



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

3/2017
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ♦ UROCZYSTE OBCHODY MIĘDZYNARODOWEGO DNIA
PIELĘGNIARKI I DNIA POŁOŻNEJ
- 1 ♦ WRĘCZENIE ODZNACZEŃ ZAWODOWYCH „ZŁOTY
CZEPEK”
- 6 ♦ Z PRAC NIPiP
- 23 ♦ PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
- 27 ♦ OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE POŁOŻNYCH
RODZINNYCH
- 28 ♦ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
- 39 ♦ KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE
- 43 ♦ UROCZYSTOŚĆ CZEPKOWANIA – POWRÓT DO TRADYCJI
- 44 ♦ DOŁĄCZ DO GRONA CZYTELNIKÓW MAGAZYNU
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
- III ♦ PLAKAT KOMISJI ETYKI

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.pielgniarka@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@terenynyeny.pl

UROCZyste OBCHODY MIĘDZYNARODOWEGO DNIA PIEŁĘGNIARKI I DNIA POŁOŻNEJ

8 maja 1896 r. urodziła się Stanisława Leszczyńska - polska Służebnica Boża, położna w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau, absolwentka prywatnego progimnazjum Wacława Maciejewskiego w Łodzi. Swoje przeżycia z obozu opisała w pracy *Raport położnej z Oświęcimia*, która powstała od przejścia Leszczyńskiej na emeryturę. Pierwsze wydanie wspomnień miało miejsce w „Przeglądzie Lekarskim” w 1965 roku.

12 maja 1820 r. urodziła się Florenc Nightingal - angielska pielęgniarka, statystyk, działaczka społeczna i publicystka. Jest uważana za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa. Wypracowała podstawy, na których opiera się współczesny wizerunek pielęgniarki. Jej zasługą jest zdefiniowanie metod i sposobów pielęgnacji chorych i poszkodowanych - istota pielęgnowania - „pomaganie choremu w tym, aby mógł żyć lepiej”:

W 1860 założyła w Londynie przy Szpitalu Św. Tomasza pierwszą szkołę pielęgniarstwa.



Samorząd Pielęgniarek i Położnych dał początek wspólnym przemianom, bez których nie byłoby jutra. To właśnie samorząd dał początek uroczystym obchodom naszego święta.

WRĘCZENIE ODZNACZEŃ ZAWODOWYCH „ZŁOTY CZEPEK”

9 maja br. w Hotelu Restauracji „Maria” w Wałbrzychu odbyła się uroczystość z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej

Były życzenia, podziękowania, słowa uznania i szacunku.

Doceniając codzienny trud, poświęcenie, wrażliwość i empatię, profesjonalne spojrzenie i pomoc ludziom potrzebującym, za wysoką jakość świadczonych usług – chcąc wyrazić uznanie i szacunek, po raz pierwszy wręczone zostały **Odnaczenia Zawodowe „ZŁOTY CZEPEK”**

Na mocy Uchwały – decyzją Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, miałam zaszczyt wręczyć odnaczenia 23 osobom- Paniom Pielęgniarkom, Położnej i Panom Pielęgniarzom.

Spośród zaproszonych Gości -Pani Mariola Łodzińska, Wiceprezes NRPIP osobiście pogratulowała wszystkim odznaczonym. Były wzruszenia i łezka w oku.

Sala wypełniona po brzegi. Część artystyczna była ukończona uroczystości. Dźwięki harfy, piękny głos Pani Jadwigi Tomczyńskiej, utwór Hallelujah, znany z filmu Shrek oraz z repertuaru Leonarda Cohena dedekowany był osobom odznaczonym.

„Czasami można wyleczyć
Często złagodzić dolegliwości
Pielęgnować trzeba zawsze”

Słowa wypowiedziane przez Edward Livingstone Trudeau, lekarza amerykańskiego pochodzenia towarzyszą nam – członkom OIPIP w Wałbrzychu od pierwszych lat istnienia samorządu.



Są przestaniem, myślą przewodnią.

Te słowa znajdują się na awersie Odznaczenia Zawodowego „ZŁOTY CZEPEK”

Edward Livingstone Trudeau urodził się w Nowym Jorku w rodzinie lekarzy. Żył i pracował w XIX wieku. Kiedy miał 19 lat, jego brat zaraził się gruźlicą. Edward opiekował się nim do momentu jego śmierci. Trzy miesiące później Trudeau sam zaraził się gruźlicą. Wkrótce potem przeprowadził się wraz z żoną i dziećmi do Adirondacks w górach. Przebywał ile tylko mógł na świeżym powietrzu.

Niedługo potem jego stan poprawił się, dzięki czemu wrócił do praktykowania zawodu lekarza.

W 1885 roku otworzył sanatorium Adirondack Cottage (w północnym stanie Nowy Jork), w którym leczono pacjentów z gruźlicą. Założył również Laboratorium Saranac – pierwsze laboratorium w USA do badań nad gruźlicą, znane dzisiaj jako Instytut Trudeau, w którym światowej klasy naukowcy badają różne aspekty chorób zakaźnych i odpor-

ności na patogeny. Prowadzone w Instytucie prace koncentrują się nie tylko na badaniu odpowiedzi układu immunologicznego na najczęstsze choroby zakaźne, takie jak grypa, ale również na roli układu odpornościowego w chorobach autoimmunologicznych i nowotworowych oraz w procesie starzenia się.

Trudeau był jednym z pionierów ery przedantybiotykowej, którzy stworzyli zasady zapobiegania

i leczenia chorób. Podkreślał znaczenie przebywania na świeżym powietrzu, ćwiczeń fizycznych i zdrowej diety. W pracy kierował się swoim życiowym motto: **„Czasami można wyleczyć, złagodzić dolegliwości, pielęgnować trzeba zawsze”.**

Autorka biografii Trudeau mówi: „Jest on inspiracją dla świata nauki, lekarzy i pacjentów. Był naukowcem, który podkreślał znaczenie metod naukowych i dokładne zbadanie interakcji prątków gruźlicy z organizmem człowieka i ich wpływu na jego funkcjonowanie.

Zróżło: Wikipedia



Wałbrzych, 9 maja 2017 r.

Uhonorowani zostali



- ◆ Borkowska Barbara Honorata
- ◆ Ciosk Danuta Bożena
- ◆ Dudziak Dominika
- ◆ Gerot Halina
- ◆ Golecka Irena Emilia
- ◆ Grabowska Stanisława Józefa
- ◆ Grajewska Beata Zofia
- ◆ Gruszka Aneta Małgorzata
- ◆ Hopek Barbara Jadwiga
- ◆ Kaczmarska Ewa Dominika
- ◆ Kowalski Paweł Maciej
- ◆ Majdak Grzegorz

- ◆ Majkowska Krystyna Katarzyna
- ◆ Nadobna Bożena
- ◆ Paśko Elżbieta
- ◆ Pietrusa Zdzisława Grażyna
- ◆ Prokopowicz Małgorzata Dorota
- ◆ Ryczan Renata Teresa
- ◆ Sławska Teresa Jadwiga
- ◆ Waliszewska Ewa
- ◆ Wilk Elżbieta
- ◆ Wojtkowiak Maria Jolanta
- ◆ Zięc Halina Aniela





Z PRAC NIPIP

LZ - PRODUKT LECZNICZY ZALICZONY DO KATEGORII DOSTĘPNOŚCI WYŁĄCZNIE DO STOSOWANIA W LECZNICTWIE ZAMKNIĘTYM



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.231.2016.TK

Warszawa, dnia 21.11.2016r

Pani

Izabela Obarska

Dyrektor

Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji

Ministerstwa Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o wydanie opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności – Lz (Lecznictwo zamknięte) w Obwieszczeniu Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 6 kwietnia 2016r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wpływają zapytania od pielęgniarek i położnych rodzinnych dotyczące wydawania przez apteki ogólnodostępne leków z kategorią dostępności oznaczoną "Lz" na recepty wystawiane dla pacjenta przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego do stosowania w domu pacjenta.

Ustawa z dnia 6 września 2001r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2008r. Nr 45, poz.271) określa kategorię dostępności produktu leczniczego. Zgodnie z art. 23a. ust.1. Produkty lecznicze dopuszczone do obrotu otrzymują jedną z następujących kategorii dostępności:

1) wydawane bez przepisu lekarza – OTC;

- 2) wydawane z przepisu lekarza – Rp;
- 3) wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania – Rpz;
- 4) wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach – Rpw;
- 5) stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym – Lz.

Natomiast §3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008r., w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz.U. Nr 206, poz 1292) mówi, iż produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz”, w przypadku gdy z uwagi na swe właściwości farmakologiczne, sposób podawania, wskazania, innowacyjność lub ze względu na interes zdrowia publicznego jest zarezerwowany dla leczenia, które może być przeprowadzone tylko w lecznictwie zamkniętym."

Obowiązujący Urzędowy Rejestr Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych charakteryzuje produkty lecznicze pod względem ich kategorii dostępności. Klasyfikacja ta ma istotne zastosowanie praktyczne, determinuje status prawny produktu leczniczego oraz dopuszczenie leku do obrotu.

W związku z powyższym pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym (np. Biodacyna roztwór do wstrzykiwań i infuzji) wystawionego na receptę przez lekarza i wydanego przez aptekę, w oparciu o powyżej przedstawione zapisy w aktach prawnych powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, a następnie wskazać innego świadczeniodawcę, który jest uprawniony do wykonania powyższego zlecenia.

Biorąc pod uwagę powyższe uprzejmie proszę o zajęcie jednoznacznego stanowiska w tej sprawie.

Zuzanna Szaumny

Prezes NRPIP

Z Małay

Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia

Departament Polityki Lekowej
i Farmacji

Warszawa,

17. 03. 2017

PLO.4642.1.2.2017.JM

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 lutego 2017 r. znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.47.2017.TK (także z 21 listopada 2016 r.) w sprawie wydania opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte), proszę o przyjęcie poniższego.

Jeżeli produkt leczniczy, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142), jest zakwalifikowany do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, to nie może być stosowany w innych warunkach. Lekarz nie powinien wystawić recepty Lz poza leczeniem zamkniętym a apteki ogólnodostępne nie powinny jej realizować. Jest to zarezerwowane dla aptek szpitalnych. Natomiast pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jako niezgodnego z przepisami prawa.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz.U. z 2016 r. poz. 1769) podano kryteria, zgodnie z którymi produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz”, wskazując przy tym właściwości farmakologiczne, sposób podania, wskazania, innowacyjność lub interes zdrowia publicznego.

Z pozdrowieniem,

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji

DEBATA POŚWIĘCONA PROBLEMOM WSPÓŁCZESNEGO PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA

27 marca 2017 r. w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie odbyła się debata poświęcona problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Organizatorem debaty był minister zdrowia wraz z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.

KONFERENCJA PRASOWA PRZED DEBATĄ

Debatę poprzedziła konferencja prasowa, podczas której minister zdrowia Konstanty Radziwiłł wskazał na najważniejsze problemy związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej oraz zapewnił, że „musimy pracować nad prestiżem zawodów pielęgniarki i położnej, bo ten prestiż jest tym, co będzie przyciągać nowe kadry”.

Wicepremier, minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin wyraził nadzieję, że „debata będzie ważnym krokiem w poszukiwaniu harmonijnej współpracy między Ministerstwem Zdrowia, całym rządem a środowiskiem pielęgniarek”.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Lucyna Dargiewicz wymieniła podstawowe problemy pielęgniarstwa, takie jak: zbyt mała liczba pielęgniarek i wysoka średnia wieku osób wykonujących ten zawód. Zaznaczyła, że ogromną wagę powinno przywiązywać się do kształcenia pielęgniarek, tłumacząc, że: „kształcenie wyższe jest kształceniem właściwym dla tego zawodu”.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas przytoczyła statystyki, z których wynika, że 42 tysiące pielęgniarek ma uprawnienie emerytalne i pracuje, a kolejne 40 tysięcy nabędzie te uprawnienie w przeciągu 2 lat, co stanowi ¼ stanu pracujących pielęgniarek i położnych. Jednocześnie Zofia Małas zauważyła, że zwiększyło się zainteresowania studiami pielęgniarstwowymi, i podkreśliła, że: „Musimy debatować, jaką dobrą ofertę dać dla młodych pielęgniarek, aby chciały zostać w kraju, w zawodzie.”

PROGRAM DEBATY

Debatę prowadziła Beata Cholewka, dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. Program uwzględniał następujące zagadnienia:

1. Problemy współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce – diagnoza i propozycje rozwiązań.
2. Kształcenie – określenie kierunków działań – stan obecny a model idealny.
3. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w realizacji świadczeń gwarantowanych „rozporządzenia koszykowe” – projektowane zmiany.
4. Prestiż i promocja zawodu pielęgniarki i położnej – mechanizmy motywujące do kształcenia i pracy w zawodach w Polsce.
5. Cyfryzacja w systemie ochrony zdrowia częścią rozwiązań systemowych i wsparciem opieki pielęgniarstwiej.



ZAPOWIEDŹ POWSTANIA ZESPOŁU DS. PIELĘGNIARSTWA

Podczas debaty minister zdrowia Konstanty Radziwiłł zapowiedział, że powstanie zespół ds. pielęgniarstwa, który opracuje rozwiązania, dzięki którym pielęgniarstwo będzie mogło się rozwijać. W skład zespołu wejdą przedstawiciele środowiska i organizacji pielęgniarek i położnych, przedstawiciele rządu, eksperci, prawnicy. Na czele zespołu stanie wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko.

KSZTAŁCENIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Ważną częścią dyskusji były kwestie związane z kształceniem pielęgniarek i położnych. Minister zdrowia zapewnił, że zostanie utrzymane kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie wyższym. Jednocześnie zapowiedział, że jest rozważane wprowadzanie profesji pomocniczych, np. asystentek, które nie miałyby wykształcenia wyższego, a pomagałyby pielęgniarkom w bezpośredniej opiece nad pacjentem.

W tej części debaty zostały poruszone następujące zagadnienia:

- powrót do limitowania miejsc na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w celu zapewnienia środków finansowych na kształcenie dla uczelni publicznych,
- konieczność dostosowania systemu kształcenia pielęgniarek i położnych do realnych potrzeb ochrony systemu zdrowia w różnych rodzajach świadczeń, w których niezbędne jest posiadanie określonych kwalifikacji.

NORMY ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Kolejna część debaty była poświęcona normom zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W zgodnej opinii uczestników dyskusji, pielęgniarka i położna są ważnymi partnerami w zespole terapeutycznym, od których wymaga się samodzielności i odpowiedzialności.

Uczestnicy debaty zauważają konieczność wypracowania nowych, bardziej optymalnych, rozwiązań. Obecnie obowiązujące normy wpisane w rozporządzenia koszykowe nakładają na

świadczeniodawców wymogi, które mogą być trudne do zrealizowania w sytuacji braku pielęgniarek i położnych.

CYFRYZACJA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Ostatnim punktem debaty były kwestie związane z cyfryzacją w systemie ochrony zdrowia, która wpływa na jakość opieki pielęgniarskiej, poprawia bezpieczeństwo pacjenta oraz zapewnia lepszą organizację pracy całego zespołu. Uczestnicy dyskusji podkreślali zalety elektronicznej dokumentacji medycznej.

MINISTERSTWO ZDROWIA OTWARTE NA DIALOG

Debatę zakończyło wystąpienie wiceminister zdrowia Józefy Szczurek-Żelazko, która zapewniła, że Ministerstwo Zdrowia jest otwarte na dialog i szukanie rozwiązań akceptowalnych

dla wszystkich stron. Wiceminister podkreśliła, że pielęgniarki i położne współodpowiadają za dobro najwyższe, jakim jest życie i zdrowie człowieka. Sposób zaopiekowania się chorym przez pielęgniarkę lub położną wpływa znacząco na społeczną opinię o jakości opieki medycznej.

W debacie uczestniczyło ponad 300 osób, m. in. przedstawiciel ministra edukacji narodowej, przedstawiciele środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, w tym samorządu zawodowego, przedstawiciele związku zawodowego pielęgniarek i położnych oraz stowarzyszeń pielęgniarskich, konsultanci krajowi i wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa, przedstawiciele uczelni kształcących w zawodach pielęgniarki i położnej, pracodawcy, przedstawiciele pielęgniarskiej kadry kierowniczej w podmiotach leczniczych.



Minister Zdrowia

29-03-2017

Warszawa,

MZ-PPA.0762.1.2017/BW

Pani Zofia Małas

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Pani Grażyna Wójcik

Prezes Zarządu Głównego

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 10 lutego 2017 r. sprawie odniesienia się do propozycji zawartych w Rekomendacjach wypracowanych w ramach debaty eksperckiej pn. „Długoterminowa opieka medyczna a zmiany systemowe w Polsce”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się bezpośrednio do punktów 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, informuję, że Ministerstwo Zdrowia mając na uwadze zachodzące procesy demograficzne dostrzega konieczność podjęcia prac

nad nowelizacją obowiązujących regulacji prawnych definiujących zasady oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej. Z uwagi na międzysektorowy charakter zagadnień, niezbędne jest traktowanie opieki długoterminowej nie tylko jako składowej systemu ochrony zdrowia ale również funkcjonujących rozwiązań w ramach systemu pomocy społecznej. W związku z powyższym ewentualne zmiany przepisów muszą przede wszystkim zapewnić komplementarność funkcjonowania rozwiązań w ramach systemu pomocy społecznej i systemu ochrony zdrowia oraz sposobu finansowania systemów opieki z różnych źródeł.

Mając na uwadze sygnały ze strony świadczeniobiorców, świadczeniodawców oraz ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest analiza przepisów dotyczących zakładów opiekuńczych oraz udzielanych w ich ramach świadczeń, nie tylko w zakresie zmian sposobu finansowania czy kryteriów kwalifikacji do tychże zakładów, ale także możliwości i konieczności wprowadzenia nowych i dostosowania obecnie funkcjonujących form opieki długoterminowej do potrzeb społeczeństwa. Potencjalne rozwiązania muszą zostać rozważone pod kątem ich oddziaływania na sytuację pacjentów, ich rodzin, świadczeniodawców, systemu ochrony zdrowia oraz możliwości budżetowych, w tym możliwości budżetów lokalnych.

Ewentualne zmiany w zakresie sposobu finansowania pobytu pacjenta (w tym kosztów żywienia i zakwaterowania), przebywającego w ZOL lub ZPO oraz kryteriów kwalifikacji, muszą uwzględniać możliwość zabezpieczenia odpowiednich środków budżetowych. Wiele sygnałów zgłaszanych do Ministerstwa Zdrowia wskazuje na zasadność ujednolicenia przepisów w zakresie finansowania podmiotów sprawujących opiekę w formie długoterminowej, zawartych w *ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* i *ustawie o pomocy społecznej*, czyli przepisów obowiązujących dla zakładów opiekuńczych oraz domów pomocy społecznej.

Mając powyższe na uwadze, informuję, że Minister Zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powołanie zespołu mającego na celu zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń opieki długoterminowej, działań zmierzających do poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Prosząc jednocześnie o szczególne zwrócenie uwagi na kryteria kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu oraz innych warunków realizacji świadczeń opieki długoterminowej. Celem strategicznym ma być poprawa dostępności

świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, poprzez opracowanie oraz szczegółową weryfikację kryteriów kwalifikacji pacjenta, zakresu świadczeń oraz warunków realizacji.

Odnosząc się natomiast do kwestii dotyczącej opracowania taryfy dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, Minister Zdrowia powołując się na art. 311a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), na podstawie punktu II planu taryfikacji na 2016 r., tj. *Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, zwrócił się do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z prośbą o podjęcie prac nad wyceną świadczeń dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, jako świadczeń gwarantowanych w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Z uwagi na fakt, iż pozostałe świadczenia z zakresu opieki długoterminowej zostały już taryfikowane, przedmiotowe taryfy mają zostać przedstawione w terminie do dnia 30 czerwca 2017 r.

Odnosząc się do wniosku o *pilne wdrożenie rekomendowanej przez AOTM wyceny świadczeń w pielęgniarstwie – punkt 3 oraz punkt 10*, uprzejmie informuję, że taryfy dla świadczeń udzielanych w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego, określone w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 29 czerwca 2016 r., zostały wdrożone do zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej i mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2017 r. Zgodnie bowiem z art. 146 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, ze zm.), do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.

Podkreślenia wymaga, iż taryfy wyrażone są w wartościach względnych (w punktach), natomiast cena za jednostkę rozliczeniową (punkt) ustalana jest z uwzględnieniem możliwości

finansowych płatnika świadczeń. Zgodnie bowiem z treścią art. 132 ust. 5 ww. ustawy, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. W związku z powyższym, starając się zrównoważyć z jednej strony potrzeby wynikające z popytu na świadczenia, a z drugiej ściśle określone środki finansowe na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, niektórzy dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przyjęli sukcesywne podnoszenie wysokości cen jednostek rozliczeniowych w ciągu kolejnych lat.

Poniżej uprzejmie przekazuję informacje Centrali NFZ na temat średnich cen za świadczenia w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego w 2016 r. i według umów aktualnych oraz cen oczekiwanych w tych oddziałach OW NFZ, w których prowadzone są postępowania konkursowe w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

OW NFZ	Średnia cena w umowach		Cena oczekiwana w postępowaniach
	2016 r.	wg aktualnych umów	
Dolnośląski	27,55 zł	29,60 zł	30,08 zł
Kujawsko-Pomorski	25,56 zł	30,08 zł	30,08 zł
Lubelski	24,00 zł	24,00 zł	27,00 zł
Lubuski	21,95 zł	24,71 zł	28,00 zł
Łódzki	22,65 zł	22,64 zł	25,00 zł
Małopolski	24,50 zł	30,08 zł	30,08 zł
Mazowiecki	21,84 zł	24,87 zł	26,54 zł
Opolski	23,76 zł	24,48 zł	-
Podkarpacki	25,85 zł	26,84 zł	28,00 zł
Podlaski	21,77 zł	24,00 zł	24,00 zł
Pomorski	25,86 zł	27,74 zł	30,08 zł
Śląski	23,70 zł	27,42 zł	-
Świętokrzyski	25,27 zł	25,27 zł	28,00 zł
Warmińsko-Mazurski	27,70 zł	29,76 zł	30,08 zł
Wielkopolski	25,77 zł	27,80 zł	30,08 zł
Zachodniopomorski	22,09 zł	24,90 zł	-

Natomiast odnosząc się do poszczególnych punktów w tabeli zawierającej propozycje interpretacji kryteriów wyboru ofert dla przedmiotu postępowania – pielęgniarstwo długoterminowe domowe, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 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. 1732 z późn. zm.), przedstawiam następujące stanowisko.

Ad 1 Kryterium jakości 1.1. premiuje oferty, w których zadeklarowano, że co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego stanowią pielęgniarki z określonymi w tym kryterium

kwalifikacjami. Przedmiotowe kryterium nie jest nowe, stosowane było już w przeszłości w postępowaniach w sprawie zawarcia umów. Przepis należy stosować w jego literalnym brzmieniu.

Ad 2 Kryterium jakości 1.2. premiuje oferty, w których zadeklarowano, że co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej stanowią pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych. Istotą kryteriów jest wykonywanie przez pielęgniarki zgłoszone w ofercie zawodu pielęgniarki w ramach różnych rodzajów działalności.

Ad 3 Kryterium jakości 1.3. należy stosować w literalnym brzmieniu.

Ad 4 i 5 W kryteriach jakości 1.4. i 1.5. premiiowani są oferenci dysponujący personelem pielęgniarskim we wskazanym udziale pełnego wymiaru etatu, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 j.t.).

Ad 6 Kryterium dostępności 1.1. jest spełnione, jeżeli wszyscy świadczeniobiorcy z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objęci opieką przez co najmniej 90 dni w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, otrzymywali świadczenia przez 7 dni w tygodniu.

Ad 7 Kryterium dostępności 1.2. jest spełnione, jeżeli świadczenia były realizowane na rzecz wszystkich świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresach pomiędzy wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.

Ad 8 i 9 Kryteria dostępności 1.3. i 1.4. wskazują na określony udział liczby świadczeniobiorców ze wskazanymi parametrami do liczby wszystkich świadczeniobiorców objętych opieką w badanym okresie czasu. Należy brać pod uwagę osoby objęte pielęgniarską opieką długoterminową domową, które na załączonej do skierowania karcie oceny lub w trakcie opieki uzyskały przynajmniej raz ocenę odpowiednio 0 punktów w skali Barthel lub 5-15 punktów w skali Barthel, w stosunku do wszystkich osób objętych tą formą opieki przez danego świadczeniodawcę.

Ad 10 Kryterium ciągłości 1.1. jest spełnione, jeżeli oferent zawarł co najmniej jedną umowę o współpracę ze świadczeniodawcą, który realizuje na podstawie umowy z NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz udziela ich na terenie obszaru, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, i może przedłożyć, na wezwanie komisji konkursowej, kopię tej umowy, potwierdzonej za zgodność z oryginałem. Kryterium premiujące posiadanie ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki po zakończeniu hospitalizacji, określone dla przedmiotu postępowania – pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, ma na celu osiągnięcie

prawidłowego efektu leczniczego oraz zachowanie ciągłości przebiegu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez kierowanie do pielęgniarstwiej opieki długoterminowej domowej świadczeniobiorców, którzy wymagają tej formy opieki.

Ponadto uprzejmie informuję, że weryfikacja ofert pod kątem spełniania omówionych powyżej kryteriów należy do zadań komisji konkursowych oddziałów wojewódzkich NFZ. Przy czym, zgodnie z § 17 ust. 2a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980, ze zm.), komisja konkursowa nie może żądać od oferenta przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, jeżeli potwierdzenie tych danych i informacji jest możliwe na podstawie:

- 1) posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych;
- 2) rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których Narodowy Fundusz Zdrowia ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352 i 1579).

W odniesieniu do punktów 8 i 9 informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi spotkania robocze z OW NFZ, w celu wyjaśnienia wątpliwości w zakresie kryteriów wyboru ofert w rodzajach świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Odnosząc się do wniosku zawartego w punkcie 11, dotyczącym powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, informuję, że Minister Zdrowia Pan Konstanty Radziwiłł podczas Debaty poświęconej problemom współczesnego pielęgniarstwa w Polsce w dniu 27 marca 2017 r., poinformował, że w najbliższym czasie zostanie powołany Zespół ds. strategii dla pielęgniarstwa. Zadaniem Zespołu będzie wypracowanie konkretnych propozycji rozwiązań, które będą miały wpływ na rozwój pielęgniarstwa. Do prac w Zespole zostaną zaproszeni reprezentanci poszczególnych grup zawodowych pielęgniarek i położnych.

Przedstawiając powyższe, dziękuję za przedstawione propozycje oraz wyrażoną deklarację aktywnego zaangażowania się w proces określenia dalszych kierunków działań rozwoju i funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce.

z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Zelazko

REALIZACJA ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 14 PAŹDZIERNIKA 2015 R. ZMIENIAJĄCE ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.14.2016.MK

Warszawa, dnia 26 stycznia 2017 r.

Pan

Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z przedstawieniem w dniu 26 lipca 2016 r. założeń reformy systemu opieki zdrowotnej zawartych w dokumencie „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o informację na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) po dniu 31 grudnia 2017 r.

W dniu 23 września 2015 r. w Warszawie zawarte zostało porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia, zgodnie z którym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki i położnej realizującej świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miał wynieść:

- 400,00 zł od dnia 1 września 2015 r. (od dnia 1 stycznia 2016 r. w przypadku świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna) do dnia 31 sierpnia 2016 r.,
- kolejne 400,00 zł (razem 800,00 zł) od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.
- kolejne 400,00 (razem 1.200,00 zł) zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r.
- kolejne 400,00 zł (razem 1.600,00 zł) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r.

Uzgodniono przy tym (pkt 6 porozumienia), że „przepisy znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą gwarantowały od dnia 1 września 2019 r. utrzymanie średniego miesięcznego wzrostu wynagrodzeń w kwocie nie mniejszej niż określona w ust. 4 pkt 4 oraz ust. 5 pkt 4 [porozumienia]”.

Na wspomniane podwyżki zabezpieczono środki finansowe w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powyższe uzgodnienia znalazły odzwierciedlenie w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 2 – 4), które jest obecnie – zgodnie ze wspomnianym powyżej porozumieniem – konsekwentnie realizowane. Przepisy rozporządzenia przewidują mechanizm finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia uprawnionych pielęgniarek i położnych do 2019 r., przy czym mechanizm wprowadzony rozporządzeniem został do tej pory uruchomiony za lata 2015/2016 i 2016/2017.

Jednocześnie ze wspomnianych na wstępie założeń reformy systemu opieki zdrowotnej wynika zamiar likwidacji z dniem 1 stycznia 2018 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, którego zadania ma przejąć Ministerstwo Zdrowia, a także zamiar zmiany sposobu finansowania służby zdrowia, która po reformie ma być finansowana z budżetu państwa, poprzez Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie”, którego dysponentem ma być Minister Zdrowia.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wdrożenie w życie wspomnianych założeń reformy systemu opieki zdrowotnej powinny zawierać kontynuację finansowania zobowiązań przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie dokument „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, ani inne dostępne dokumenty i wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia nie precyzują, czy i w jaki sposób zobowiązania finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z powołanych wyżej przepisów zostaną przejęte przez Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie” (budżet państwa).

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje pisemnej informacji na temat sposobu zabezpieczenia w budżecie państwa po dniu 31 grudnia 2017 r. odpowiednich środków finansowych na zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, obejmującego mechanizmy uregulowane w obowiązujących w chwili obecnej przepisach prawa.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP



Zofia Małas



Minister Zdrowia

Warszawa..... 04-05-2017

PPK.0762.7.2017

Pan
Sebastian Irzykowski
Wiceprezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Przewodniczący

W odpowiedzi na pismo znak: NIPiP-NRPIP-DS.015.91.2017.MK z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie przekazania informacji na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych przepisami rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 628) po dniu 31 grudnia 2017r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Realizacją porozumienia z dnia 23 września 2015 r. zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, było wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zapewniającego dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. W ramach przedmiotowego rozporządzenia zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r.

Obecnie realizowana jest druga transza podwyżki, czyli 800 zł od dnia 1 września 2016r. do dnia 31 sierpnia 2017 r. Zgodnie z rozporządzeniem OWU kolejne etapy zapewniające dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi zaplanowano:

- 1) od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. o 1200 zł,

2) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. o 1600 zł.

Poza tym rozporządzenie w sprawie OWU w celu zapewnienia ciągłości podwyżek po dniu 31 sierpnia 2019 r. doprecyzowuje zasady ustalania współczynnika korygującego, za pomocą którego od 1 września 2019 r. mają być ustalone kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Ponadto uprzejmie informuję, że w celu wprowadzenia gwarantowanego (podlegającego ochronie prawnej) poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz wyrównania dysproporcji płacowych pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Projekt ten dyskutowany był już społecznie w ramach konsultacji publicznych, opiniowania i uzgodnień, a obecnie znajduje się na etapie dalszych prac rządowych.

Przedmiotowy projekt zakłada podział pracowników medycznych na 10 grup zawodowych i określenie dla poszczególnych grup współczynników pracy, wedle których obliczane ma być ich najniższe wynagrodzenie zasadnicze. Wśród wspomnianych grup wyodrębnione zostały trzy grupy pielęgniarek i położnych, podzielone w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia oraz posiadanej specjalizacji - wymaganych od danego pracownika na zajmowanym stanowisku. Poniżej przedstawione zostało porównanie obecnych wynagrodzeń ww. grup do ich planowanych („docelowych”) zgodnie z projektowaną ustawą najniższych wynagrodzeń zasadniczych:

Grupa zawodowa	Obecne wynagrodzenie zasadnicze brutto - średnia dla grupy	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto do 31 grudnia 2019 r.	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto w 2021 r.
Pielęgniarka / położna z tytułem magistra ¹ ze specjalizacją	2726	4 095	5251
Pielęgniarka / położna ze specjalizacją	2579	2 847	3651
Pielęgniarka / położna bez specjalizacji	2369	2 496	3201

Projekt ustawy określa zasady, zgodnie z którymi pracodawcy (podmioty lecznicze) obowiązani będą podwyższać wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących

¹ na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo

zawody medyczne do 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie będzie mogło być niższe, niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. nie będzie ulegała zmianie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych, która będzie pozostawała na poziomie ustalonym na dzień 31 grudnia 2021 r.

Ponadto sposób podwyższania wynagrodzenia osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględniać powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

Przepisy projektowanej ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych stanowić będą zatem nie tylko gwarancję stopniowego podwyższania najniższych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, ale również czynić zadość postulatowi usankcjonowania w akcie rangi ustawowej wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zawartych obecnie tylko w akcie prawnym rangi rozporządzenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że w przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia ustawie z dnia 26 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), która przewiduje utworzenie tzw. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali), nie ma postanowień zmieniających w zakresie zasad otrzymywania środków na wzrosty wynagrodzeń przez pielęgniarki i położne.

Reasumując uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia – Pan Konstanty Radziwiłł wielokrotnie zapewniał, że niezależnie od rodzaju płatnika i formy płatności, podwyżki wynikające z rozporządzenia OWU będą realizowane. Natomiast projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zakłada uwzględnienie wzrostu miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki i położnej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie OWU.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczęsny-Lelazko

INFORMACJA NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OD 1 MAJA 2017 R. ZMIANY W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) jest systemem teleinformatycznym tworzonym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jego zadaniami są:

- gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;
- monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
- wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych;
- wsparcie przygotowania i realizacji umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.

Poza tym w przypadku pielęgniarek i położnych przetwarzane są w nim dane określone w przepisach wydanych na podstawie **art. 67, art. 71-74, art. 76-79 i art. 82** ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

INFORMACJA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i dokształcającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

I. Założenie konta w SMK.

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie założenie konta w tym systemie (szczegóły jak należy założyć konto podamy wkrótce po uruchomieniu SMK przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

II. Potwierdzenie tożsamości.

Po założeniu konta konieczne będzie potwierdzenie swojej tożsamości, będzie to możliwe na kilka sposobów:

- za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub
- za pomocą darmowego profilu zaufanego ePUAP (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć na: <http://epuap.gov.pl/wps/portal>) lub
- właściwego organizatora kształcenia pielęgniarek i położnych przeprowadzającego kształcenie lub
- właściwą okręgową izbę pielęgniarek i położnych do której należymy lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

III. Weryfikacja uprawnień.

Kolejną czynnością będzie złożenie wniosku o weryfikację uprawnień do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych za pomocą systemu SMK. Ważne jest, aby dane podawane we wniosku zgadzały się z tymi, które posiada okręgowa izba pielęgniarek i położnych.

INFORMACJA DLA ORGANIZATORÓW KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zmiany dotyczą również organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) którzy również za pomocą SMK będą składać wnioski o wpis, wpis zmiany danych, przysłać informację o planowanych terminach rozpoczęcia i zakończenia kształcenia podyplomowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

I. Założenie konta w SMK.

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie założenie konta w tym systemie (szczegóły jak należy założyć konto podamy wkrótce po uruchomieniu SMK przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

II. Potwierdzenie danych podmiotu.

Po założeniu konta konieczne jest potwierdzenie danych podmiotu, będzie to możliwe na kilka sposobów:

- za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub
- za pomocą darmowego podpisu potwierdzanego profilem zaufanym ePUAP (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć na: <http://epuap.gov.pl/wps/portal>) lub
- za pośrednictwem właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych lub Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

III. Weryfikacja uprawnień.

Kolejną czynnością będzie złożenie wniosku o weryfikację

uprawnień do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych za pomocą systemu SMK.

IV. Kierownicy specjalizacji.

Kierownicy Specjalizacji również będą zobligowani do posiadania konta w systemie SMK. W tym przypadku potwierdzenie tożsamości będzie odbywać się na zasadach jak w przypadku pielęgniarki i położnej. Natomiast weryfikacji uprawnień dokonywać będzie właściwy organizator kształcenia pielęgniarek i położnych.

POZOSTAŁE INFORMACJE

Odpowiedzialnym za budowę systemu i jego obsługę jest

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia <http://www.csioz.gov.pl>

Podręcznik użytkownika SMK – Samorząd Pielęgniarek i Położnych (PDF, 2.4 MB) – dostępny pod adresem : https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/instrukcje/podrecznik_uzytkownika_smk_samorząd_pielęgniarki_położnych_59075072d8502.pdf

W przypadku pytań bądź wątpliwości do Państwa dyspozycji Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia uruchomiło także infolinię 22 597-09-21 czynną w godzinach 9:00–15:00 oraz skrzynkę e-mail smk-serwis@ezdrowie.gov.pl.

KOMUNIKAT

dla Organizatorów Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych W SPRAWIE PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZA POŚREDNICTWEM SMK

W związku z wejściem w życie z dniem 1 maja 2017r. Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia uprzejmie informuje, co następuje:

Kształcenie rozpoczęte do dnia 30 czerwca 2017r. będzie kontynuowane do chwili jego zakończenia na dotychczasowych zasadach.

Oznacza to, że jeśli Organizator prowadzi kształcenie na podstawie planów kształcenia oraz harmonogramów, w których wskazał rozpoczęcie kształcenia do dnia 30 czerwca 2017r., kontynuuje to kształcenie poza systemem SMK.

Kształcenie rozpoczynające się od dnia 1 lipca 2017r. będzie prowadzone wyłącznie za pośrednictwem SMK.

Oznacza to, że plany kształcenia na II półrocze, tj. na okres od dnia 1 lipca 2017r. do 31 grudnia 2017r. będą przesyłane przez organizatorów za pośrednictwem SMK. Plany te należy przesłać do dnia 30 czerwca 2017r.

Zamieszczenie planów w SMK, umożliwi zainteresowanym pielęgniarkom i położnym składanie wniosków, o zakwalifikowanie do wybranego rodzaju kształcenia, które to wnioski od dnia 1 lipca 2017r., także będą składane za pośrednictwem SMK.

Kolejną czynnością będzie przesłanie harmonogramu kształcenia za pośrednictwem SMK, na co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem kształcenia, po uprzednim dokonaniu kwalifikacji uczestników za pośrednictwem SMK.

Z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dorota Zinkowska
rada ministra

PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

NFZ

Znak: 002.40.1.6.99.2017
2017.16.122.HKL.

Warszawa, dnia 28. marca 2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z 13.02.2017 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.002.48.2017.TK w sprawie prośby o włączenie wzoru „Skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki poz; położnej poz; pielęgniarki szkolnej” określonego dla świadczeń lekarza poz załącznikiem nr 5 do obowiązującego zarządzenia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, oraz o podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania nieprawidłowości przy wystawianiu przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na iniekcje i zabiegi, których wykonanie pozostaje w kompetencjach pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję:

Realizacja prośby Pani Prezes, w części dotyczącej wprowadzenia wzoru ww. skierowania, jako dokumentu obowiązującego we wszystkich umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wykracza poza kompetencje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Rodzaje, zakres i wzory dokumentacji medycznej, określają przepisy rozporządzenia wydanego przez Ministra Zdrowia zgodnie z delegacją art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

Narodowy Fundusz Zdrowia, warunkami umów zobowiązuje świadczeniodawców do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w przypadku stwierdzenia w toku kontroli nieprawidłowości w tym zakresie, podejmuje działania dyscyplinujące, do nakładania kar pieniężnych włącznie. Dla wyeliminowania nieprawidłowości ważne jest zatem, aby zgłoszenia o nich, kierowane były do oddziału wojewódzkiego właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń podmiotu, który wydał skierowanie, z podaniem danych tego podmiotu i lekarza kierującego.

Przesłane przez Panią Prezes kserokopie przykładowych skierowań na iniekcje i zabiegi, można uznać za ewidentne naruszenie warunków udzielania świadczeń a także sankcjonowanych ustawą, praw pacjenta. Nie zawierają one informacji ani o pacjencie, którego dotyczą, ani o świadczeniodawcy, który je wystawił, zaś zapisy dotyczące zleconej ordynacji są mało czytelne lub nieczytelne.

Uwzględniając powyższe, celem przeciwdziałania eskalacji problemu, Centrala Funduszu zwróci się do dyrektorów oddziałów wojewódzkich, o zamieszczenie w środowiskach informatycznych wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami i Funduszem (Portal świadczeniodawcy, SZOI) komunikatu przypominającego o obowiązujących zasadach dotyczących prowadzenia dokumentacji zewnętrznej pacjenta, w tym wystawiania skierowań na zbiegi i iniekcje, których wykonywanie pozostaje w kompetencjach pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej (treść komunikatu w załączeniu).

Załączniki: 1

2 Rozwiązanie

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Finansowych

Maciej Miłkowski

Komunikat dla świadczeniodawców i lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w sprawie obowiązujących zasad wystawiania pacjentom skierowań na realizację zleceń

W związku ze zgłaszanymi przez środowisko pielęgniarek i położnych, nieprawidłowościami przy

wystawianiu przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego skierowań na zbiegi i iniekcje pozostające w kompetencjach podstawowej opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia przypomina i informuje:

Skierowania wystawiane świadczeniobiorcom na świadczenia udzielane przez inne podmioty oraz skierowania na badania diagnostyczne, konsultacje lub leczenie, stanowią indywidualną dokumentację zewnętrzną pacjenta. Zasady wystawiania skierowań określają przepisy *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. poz. 2069) oraz odpowiednio: *rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji – dla podmiotów utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych* (Dz.U. z 2016 r., poz. 249) i *rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości – dla podmiotów udzielających świadczeń osobom pozbawionym wolności* (Dz.U. z 2016 r., poz. 258).

W świetle przepisów ww. aktów prawnych, przedmiotowe **skierowania powinny być sporządzane w sposób czytelny i zawierać następujące informacje:**

- dane świadczeniodawcy i lekarza wystawiającego skierowanie,
- dane świadczeniobiorcy, którego dotyczy skierowanie,
- wskazanie rodzaju przedsiębiorstwa/ podmiotu, do którego kieruje się pacjenta
- treść zlecenia,
- ewentualnie inne informacje medyczne dotyczące pacjenta/procesu leczenia, istotne ze względu na treść zlecenia,
- datę wystawienia skierowania.

Uwzględniając powyższe, zaleca się świadczeniodawcom opracowanie wzorów skierowań i ich stosowanie w bieżącej pracy, a także sprawowanie nadzoru nad prawidłowym ich wystawianiem.

Podkreśla się jednocześnie, że przypadki stwierdzenia przez Fundusz nieprawidłowości przy wystawianiu skierowań, skutkujące brakiem możliwości udzielenia świadczeń objętych przedmiotem zlecenia, będą traktowane, jako naruszenie warunków umowy i w procesie kontroli skutkować będą nakładaniem kar umownych zgodnie z przepisami § 30 załącznika do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U. poz. 1400, z późn. zm.).

Poniżej zamieszcza się jako przykład, wzór „*Skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki poz; położnej poz; pielęgniarki szkolnej*” określony załącznikiem nr 5 do zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń

**SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ
POZOSTAJĄCYCH W ZAKRESIE ZADAŃ
PIELEGNIARKI POZ; POŁOŻNEJ POZ; PIELEGNIARKI SZKOLNEJ**

podpis i pieczęć lekarza poz
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE POŁOŻNYCH RODZINNYCH

24 lutego 2017 roku w miejscowości Szamotuły odbyło się spotkanie założycielskie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych.

Stowarzyszenie, jako organizacja o charakterze społecznym, pragnie w szczególności zwrócić uwagę na budowanie prestiżu zawodowego polskiej położnej rodzinnej, co ściśle powiązane jest z dbałością o dobro kobiety i jej rodziny na każdym etapie jej życia. Główne cele stowarzyszenia zobowiązujemy się realizować poprzez:

- Ochronę zawodu położnej, w szczególności położnej rodzinnej.

- Podejmowanie działań rzeczniczych, w tym reprezentowanie interesu położnych rodzinnych, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej wobec Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych instytucji kształtujących politykę zdrowotną w kraju oraz wspieranie interesów kobiet w ciąży i matek.

- Informowanie i edukowanie Polaków, Polek o dobrowolnym wyborze położnej rodzinnej, jako odrębnego, niezależnego świadczeniodawcy.

- Doskonalenie zawodowe położnych rodzinnych, w tym doradztwo i pomoc naukową dla członków i przedstawicieli innych podmiotów zainteresowanych działalnością Stowarzyszenia.

- Zachęcanie członków stowarzyszenia oraz położnych niezrzeszonych do samokształcenia oraz systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez udział w różnych formach doskonalenia zawodowego.

- Integrowanie osób, instytucji i organizacji działających na rzecz opieki okołoporodowej oraz realizacji standardu opieki okołoporodowej;

- Inicjowanie i organizowanie seminariów, kursów, wykładów, szkoleń, warsztatów, konferencji oraz poradnictwa, w obszarze zbieżnym z celami statutowymi stowarzyszenia.

- Inicjowanie, organizowanie kursów, wykładów, warsztatów przeznaczonych dla personelu medycznego placówek położniczych oraz dla osób zajmujących się edukacją i opieką perinatalną.

- Tworzenie, współdziałanie na rzecz edukacji i działań profilaktycznych dla kobiet, ich rodzin i otoczenia.

- Tworzenie i realizacja programów profilaktycznych na rzecz edukacji seksualnej, w tym profilaktyki ciąży wśród nastolatek, chorób przenoszonych drogą płciową oraz profilaktyki HIV/AIDS;

- Popieranie, organizowanie, współtworzenie prac naukowo-rozwojowych w zakresie położnictwa rodzinnego.

- Współudział w ustalaniu kierunków rozwoju praktyki położnych rodzinnych.

- Opiniowanie projektów aktów normatywnych, występowanie z wnioskami legislacyjnymi dotyczącymi ochrony zdrowia oraz kształcenia i wykonywania zawodu położnej



- Współuczestniczenie w opracowywaniu i wdrażaniu założeń, programów oraz udział w konsultacjach polityk publicznych w obszarze zdrowia.

- Współpracę w tworzeniu wspólnych stanowisk, opinii, standardów, wytycznych z przedstawicielami środowisk działających na rzecz opieki położniczej i ochrony zdrowia kobiet oraz przedstawicielami organów stanowiących przepisy prawa.

- Upowszechnianie wiedzy za pomocą nowoczesnych mediów i technik informatycznych.

- Prowadzenie stron, serwisów, portali internetowych popularyzujących i udostępniających wiedzę z zakresu zgodnego z celami działalności stowarzyszenia.

- Diagnoza potrzeb i praw kobiet oraz ich rodzin w opiece okołoporodowej w Polsce. Gromadzenie informacji o warunkach opieki nad matką i dzieckiem, panujących w poszczególnych placówkach położniczych na terenie kraju.

- Monitorowanie działalności instytucji i placówek świadczących usługi z zakresu opieki okołoporodowej.

- Prowadzenie działalności wydawniczej.

- Współpraca ze środkami masowego przekazu.

- Rozwój międzynarodowej współpracy w dziedzinie położnictwa rodzinnego.

- Prowadzenie innych działań służących poprawie, jakości pracy położnych rodzinnych i poziomu opieki perinatalnej w kraju.

Do wypełniania powyższych założeń pragniemy zaprosić wszystkie położne rodzinne oraz organizacje społeczne, które pragną działać na rzecz dobra samodzielności zawodowej położnej rodzinnej i prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych
mgr Agnieszka Kamińska-Nowak

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 28 lutego 2017 r.

w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, 1579 i 2020) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną;
- 2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;
- 5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną.

§ 2. Pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych, z uwzględnieniem § 3 i § 7.

§ 3. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

- 1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:
 - a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
 - b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- 2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:
 - a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

- b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,
 - c) wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
 - d) ocenę i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 3) świadczeń leczniczych obejmujących:
- a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
 - b) doraźną modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
 - c) przygotowanie pacjenta leczonego metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współudziału w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
 - d) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
 - e) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących rehabilitację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

§ 4. Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

- 1) ocenę stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej,
 - b) rurki nosowo-gardłowej,
 - c) przrządów nadgłośniowych,
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;
- 8) wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 9) wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;
- 10) wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;
- 11) wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 12) wykonywanie kardiowersji w tachyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 13) wykonywanie i ocena zapisu EKG;
- 14) monitorowanie czynności układu oddechowego;
- 15) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;
- 16) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;
- 17) wykonywanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 18) podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszpikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu);
- 19) odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 20) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;
- 21) opatrywanie ran;
- 22) tamowanie krwawień zewnętrznych;
- 23) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;
- 24) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;
- 25) przyjęcie porodu;
- 26) wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;
- 27) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;
- 28) wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej;
- 29) podawanie pacjentowi produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 30) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

§ 5. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), jest uprawniona do wykonywania

samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w § 4, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarstwa kardiologicznego, lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

§ 6. 1. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, i jednostkami wojskowymi jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych i leczniczych obejmujących:

- 1) wykonanie konikotomii;
- 2) wykonanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej przez usta lub przez nos, z użyciem lub bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej w zależności od wskazań terapeutycznych;
- 3) wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych;
- 4) wykonanie fasciotomii ratunkowej;
- 5) wykonanie blokady obwodowej nerwów kończyn;
- 6) wykonanie badania USG u pacjenta urazowego;
- 7) odbarczenie tamponady osierdza u pacjenta urazowego;
- 8) wykonanie drenażu jamy opłucnowej ze wskazań życiowych;
- 9) tamowanie krwotoków z użyciem środków hemostatycznych oraz opasek zaciskowych;
- 10) płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;
- 11) podawanie krwi, składników krwi i preparatów krwiozastępczych pacjentom z objawami wstrząsu hipowolemicznego, jeżeli ukończyła szkolenie tego z zakresu;
- 12) ocenę prezentowanych przez pacjenta symptomów zaburzeń zachowania lub zaburzeń psychicznych ze szczególnym uwzględnieniem symptomów reakcji na ciężki stres (zaburzenia nerwicowe związane ze stresem), w związku z procesem diagnostyczno-leczniczym;
- 13) podejmowanie czynności w ramach osłony epidemiologicznej i epizootycznej stanów osobowych wojsk oraz w zakresie medycznej ochrony przed czynnikami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi, nuklearnymi (Chemical Biological Radiological Nuclear – CBRN), według obowiązujących instrukcji i standardów;
- 14) podawanie produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC, wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, wydawanych bezpłatnie na podstawie art. 69b ust. 4 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1534 i 2138 oraz z 2017 r. poz. 60), leków w autostrzykawkach stanowiących indywidualne wyposażenie żołnierza oraz produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się pod warunkiem ukończenia przez pielęgniarkę kursów doszkalcających wojskowo-medycznych przeznaczonych dla żołnierzy zawodowych oraz pracowników cywilnych resortu obrony narodowej oraz szkolenia w przypadku wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 11.

3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, realizowane są w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych Ministrowi Obrony Narodowej.

4. Pielęgniarka może nie podjąć lub odstąpić od wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w przypadku:

- 1) rozerwania ciała, dekapitacji;

- 2) rozległego zniszczenia czaszki i mózgu, masywnego urazu uniemożliwiającego prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 3) oznak rozkładu gnilnego ciała lub stężenia pośmiertnego, zwęglenia, asystolii utrzymującej się powyżej 30 minut pomimo prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej wszystkimi metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi, przy szerokich, niereagujących na światło źrenicach.

§ 7. Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

- 1) świadczeń diagnostycznych obejmujących:
 - a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub posiada dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku położnictwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,
 - b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,
 - c) wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 2) świadczeń leczniczych obejmujących:
 - a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra położnictwa,
 - b) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii,
 - c) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - d) modyfikacja doraźnie dawki leku przeciwbólowego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu.

§ 8. 1. Pielęgniarka i położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym informuje bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do pielęgniarki i położnej sprawującej opiekę nad pacjentem wykonującej zawód poza podmiotem leczniczym, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

§ 9. 1. Wykaz produktów leczniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Wykaz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 10. W przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej, gdy zwłoka w ich podaniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia matki lub dziecka, położna jest uprawniona do podania pacjentowi bez zlecenia lekarskiego produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 11. Pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wyskrobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg odde-

chowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne.

§ 12. Wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 28 lutego 2017 r. (poz. 497)

Załącznik nr 1

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU
W RAMACH WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Adenosinum (Adenozyna)	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
8	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (Klopidogrel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11	Dexamethasoni phosphas (Deksametazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum (Diazepam)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza
13	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
14	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerazol do stosowania podjęzykowego

19	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
20	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań, żel
28	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
29	Mannitolum – 15% (Mannitol – 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do wstrzykiwań
31	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
36	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań
38	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebulizacji
43	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45	Ticagrelorum (Tikagrelor) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI
PRZEZ PIELĘGNIARKI ZATRUDNIONE LUB PEŁNIĄCE SŁUŻBĘ W PODMIOTACH LECZNICZYCH
BĘDĄCYCH JEDNOSTKAMI BUDŻETOWYMI, DLA KTÓRYCH PODMIOTEM TWORZĄCYM
JEST MINISTER OBRONY NARODOWEJ, I JEDNOSTKAMI WOJSKOWYMI W WARUNKACH
SYTUACJI KRYZYSOWYCH I PRZY ZABEZPIECZENIU MEDYCZNYM DZIAŁAŃ JEDNOSTEK
PODLEGLYCH MINISTROWI OBRONY NARODOWEJ

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum tranexamicum (Kwas traneksamowy)	roztwór do wstrzykiwań
2	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum (Amoksycylina)	roztwór do wstrzykiwań
3	Ciprofloxacinum (Ciprofloksacyna)	roztwór do wstrzykiwań
4	Clindamycinum (Klindamycyna)	roztwór do wstrzykiwań
5	Cefotetan (Cefotetan)	roztwór do wstrzykiwań
6	Cloxacillinum (Kloksacylina)	roztwór do wstrzykiwań
7	Etomidate (Etomidat)	roztwór do wstrzykiwań
8	Ertapenem (Ertapenem)	roztwór do wstrzykiwań
9	Fentanylum (Fentanyl)	doustna – lizak
10	Ketaminum (Ketamina)	roztwór do wstrzykiwań
11	Mannitolum (Mannitol – 5%, 10%, 20%)	roztwór do wlewu dożylnego
12	Moxifloxacin (Moksyfloksacyna)	tabletki
13	Neostigmine methilsulphate (Neostygmina)	roztwór do wstrzykiwań
14	Propofol (Propofol)	roztwór do wstrzykiwań
15	Vecuronium bromide (Wekuronium)	roztwór do wstrzykiwań
16	Suxamethonii chloridum (chlorsuccilin) (Sukcynocholina)	roztwór do wstrzykiwań
17	Bacitracinum (Bacytracyna)	krople do oczu
18	Proxymetacaine hydrochloride (Proksymetakaina)	krople do oczu
19	Sulfacetamidum natricum (Sulfacetamid)	krople do oczu

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIEŁĘGNIARKI
I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
3	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
4	Clemastinum (Klemastyna)	tabletki, syrop
5	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, czopki, roztwór do wstrzykiwań
6	Furosemidum (Furosemid)	tabletki
7	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerosol do stosowania podjęzykowego
8	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
9	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
10	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
11	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań, krem, maść
12	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, syrop
13	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)*	tabletki, czopki
14	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
15	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki
16	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	żel, aerosol, roztwór do wstrzykiwań*
17	Loperamidi hydrochloridum (Loperamidu chlorowodorek)	tabletki
18	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
19	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	tabletki, czopki
20	Metamizolum natricum + Papaverinum + Atropinum (Metamizol sodowy + Papaweryna + Atropina)	czopki
21	Metoclopramidum (Metoklopramid)	tabletki
22	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	tabletki
23	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
24	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

25	Paracetamolium (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
26	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
27	Salbutamolium (Salbutamol)	roztwór do nebulizacji
28	Suppositoria Glyceroli (Czopki glicerolowe)	czopki
29	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
30	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, tabletki
31	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
32	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
33	Produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC	wszystkie dostępne

* Dotyczy położnej.

Załącznik nr 4

WYKAZ ŚRODKÓW POMOCNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
1	2
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończochy kikutowe kończyn górnych i dolnych
11	Majteczki po wyluszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
12	Poduszka przeciwodleżynowa pneumatyczna
13	Materac przeciwodleżynowy
14	Opatrunki (emplastrii)
15	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi
16	Nebulizator (generator aerozolu)
17	Maska tlenowa

Załącznik nr 5

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ POŁOŻNĄ
BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI INTERWENCJI LEKARSKIEJ,
GDY ZWŁOKA W ICH PODANIU MOGLĄBY SPOWODOWAĆ STAN NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA
LUB ZDROWIA MATKI LUB DZIECKA

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Demoxycinum (Demoksytocyna)	tabletki
2	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
3	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)	roztwór do wstrzykiwań, tabletki, czopki
4	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Methylergometrini maleas (Metyloergometryny maleinian)	roztwór do wstrzykiwań
6	Oxytocinum (Oksytocyna)	roztwór do wlewu dożylnego, roztwór do wstrzykiwań
7	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 6

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DO SAMODZIELNEGO PRZEPROWADZANIA PRZEZ PIEŁĘGNIARKE
I POŁOŻNĄ

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego
1	2
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: – morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, – sód, – potas, – wapń, – kreatynina, – glukoza, – mleczany, – czas protrombinowy (INR), – TSH, – gazometria z krwi żyłnej, – gazometria z krwi tętniczkowej
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: – białko C-reaktywne (CRP), – troponina, – hemoglobina glikowana (HbA1c), – badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy)
3	Badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: – przeskrórny pomiar bilirubiny, – pomiar glikemii za pomocą glukometru

KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE

W dniach 20–23 kwietnia 2017 roku w Wiśle odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa w ramach XX Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, „Kto ratuje jedno życie-ratuje cały świat” Talmud Babiloński, Sanhedryn, 37 a

Podczas konferencji omawianych było wiele interesujących tematów, dotyczących zakażeń szpitalnych, profilaktyki i postępowania p/zakażeniami. W spotkaniu brały udział Pielęgniarki Epidemiologiczne z całego kraju oraz wielu zaszczytnych zaproszonych gości. Patronat Honorowy objęty został przez Głównego Inspektora Sanitarnego, Konsultanta Krajowego ds Epidemiologii, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarnictwa Epidemiologicznego i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Szacowne grono wykładowców, uznanych autorytetów w zakresie tematyki zakażeń szpitalnych zagwarantowało wysoki poziom merytoryczny konferencji. Tematy wzbudzały ożywioną dyskusję. Wykładowcy udzielali wyczerpujących odpowiedzi i zachęcali do dalszej dyskusji. Firmy uczestniczące w konferencji przyczyniły się do poznania wielu nowości na rynku medycznym.

Otwarcie Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w ramach XX Zjazdu PSPE rozpoczęła wykład inauguracyjny „Bakterie i antybiotyki- niekończący się wyścig” zreferowany przez Pana Płk. Profesora Leszka Markuszewskiego. Wykład obejmował szeroki zakres tematów powiązanych z zakażeniami szpitalnymi, przedstawionych na konferencji. Poniżej jeden z wielu zagadnień zaprezentowanych na Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w Wiśle:

Kontrola zakażeń szpitalnych poprzez badania przesiewowe i izolację – wykład Pani Małgorzaty Fleischer.

- BP w kierunku zdefiniowanych wielkoopornych bakterii u pacjentów.
- OIT,OPS, oddziałów oparzeniowych, hematologiczno- onkologicznych.

- BP przy przyjęciu i wg potrzeb w trakcie hospitalizacji w regularnych odstępach czasowych.

- BP u personelu medycznego- jeżeli związek epidemiologiczny wskazuje na personel jako źródło MDROs.

U kogo badania przesiewowe w kierunku MDRO (*Multi-drug resistant organisms*) przy przyjęciu?

Pacjenci z grupy ryzyka nosicielstwa:

- Wcześniej zakażeni/skolonizowani MDRO
- Przyjęci z innego szpitala/ośrodka opieki medycznej
- Leczeni szerokospektralnym antybiotykiem- ostatnie 6 miesięcy: (MRSA) lub > 2 antybiotykami w ostatnich 30 dniach (VRE)
- Hemolizowani
- Pacjenci z ranami, owrzodzeniami, chorobami skóry, z gastrostomią, cewnikiem moczowym lub CVC.
- Inne w zależności od sytuacji epidemiologicznej.

U kogo badania przesiewowe w kierunku MDRO w czasie hospitalizacji?

- Pacjenci z kontaktu leżący w tej samej sali z chorym zakażonym/skolonizowanym MDRO
- Pacjenci objęci opieką tego samego personelu, co pacjent z MDRO
- Pacjenci leczeni w miejscu występowania ogniska zakażeń
- pacjenci krytycznych oddziałów opieki (OIT)

Co pobrać do badania?

Dobór materiałów zależnie od kierunku badania

- MRSA: wymazy z przedsionków nosa; wymaz z odbytu (u dzieci) dodatkowo: wymazy z gardła, aspiraty tchawicze)
- VRE: wymaz z odbytu, alternatywnie kał, wymaz z okolicy odbytu
- gram-ujemne pałeczki ESBL(+) KPC(+) lub inne wymaz z odbytu lub okolicy odbytu; dodatkowo: wymaz z gardła,tchawicy, pachwiny i ran; aspiraty tchawicze
- inne: wymazy z uszkodzonej skóry, materiał drenowanych ran.

Identyfikacja nosiciela MDRO i co dalej?

Badania przesiewowe nie są celem samym w sobie. Identyfikacja pacjentów skolonizowanych powinna prowadzić do

Szacowne grono wykładowców, uznanych autorytetów w zakresie tematyki zakażeń szpitalnych zagwarantowało wysoki poziom merytoryczny konferencji. (...) Wykładowcy udzielali wyczerpujących odpowiedzi i zachęcali do dalszej dyskusji. Firmy uczestniczące w konferencji przyczyniły się do poznania wielu nowości na rynku medycznym. Otwarcie Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w ramach XX Zjazdu PSPE rozpoczęła wykład inauguracyjny „Bakterie i antybiotyki- niekończący się wyścig” zreferowany przez Pana Płk. Profesora Leszka Markuszewskiego. Wykład obejmował szeroki zakres tematów powiązanych z zakażeniami szpitalnymi (...)



wdrożenia pakietu działań ukierunkowanych na ograniczenie rozprzestrzeniania się MDRO.

- izolacja zależna od dróg przenoszenia (zwykle kontaktowa)
- kohortacja pacjentów z wydzieloną opieką pielęgniarstwa
- zwiększenie częstości dekontaminacji
- ograniczenie stosowania szeroko spektakularnych antybiotyków
- eradykacja nosicielstwa (MRSA)?

U kogo eradykacja nosicielstwa MRSA?

- Pacjenci skolonizowani MRSA przed zabiegiem z zakresu chirurgii wysokiego ryzyka, ciężkich powikłań infekcyjnych (kardiochirurgia, ortopedia- implanty)
- Pacjenci w obszarze klinicznym, gdzie kolonizacja stanowi wysokie ryzyko ciężkich, inwazyjnych zakażeń (OIT)?
- Pacjenci u których ryzyko zakażenia jest wysokie a jego konsekwencje dotkliwe, np. pacjenci w immunosupresji?
- W sytuacji rozprzestrzeniania się drobnoustrojów mimo stosowania środków, np. izolacji kontaktowej?

Co stosować?

Preparaty stosowane na błonę śluzową przedśionków nosa:

- 2% mupirocyna- maść do nosa 2-3 x dziennie przez 5-7 dni
- inne: Naseptin (0,5% neomycyna + 0,1% chlorheksydyna), kremy i maści z dodatkiem chlorheksydyny; inne : oktenidyna, bacytracyna lub jodo-powidon; - brak badań potwierdzających skuteczność preparatów.

Preparaty stosowane na skórę:

- chlorheksydyna 2% lub 4%
- Inne: 7,5% jodopowidon, 2% triklosan, 0,1% dichlorowodorek oktenidyny; olejek z drzewa herbacianego.

Jak stosować?

- Preparaty na bazie antyseptyku stosowane zgodnie z instrukcją producenta
- Skóra: szczególną uwagę należy zwrócić na : pachy, pachwiny, krocze, pośladki; zachować wymagany czas kontaktu
- Włosy: mycie dwa razy w tygodniu
- Antyseptyki stosowane do płukania gardła: brak jednoznacznej oceny.

- W czasie stosowania antyseptyków czyste ubrania, pościel, ręczniki; regularna zmiana odzieży, pościeli itp.

Izolacja Pacjentów - cel : stworzenie fizycznej bariery ograniczającej przenoszenie się drobnoustrojów. Izolacja pacjentów z MDRO

Priorytety w sytuacji ograniczonej dostępności sal izolacyjnych:

Drobnoustroje

1. *Enterobacteriaceae* wytwarzające karbapenemazy
2. MDRO łatwo rozprzestrzeniane w danym oddziale lub populacja chorych szczególnie „wrażliwa” na zakażenie
3. MDRO stwierdzone sporadycznie;
 - *Acinetobacter baumannii* wytwarzający karbapenemazy
 - *Klebsiella pneumoniae* wytwarzająca ESBL
 - *Pseudomonas aeruginosa* wytwarzająca karbapenemazy
 - MRSA
 - VRE

Izolacja pacjentów z MDRO

Priorytety w sytuacji ograniczonej dostępności sal izolacyjnych

Pacjent

- nosicielstwo VRE, *K.pneumoniae* ESBL(+), CP izolacja pacjenta z biegunką, stomią
- MRSA; izolacja jeżeli rozległe zmiany skórne, zakażone rany

Izolacja standardowa ; wystarczająca w MRSA i VRE (jeżeli występują sporadycznie)

Izolacja kontaktowa; kontrowersje

Izolacja kontaktowa versus izolacja standardowa w zakażeniach MRSA: analiza wyników badań prowadzonych w USA w latach 1996- 2015

- Izolacja kontaktowa: ograniczenie transmisji MRSA w ognisku epidemicznym- jeżeli wysoka zgodność postępowania z przyjętymi zasadami. Bez istotnego wpływu na częstość zakażeń.
- Niekorzystne konsekwencje izolacji: ograniczenie czasu bezpośredniej opieki nad pacjentem, negatywne konsekwencje psychologiczne dla pacjenta

Wniosek:

- W środowiskach sporadycznego występowania MRSA: zbyt mało danych wspierających rutynowe stosowanie izolacji kontaktowej.

Serdecznie dziękujemy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za umożliwienie w uczestniczeniu w tej także ważnej dla naszej pracy Konferencji.

Uzdrowisko Szczawno-Jedlina S.A.
w Szczawnie Zdroju
mgr Dorota Ferenc-Rudnicka

Uzdrowiska Kłodzkie S.A.
Grupa PGU
mgr Dorota Midor

XXIII Konferencja szkoleniowa Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Hasło przewodnie spotkania to „Elektrokardiografia – tradycja i postęp”.

W dniach 1-3 marca 2017 roku w Zakopanem odbyła się konferencja szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego - Kasprowisko 2017. Konferencja miała wymiar międzynarodowy, gdyż współorganizatorem było Międzynarodowe Stowarzyszenie Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Holterowskiej.

Przewodniczącą komitetu naukowego była prof. Małgorzata Kurpesa a lista nazwisk, członków komitetu obejmowała ponad 50 pozycji. Przewodniczącym komitetu organizacyjnego był dr Bartosz Szafran.

Ważnym punktem było walne zgromadzenie członków PTK wraz z wyborem władz.

Program naukowy konferencji był wyjątkowo bogaty i obejmował rozmaite formy zdobywania wiedzy i wymiany poglądów. Do wyboru było ponad pięćdziesiąt (!) pozycji spośród tradycyjnych prelekcji, sesji posterowych, ćwiczeń praktycznych oraz warsztatów. Wszelkie wykłady i spotkania odbywały się równolegle w 5 salach. Było też miejsce na prezentacje sponsorów i producentów sprzętu, kupno fachowej literatury czy spotkania nieformalne.

W ciągu czterech dni trwania konferencji uczestnik miał również okazję wziąć udział w zabawie w szukanie „elektrokardiograficznych pokemonów”, warsztatach doskonalących techniki wykonania i interpretacji zapisu EKG, czy zajęciach doskonalących metody komunikacji z pacjentami.

Niektóre spośród proponowanych tematów znacząco wykraczały poza ramy naszego zainteresowania i przygotowania zawodowego.

Przykładowo moduły „Przyspieszenie diagnostyki chorób układu sercowo-naczyniowego w oparciu o rozwiązania telemetryczne MUSE” czy „EKG od podszewki - repolaryzacja - kardiolog pyta - elektrofizjolog komórkowy odpowiada.” kierowane były do wąskiej grupy specjalistów danej dziedziny, głównie lekarzy kardiologów.

Jako pielęgniarze systemu RM i członkowie zespołów wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego bez trudu jednak znaleźliśmy w programie konferencji wiele ciekawych punktów. Kilka spośród nich przedstawiamy poniżej.

Pasjonującym okazał się wykład dr Sylwiusza Kosińskiego „Porażenie piorunem a układ krążenia”.

Opierając się na osobistym doświadczeniu oraz posługując się danymi min z Pogotowia Ratunkowego z Zakopanego

oraz TOPR omówił on problematykę częstości występowania, samego zjawiska oraz postępowania z pacjentami porażonymi piorunem.

W latach 1989-2014 porażonych w Tatrach polskich były 42 przypadki porażenia piorunem, z czego 8 śmiertelnych. Dla porównania w USA z tej przyczyny ginie rocznie około 200 osób.

W ciągu kilku ostatnich lat zmieniły się poglądy na samą fizykę pioruna i przebieg porażenia. Wyróżniamy kilka mechanizmów rażenia ładunkiem elektrycznym z których najgorszy, bo najczęściej śmiertelny, to mechanizm porażenia bezpośredniego.

Postępować z chorymi należy wg pełnych wytycznych AHA/ERC. Wskazane jest zastosowanie badania urazowego, unieruchomienia, jak najwcześniejszego monitoringu EKG oraz bezwzględnej hospitalizacji ze względu na możliwość późnych powikłań. Jednym z nich jest zespół stresu pourazowego, podobny do występującego u żołnierzy uczestniczących w działaniach wojennych.

Inną prelekcję bezpośrednio wiążącą się z praktyką naszej pracy poprowadził prof. Jarosław Kasprzak. Omówił on zespół tako-tsubo, znany też jako zespół złamanego serca.

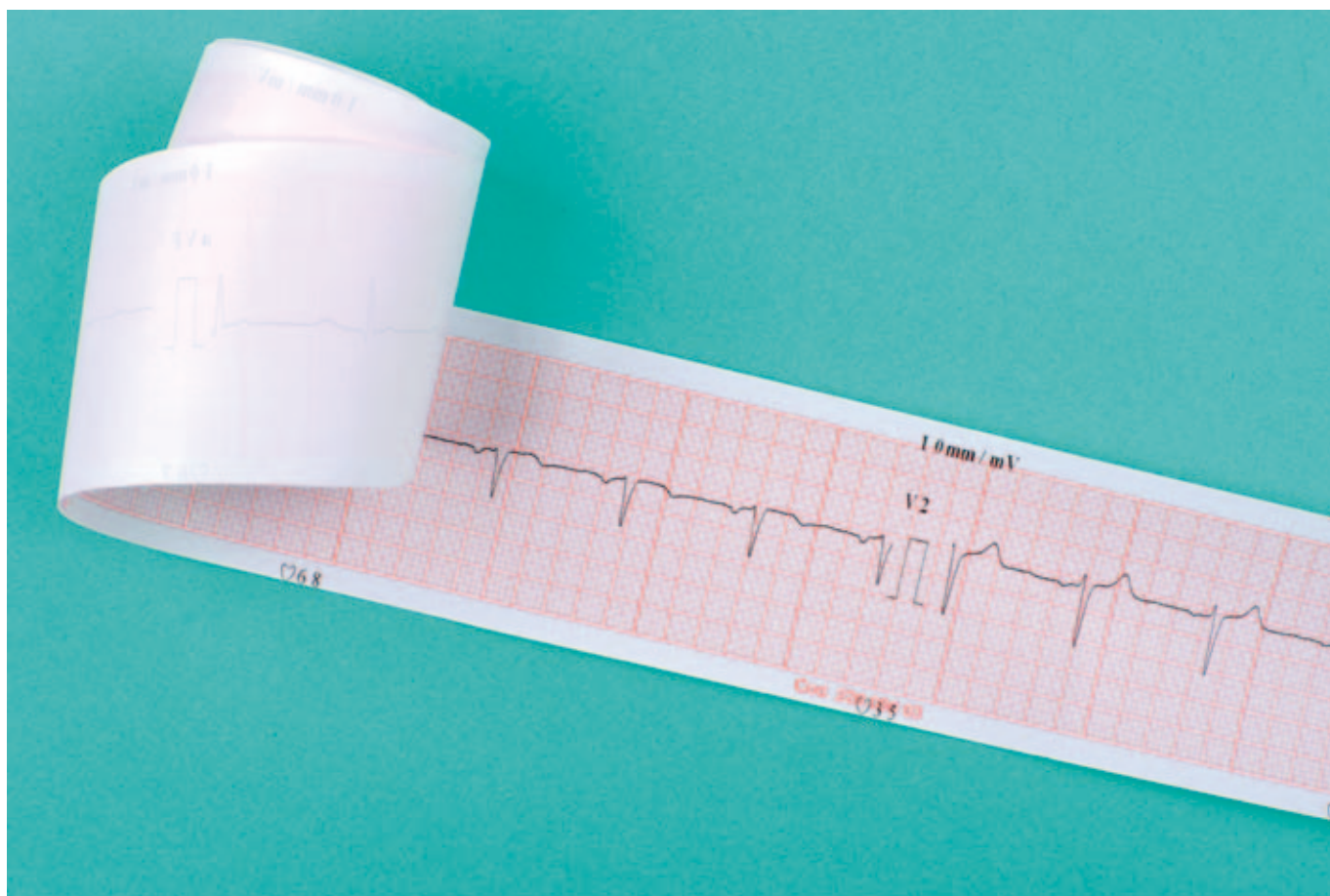
Jest to ostry zespół sercowy imitujący zawał serca, charakteryzujący się objawami niedokrwieniami serca. Po raz pierwszy opisano go w Japonii i nazwano od kształtu pułapki na ośmiornice od jej podobieństwa do kształtu serca w badaniach obrazowych diagnozujących ten stan chorobowy.

Niewydolność ta ma częsty związek z silnym czynnikiem emocjonalnym, najczęściej negatywnym, takim jak śmierć bliskiej osoby czy rozwód - stąd też pochodzenie jej drugiej, rozpowszechnionej nazwy.

Objawy przypominają klasyczne OZW do wstrząsu kardiogenego włącznie. Różnicowanie rozpoznania można przeprowadzić właściwie tylko w badaniach obrazowych. Proponowane leczenie jest podobne do stosowanego w innych ostrych zespołach wieńcowych. Rokowanie jest dobre a do powrotu pełnej funkcji serca dochodzi zazwyczaj w przeciągu 2-3 tygodni.

Co ciekawe zespół tako-tsubo występuje częściej u kobiet w okresie 60-70 roku życia.

Niezwykle interesującą problematykę poruszał cykl wykładów i ćwiczeń dotyczący bezdechu sennego. Prowadzili je między innymi dr Filip Szymański i p Michał Kowalski.



Schorzenie to ma bezpośrednie powiązanie z innymi stanami chorobowymi. Zaburzenie to rozpoznawane jest u około od 3% do 11% procent populacji (w zależności od źródeł), w przybliżeniu dwa razy częściej u mężczyzn. Istnieje korelacja między częstością występowania obturacyjnego bezdechu sennego a innymi, potencjalnie groźnymi stanami - otyłością, nadciśnieniem tętniczym oraz zaburzeniami rytmu serca do migotania przedsionków włącznie. Jest to grupa pacjentów z którymi każdy z nas spotyka się coraz częściej w codziennej pracy. W ostatnich latach dokonano znacznego postępu w diagnostyce i leczeniu OBS. Niepewne rozpoznanie z wywiadu zastąpiono badaniem polisomnograficznym obejmującym kilka parametrów do monitorowania czynności serca włącznie. Co ciekawe, skomplikowane i drogie testy w przystosowanych do tego pracowniach, zastępowane są powoli badaniami przeprowadzanymi w domu pacjenta z przesyłem i analizą danych w czasie rzeczywistym. Przedstawiciele firmy będącej jednym z największych światie producentów tego typu sprzętu obszernie prezentowali urządzenia służące rozpoznaniu i leczeniu OBS. Aparaty CPAP wytwarzają dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych śpiącego pacjenta poprawiając jakość snu, a przez to redukując znacząco ryzyko wystąpienia groźnych powikłań. Urządzenia takie są bardzo skomplikowanymi mechanizmami sterowanymi komputerowo za pośrednictwem łączności komórkowej czy internetowej. Podlegają częściowej refundacji NFZ i zalecane są w terapii pacjentów z OBS. Pokaz zakresu ich

zastosowania i użyteczności robił spore wrażenie na uczestnikach zajęć.

Cenną propozycją była możliwość wzięcia udziału w ćwiczeniach dotyczących komunikacji międzyludzkiej prowadzonymi przez psycholog Annę Czerniejewską. Szkolenie poprzedzone było wykładami omawiającymi teorię czterech uszu S.F. von Thuna. Według jej założeń każdy komunikat składa się z czterech płaszczyzn: apelu - wywierania wpływu i osiągnięcia celu, rzeczowej - mówienia o konkretnie i przekazywania faktu, relacji - sposobu traktowania rozmówcy, ujawniania siebie - odsłaniania siebie samego i omawiania swojego stanu. Analiza i ćwiczenia zrównoważonego sposobu według którego powinniśmy prowadzić rozmowy prywatne i zawodowe była pouczającym doświadczeniem.

Jak widać poruszana na Kasprovisku 2017 tematyka była niezwykle obszerna i jedynym problemem był wybór spośród licznych i fascynujących zajęć. Spędzony w Zakopanem czas będzie na pewno procentował w przyszłości.

Dziękujemy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych za możliwość wzięcia udziału w konferencji i pokrycie kosztów udziału.

*Pomoc Doraźna Ząbkowice Śl.
Andrzej Elbert*

*SCM Polanica
Piotr Tereszko*

UROCZYSTOŚĆ CZEPKOWANIA – POWRÓT DO TRADYCJI

26 maja 2017 roku, w Auli im. Arnosza z Pardubic I Liceum Ogólnokształcącym im. Bolesława Chrobrego w Kłodzku, odbyła się uroczystość „Czepkowania” studentów I roku Wydziału Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku.

Na uroczystość „Czepkowania” przybyło wielu zaproszonych gości, rodziny i znajomi studentów. Wśród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele władz samorządu wojewódzkiego, powiatu kłodzkiego, miasta oraz gmin, kadra dydaktyczna uczelni, a także liczni przedstawiciele firm i instytucji związanych z ochroną zdrowia.

Specjalnymi Gośćmi były:

- Pani Maria Pałeczka – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
- Pani Małgorzata Janiak – Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, pełniąca funkcję Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Urologii w Kłodzku;

– Pani Elżbieta Bujak-Rogała – Przewodnicząca Komisji Kształcenia przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, pełniąca funkcję Pielęgniarki Przełożonej w „Zespole Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku.

Oficjalną część uroczystości otworzył Rektor Wyższej Szkoły prof. dr hab. Andrzej Dżugaj.

Panie- Małgorzata Janiak i Elżbieta Bujak-Rogała dokonały ceremonii „Czepkowania”. Studenci złożyli uroczyste Ślubowanie powtarzając słowa ślubowania odczytywane przez Panią Marię Pałeczka. Następnie odśpiewany został hymn pielęgniarski.

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu nie ukrywała wzruszenia. Składając życzenia studentom, podkreśliła ważność powrotu do tradycji, zapoznała z historią białego czepka i jego symboliką. Wszyscy, którzy przybyli na uroczystość składali studentom życzenia, wręczyli listy gratulacyjne oraz drobne upominki upamiętniające to ważne wydarzenie.



DOŁĄCZ DO GRONA CZYTEŁNIKÓW MAGAZYNU PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Ogólnopolski miesięcznik zawodowo-środowiskowy
Oficjalne czasopismo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Co miesiąc:

- Najaktualniejsze wydarzenia
- Bezpieczeństwo pracy pielęgniarki i położnej
- Standardy i modele pielęgnowania
- Materiały szkoleniowe
- Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej i wzory dokumentów

- Porady prawne
- Doniesienia ze świata

Dołącz do grona czytelników MPiP (tu znajdziesz formu-

larz prenumeraty oraz dodatkowe informacje o piśmie) <http://arch.nipip.pl/index.php/magazyn/prenumerata>

Prenumeratorzy MPiP otrzymują bezpłatnie wszystkie wydania specjalne i plakaty instruktażowe. Mają również pierwszeństwo publikowania swoich artykułów na łamach pisma oraz szansę otrzymania cennych nagród rzeczowych, np. odzież medyczną, zegarki pielęgniarskie, poradniki zawodowe oraz sprzęt medyczny.

Zapraszamy także do grona autorów MPiP – kontakt z redakcją mpip@nipip.pl

Redakcja przygotowuje na prośbę autorów zaświadczenia o publikacji w ogólnopolskim piśmie zawodowym do przedstawienia na uczelni i pracodawcy. MPiP znajduje się w bazie Index Copernicus.

Zawodowy punkt widzenia!

Magazyn Pielęgniarki i Położnej to:

- aktualne informacje o wydarzeniach branżowych,
- nowoczesne koncepcje i trendy pracy,
- profesjonalne wskazówki dotyczące kształcenia,
- praktyczne porady i opinie prawne,
- sprawdzone informacje o pracy za granicą.

MAGAZYN PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
Miesięcznik Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Co miesiąc cenne nagrody dla prenumeratorów!

prenumerata@nipip.pl

MPiP

MAGAZYN PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
ul. Pory 70, 02-757 Warszawa
tel. 695 350 774, e-mail: mpip@nipip.pl

www.nipip.pl

MAGAZYN PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
MPiP
Miesięcznik Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Zawodowy punkt widzenia!

Magazyn Pielęgniarki i Położnej to:

- aktualne informacje o wydarzeniach branżowych,
- nowoczesne koncepcje i trendy pracy,
- profesjonalne wskazówki dotyczące kształcenia,
- praktyczne porady i opinie prawne,
- sprawdzone informacje o pracy za granicą.

Co miesiąc cenne nagrody dla prenumeratorów!

Magazyn Pielęgniarki i Położnej
ul. Pory 70, 02-757 Warszawa
tel. 695 350 774, e-mail: mpip@nipip.pl

www.nipip.pl



**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu**

ETYKA
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

**SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ**
profesjonalizm

**GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA**
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK**
uśmiechnij się

**PRAWDA
ODWAGA**
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź



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

Edward L. Trudeau

