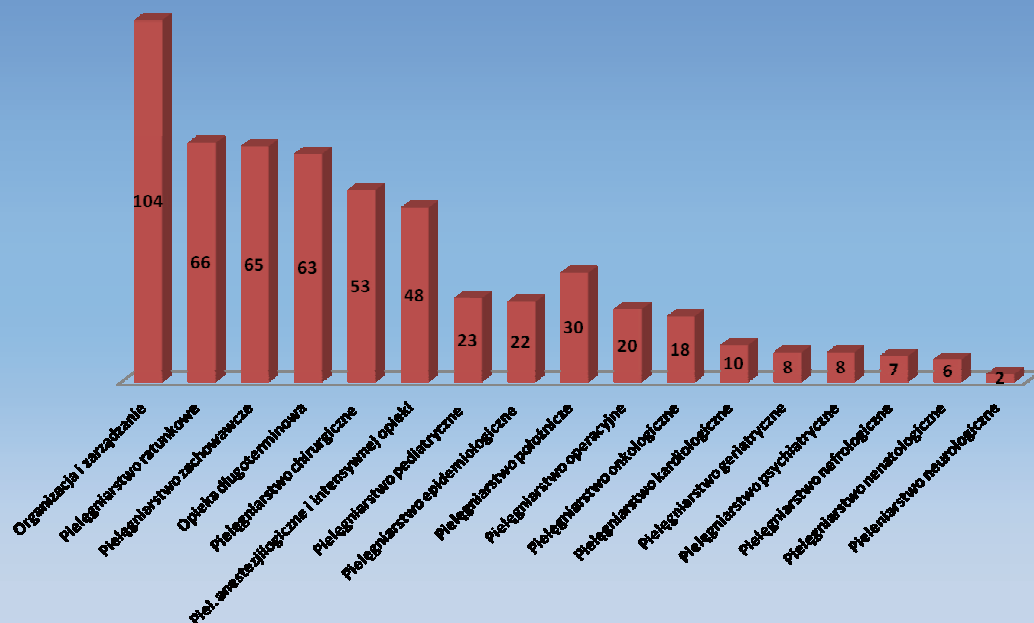
Członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę.

Jest nas **5469** osób w tym:

- 4885 pielęgniarek
- 476 położnych
- 108 pielęgniarzy

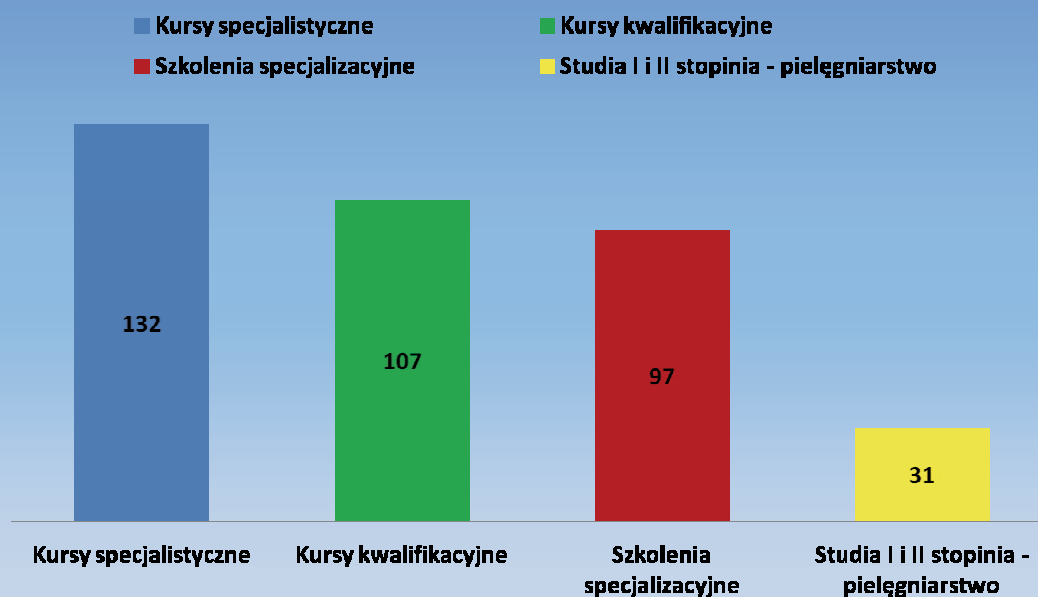


Szkolenia specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa



Łączna ilość pielęgniarek i położnych, które ukończyły specjalizację zgodnie z danymi z rejestru OIPiP w Wałbrzychu: **553**

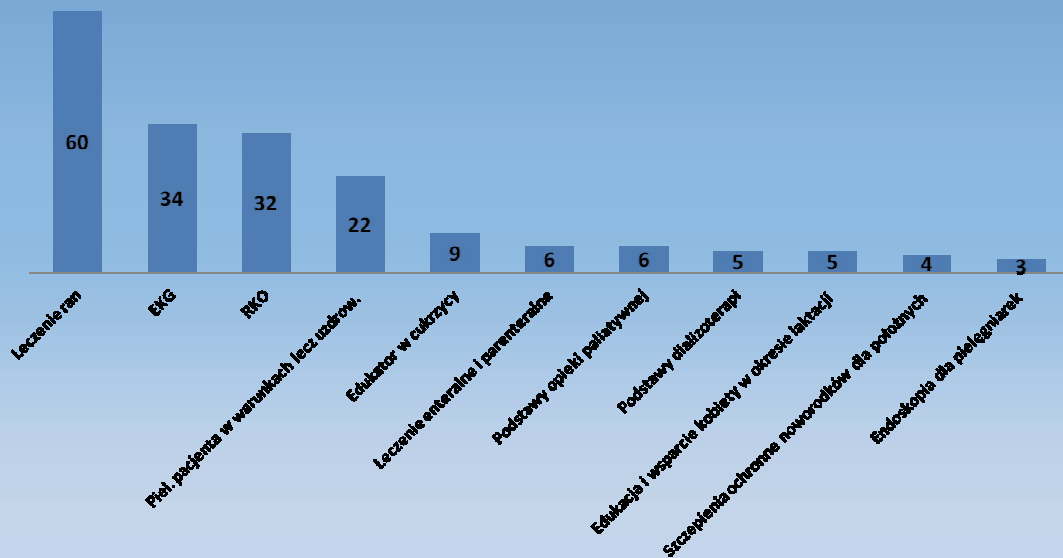
Zestawienie udzielonych refundacji w 2012 r.



Łączna ilość udzielonych refundacji: **367**
Kwota refundacji – **170 257 zł.**

Zestawienie udzielonych refundacji w latach 2013-2015

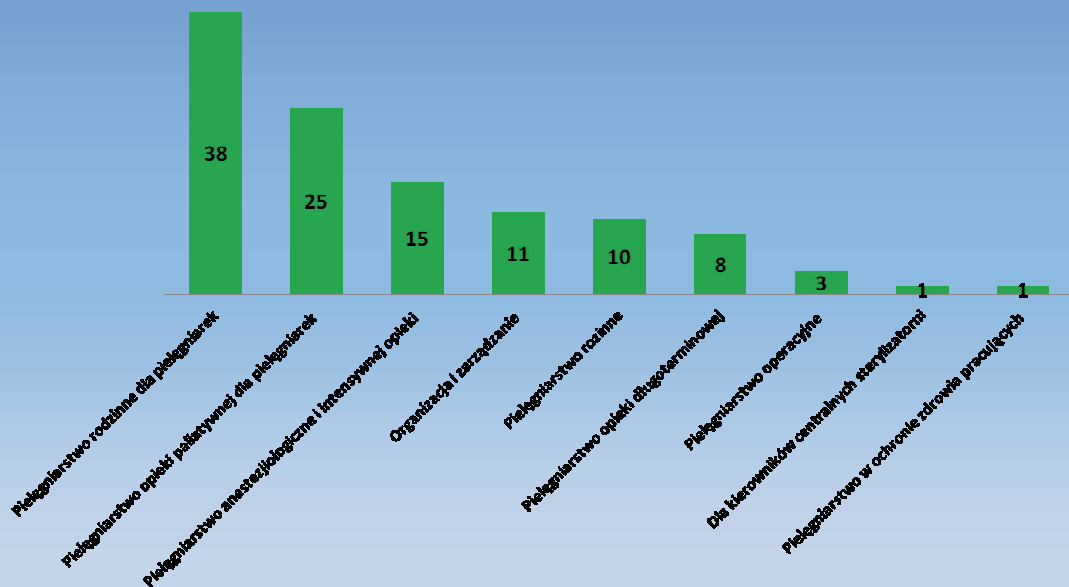
Kursy specjalistyczne



Łączna ilość pielęgniarek i położnych, które ukończyły kurs specjalistyczny: **210**
 Kwota refundacji – 52 586 zł.

Zestawienie udzielonych refundacji w latach 2013-2015

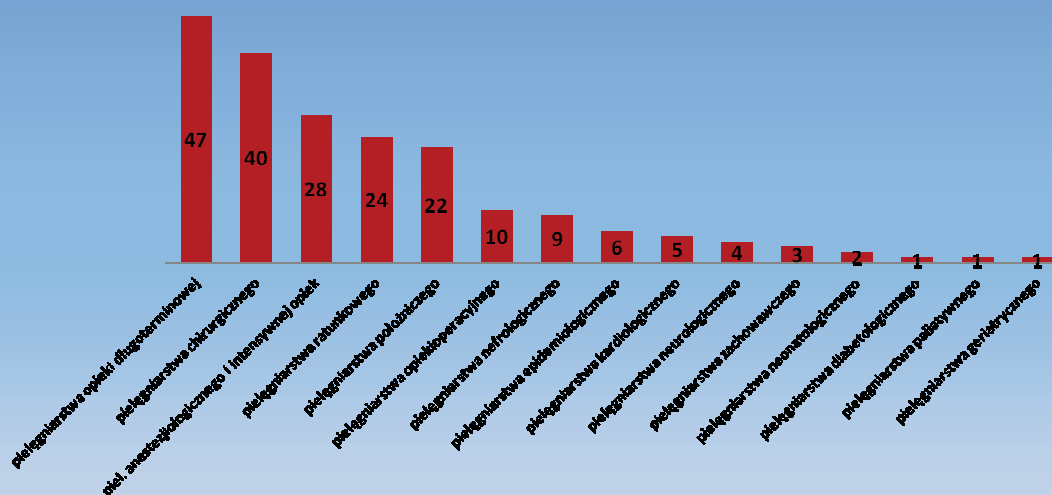
Kursy kwalifikacyjne



Łączna ilość pielęgniarek i położnych, które ukończyły kurs kwalifikacyjny:
112
 Kwota refundacji – 63 400 zł.

Zestawienie udzielonych refundacji w latach 2013-2015

Szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie

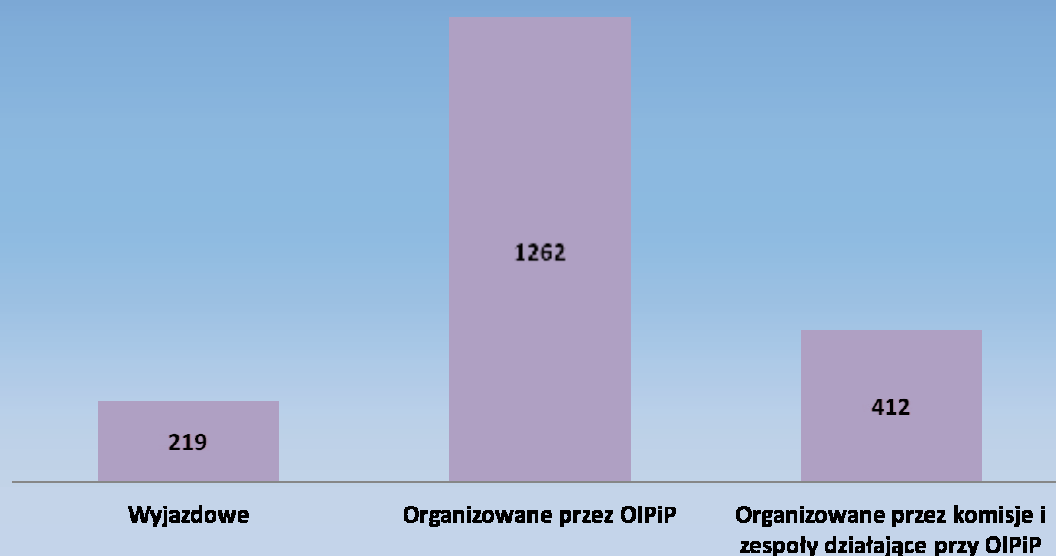


Łączna ilość pielęgniarek i położnych, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne: 367
Kwota refundacji: 170 257 zł.

Studia magisterskie – kierunek pielęgniarstwo: 102
Kwota refundacji: 106 800 zł.

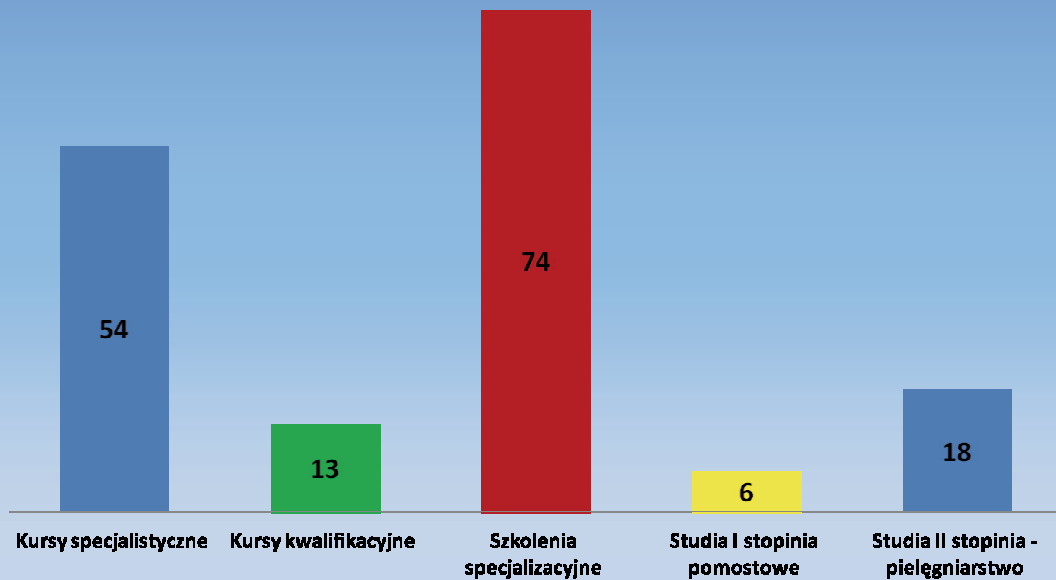
Zestawienie udzielonych refundacji w latach 2013-2015

Konferencje, szkolenia, sympozja, zjazdy



Ilość osób uczestniczący w szkoleniach, konferencjach, sympozjach i zjazdach: 1893 na łączną kwotę 243 716 zł.

Zestawienie udzielonych refundacji w 2016 r.

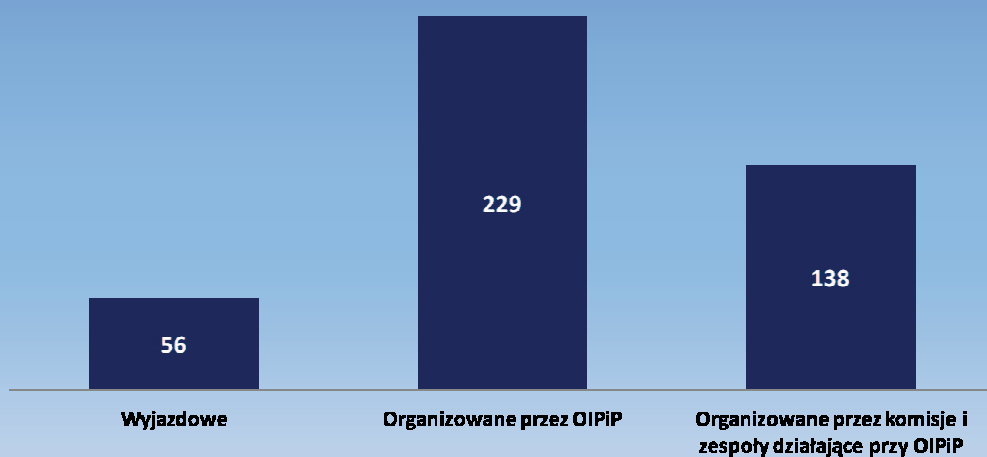


Łączna ilość udzielonych refundacji: 164

Kwota refundacji: 166 067 zł.

Zestawienie udzielonych refundacji w 2016 r.

Konferencje, szkolenia, sympozja, zjazdy



Ilość osób uczestniczący w szkoleniach, konferencjach, sympozjach i zjazdach: 462 na łączną kwotę 54 091 zł.

W wykazanym okresie – w latach 2012-2016 z różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego skorzystało: 3508 na łączną kwotę 1 042 893 zł.

PODARUJ 1%

POMÓŻ MI W WALCE Z CUKRZYCĄ typu 1



Numer KRS **0000163346**



FUNDACJA DLA DZIECI Z CUKRZYCĄ



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia **ALMACH**

ul. Kulińska 2
87-800 Włocławek

tel. 601 256 845

KRS: 0000154303
REGON: 911327517
NIP: 888-27-47-997

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl

www.fundacja-almach.org.pl

Zostań
Aniołem Hospicjum



POMÓŻ UKOIĆ BÓL

Wałbrzyskie Hospicjum
Podaruj nam



KRS 0000047710



POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB
Z UPOŚLEDZENIEM UMYŚLOWYM
KOŁO W ŚWIDNICY
organizacja pożytku publicznego

ul. K. Stobódzkiego 28, 58-105 Świdnica
tel./fax 74 850 13 88
NIP: 884 27 10 137

Pomóż nam rozwinąć skrzydła
dzieciom niepełnosprawnym

Przełącz nam Twój 1% podatku
to 100 % serca

KRS 0000 350036

www.psouu.swidnica.pl
e-mail: zk.swidnica@psouu.org.pl





Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

