



# BIULETYN

## INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

4 /2019  
WAŁBRZYCH  
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA  
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
W WAŁBRZYCHU

## SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2 ◆ REGULACJE WYNAGRODZEŃ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
– KORESPONDENCJA DOTYCZĄCA REALIZACJI POROZUMIENIA
- 7 ◆ OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
– ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 27 SIERPNI 2019 R.
- 9 ◆ ZMIANA USTAWY O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ  
– KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE ORAZ INNE FORMY PODNOSZENIA KWALIFIKACJI PRZEZ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE
- 12 ◆ USTAWA Z 19 LIPCA 2019 R. O ZMIANIE USTAWY O SPOSOBIE USTALENIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO
- 13 ◆ Z PRAC NIPIP  
– STANOWISKO NR 27 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
– ODPOWIEDŹ Z MINISTERSTWA EDUKACJI NARODOWEJ  
– STANOWISKO NR 28 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
– KORESPONDENCJA W SPRAWIE PROPOZYCJI ZMIANY ZAPISÓW W USTAWIE OPIECE NAD DZIEĆMI DO LAT 3
- 30 ◆ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 27 CZERWCA 2019 R. W SPRAWIE ORGANIZACJI SOR  
– ZARZĄDZENIE PREZESA NFZ Z 25 LIPCA 2019 R.
- 36 ◆ OPINIE KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
- 40 ◆ PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNIEGO
- 43 ◆ OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO
- 45 ◆ JAK DBAĆ O ODPORNOŚĆ
- 50 ◆ PIELĘGNIARSTWO – ROZWÓJ I PROFESJONALIZACJA
- 55 ◆ POŻEGNANIE
- 56 ◆ NAUKOWE PODSTAWY STANDARDU ORGANIZACYJNEGO OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

## KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

**PIELĘGNIARSTWA** – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA  
UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 71 784 18 45,  
email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA  
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59–220 Legnica,  
tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

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

**PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE**  
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,  
ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław, tel.: 71 342 8631 wew. 344,  
604 939 455, 667 977 735

**PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**  
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum  
Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirsfelda 12, 53–413 Wrocław, tel.: 71 368 92 60,  
603 38 58 98, email: 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.: 26 166 02 07, 608 309 310,  
email: naczelnia.pielgniarka@4wsk.pl

**PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO**  
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy  
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59–220 Legnica, tel.: 76 721 14 01,  
661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

**PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej  
Będkowo Sp. z o.o. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55–100 Trzebnica,  
tel.: 71 722 29 48, 603 852 669, email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

**PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO** – mgr DOROTA MILECKA  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław,  
tel.: 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

**PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO**  
– mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA,  
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii,  
ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 500 141 941,  
e-mail: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO** – mgr JERZY TWARDAK  
Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet  
Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław  
tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

58-300 Wałbrzych,  
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)  
fax: 74 84 23 325  
godziny pracy biura:  
7:30–15:30

**e-mail:**

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

Santander Bank Polska S.A. o/Wałbrzych  
**46 1500 1764 1217 6003 8619 0000**

**Przewodnicząca:**

Maria Pałeczka  
przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

**Sekretarz:**

Małgorzata Hrycak

**BIURO****Sekretariat:**

Anna Koła  
sekretariat@oipip.walbrzych.pl  
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515

**Rejestr prawa wyk. zawodu:**

Marzena Gidzińska  
rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl  
tel.: 74 81 79 517

**Księgowość:**

Aleksandra Neter  
ksiegowosc@oipip.walbrzych.pl  
tel.: 74 81 79 516

**Obsługa administracyjno-prawna:**

Kancelaria Prawna §  
mgr Dorota Pakuła  
Radca Prawny  
mgr Michał Krajcarz

**Dyżur prawny:**

w siedzibie izby: pon. 14.30–15.30  
W innym terminie po wcześniejszym  
uzgodnieniu telefonicznym  
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej:**

Iwona Michańcio

**Dyżury w siedzibie OIPIP:**

Pierwszy i trzeci poniedziałek każdego miesiąca  
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@terenyweny.pl

## Szanowne Koleżanki i Koledzy

Za nami długo oczekiwane urlopy. Pogoda dla wypoczywających była bardzo łaskawa. Chwilami upały były trudne do zniesienia, szczególnie dla pracujących. Zmiany klimatu zaszły już tak daleko, że chyba w każdym z nas pojawiają się obawy dotyczące przyszłości, możliwości radzenia sobie ze skutkami jakże często tragicznych zdarzeń.

Zapraszając na kolejne strony, zamieszczone zostały dwie ustawy zmieniające zapisy, które są wynikiem porozumienia podpisanego 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

Długo oczekiwana zmiana w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej – dotyczy urlopu szkoleniowego. Nowe przepisy dodają **art. 61a** o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych. Odnosi się to do szkolenia w innych formach niż dotychczas uregulowane w art. 66 wymienionej ustawy. Do tej pory była mowa o szkoleniach specjalizacyjnych, kursach doszkalających, kursach specjalistycznych i kwalifikacyjnych. W tym momencie urlop będzie można wykorzystać na indywidualne dokończanie się, a w szczególności na udział w konferencjach, szkoleniach czy kursach naukowych. Urlop ma wynosić **6 dni roboczych rocznie**. Może być udzielony na podstawie wniosku pracownika i za zgodą pracodawcy, a wynagrodzenie za te dni będzie naliczane tak samo jak przy urlopie wypoczynkowym.

Druga, bardzo ważna zmiana w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Od 1 lipca 2019 r. do dnia 30 czerwca 2020 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i **kwoty 4200 zł brutto**.

Tymczasem dobiega końca VII kadencja. Przed nami wybory do organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych. 5 czerwca 2019 r. NRPiP podjęła Uchwałę Nr 360/VII/2019 w sprawie określenia kalendarza wyborczego. Wybory do organów w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu odbędą się na przełomie października i listopada 2019 r. Rejestr wyborców stanowić będą pielęgniarki i położne zarejestrowane i wpisane na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na dzień 30 września 2019 r., którym nie zawieszono prawa wykonywania zawodu.

**24 września 2019 r.** Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych podejmie uchwałę w sprawie zarządzenia wyborów Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na Okręgowy Zjazd VIII kadencji i powołania Okręgowej Komisji Wyborczej. W marcu 2020 r. odbędzie się Okręgowy Zjazd VIII kadencji na lata 2020–2024, na którym wybrani zostaną przewodniczący i członkowie organów OIPiP w Wałbrzychu oraz Delegaci na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, który odbędzie się w dniach 19–20 maja 2020 r. w Warszawie.

Zachęcam do udziału w wyborach, jestem przekonana, że nie zabraknie na zebraniach wyborczych osób, dla których nasze sprawy, nasza przyszłość nie pozostają obojętne.

Wszystkie informacje dotyczące wyborów Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na Okręgowy Zjazd VIII kadencji zamieszczone będą po posiedzeniu ORPiP na stronie internetowej [www.oipip.walbrzych.pl](http://www.oipip.walbrzych.pl) w zakładce **WYBORY 2019**.

Przewodnicząca ORPiP  
(-) Maria Pałeczka

# REGULACJE WYNAGRODZEŃ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Naczelna Izba  
Pielęgniarek i Położnych

Warszawa dnia 13.06.2019r.

**Pan**

**Lukasz Szumowski**

**Minister Zdrowia**

**00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15**

**Pan**

**Andrzej Jacyna**

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

**02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186**

**dot. realizacji Porozumienia z dnia 09 lipca 2018r.**

W uzupełnieniu pisma z dnia 06-06-2019r. znak ZK573/VII/2019 Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w Warszawie działając wspólnie z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych w Warszawie wnosi o rozważenie alternatywnej propozycji rozwiązania problemu kontynuowania wzrostów wynagrodzeń grupy zawodowej pielęgniarek i położnych po 31-08-2019r.

Wprawdzie w piśmie z dnia 05-03-2019r. znak PP-WPS.0761.1.2019.ZD w odpowiedzi ad. 2 Minister Zdrowia potwierdził, że nie istnieją żadne zagrożenia dotyczące zaprzestania finansowania przez NFZ wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych po dniu 31-08-2019r. ale po naszej stronie obawy cały czas nadal istnieją.

W w/w piśmie z dnia 06-06-2019r. opisaliśmy jakie w naszej ocenie działania muszą być podjęte przez Prezesa NFZ w celu zagwarantowania finansowania przez NFZ zrealizowanej podwyżki wynagrodzeń. Wydaje się konieczne przygotowanie co najmniej trzech zarządzeń obejmujących kwestie wprowadzenia współczynników korygujących, mechanizmu podwyższenia stawki kapitałowej rocznej dotyczącej kontraktowania świadczeń w POZ dla pielęgniarek i położnych środowiskowych oraz higienistek szkolnych, a także mechanizmu podwyższenia również stawki kapitałowej rocznej dotyczącej kontraktowania pozostałych świadczeń w POZ. Mamy ogromne obawy co do terminowości realizacji w/w zobowiązania przez Prezesa NFZ, a także co do terminowego przygotowania systemów komputerowych NFZ, aby była możliwość generowania od 01-09-2019r. aneksów do kontraktów.

Spotkanie z Ministrem Zdrowia jakie miało miejsce w dniu 11-06-2019r. niestety nie wyciszyło naszych wątpliwości. Nie ma nadal gotowych projektów Zarządzeń Prezesa NFZ, nie zostały przygotowane Oceny Skutków Realizacji dla tych zarządzeń, nie znamy mechanizmu w jaki sposób zostanie ustalony współczynnik korygujący, który gwarantowałby każdemu świadczeniodawcy otrzymywanie od września 2019r. kwoty na utrzymanie wzrostów wynagrodzenia naszej grupy zawodowej na poziomie nie mniejszym niż w sierpniu 2019r., a przede wszystkim nie został nam przedstawiony żaden pomysł na zapis, który potwierdziłby, że od września 2019r. środki przekazywane na podstawie OWU będą nadal „środkami znaczonymi”, przeznaczonymi tylko i wyłącznie dla pielęgniarek i położnych.

Mając na uwadze w/w problemy zwracamy się do Pana Ministra z alternatywną propozycją rozwiązania w/w kwestii tj. :

- rozważenie wydłużenia okresu działania przepisów przejściowych opisanych w §2 - §4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14-10-2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015r. poz. 1628 z późn. zm.),

- wprowadzenie analogicznie jak w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29-08-2018r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2018r. poz. 1681) kolejnych stałych terminów np. raz na kwartał tj. 1 stycznia, 1 kwietnia, 1 lipca oraz 1 października każdego roku kalendarzowego

w których świadczeniodawcy mogliby zgłaszać do swoich oddziałów wojewódzkich NFZ informacje o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w poszczególnych formach.

Wprowadzenie w/w zmian pozwoliłoby równocześnie wydłużyć termin wejścia w życie przepisów § 16 ust. 1a, 3-5 oraz § 30 ust. 1a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08-09-2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2016. poz.1146). Termin ten zgodnie z obecnym brzmieniem § 3 ustalony jest na dzień 01-09-2019r.

Takie rozwiązanie pozwoli Prezesowi NFZ w spokojny sposób przemyśleć jak prawidłowo stworzyć mechanizm indywidualnego wyliczania dla danego świadczeniodawcy współczynnika korygującego do kontraktu. Przepisy przejściowe kontraktowania świadczeń pielęgniarek i położnych funkcjonują już od 2015r., świadczeniodawcy i oddziały wojewódzkie NFZ wypracowały już mechanizmy zawierania aneksów do kontraktów, a strona związkowa i samorządowa również nauczyła się negocjować i kontrolować wydatkowanie przez świadczeniodawców otrzymywanych środków.

Zastanowienia wymaga termin ewentualnego wydłużenia działania przepisu przejściowego. Względy racjonalne wskazują, że powinien to być okres przynajmniej 12 miesięcy, ale doświadczenie i praktyka sugeruje wydłużenie tych przepisów nawet na dłuższy okres choćby do czasu uregulowania zasad wynagradzania pracowników medycznych w ogólnokrajowym Ponadzakładowym Układzie Zbiorowym Pracy.

Przypominamy również, że w styczniu 2020r. jesteśmy umówieni z Ministrem Zdrowia na wznowienie rozmów w celu oceny realizacji postanowień zawartych w § 1 Porozumienia z dnia 09-07-2018r., w tym także oceny poziomów wynagrodzeń jakie otrzymywać będą pielęgniarki i położne, w zestawieniu ze średnimi wynagrodzeniami w kraju, a także z wynagrodzeniami jakie otrzymywać będzie grupa zawodowa lekarzy.

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
  
Krystyna Ptók

Prezes NRPiP  
  
Zofia Małas

Otrzymują : 1/ Adresaci  
2/ a/a



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-OIE.060.111.2019

Warszawa, 9 lipca 2019 r.

**Pan**

**Łukasz Szumowski**

**Minister Zdrowia**

*Szanowny Panie Ministrze*

W związku z postulatami zgłaszanymi przez pielęgniarki systemu wykonującymi zawód w zespołach ratownictwa medycznego u podwykonawcy zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie działań mających na celu zagwarantowanie ww. pielęgniarkom wzrostu wynagrodzenia miesięcznego w wysokości analogicznej jak obowiązująca aktualnie wysokość wynagrodzenia miesięcznego dla pielęgniarek wykonujących te same zadania w ratownictwie (pogotowiu ratunkowym) - tj. w wysokości 1600 zł brutto brutto.

Należy wskazać, iż zgodnie z postanowieniami porozumienia z dnia 24 września 2018 r. zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia a Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność”, ww. strony Porozumienia powrócą do rozmów najpóźniej do grudnia w 2019 r., które będą dotyczyć m.in. zrównania wysokości dodatku miesięcznego w zawodach wskazanych w tym porozumieniu (miedzy innymi dla wyżej wymienionych pielęgniarek) z wysokością dodatku dla pielęgniarek i położnych wykonujących te same zadania w ratownictwie – tj. 1600 zł brutto brutto.

W świetle treści ww. porozumienia wydaje się zatem uzasadnione podjęcie działań mających na celu zmianę zapisów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34), które stanowiłyby realizację ww. postanowień porozumienia z dnia 24 września 2018 r.

*Zofia Małas*

Zofia Małas

*Z Małas*

Prezes NRPiP



Ministerstwo Zdrowia  
Sekretarz Stanu  
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 18 lipca 2019

ROR.450.5.71.2019.TM

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

*Szanowna Pani Prezes,*

nawiązując do pisma z dnia 9 lipca br. (znak: NIPiP-NRPIP-OIE.060.111.2019) dotyczącego wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach zespołów ratownictwa medycznego u podwykonawcy, proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 poz. 1681) nie obejmuje pielęgniarek wykonujących zawód u tzw. podwykonawców, w tym również pielęgniarek udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zespołach ratownictwa medycznego będących podwykonawcami.*

Należy wyjaśnić, że na mocy powyższego rozporządzenia oraz *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628)* wzrostem średniego wynagrodzenia zostały objęte te pielęgniarki i położne, które mogą wykazać tzw. bezpośrednie powiązanie z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej między świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dlatego pielęgniarki i położne zatrudnione lub świadczące usługi w ramach innych umów nie są objęte wzrostem wynagrodzeń w ramach ww. przepisów przedmiotowych rozporządzeń, gdyż wykonują zawód i świadczą usługi na rzecz podmiotu, który nie jest bezpośrednio powiązany finansowaniem objętym w ramach zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Powyższe regulacje wynikają z realizacji porozumień zawartych w dniu 23.09.2015r. oraz z dnia 9.07.2018r. między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

Natomiast pielęgniarki systemu wykonujące zawód w zespołach ratownictwa medycznego u podwykonawców w pozaszpitalnym sektorze systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne otrzymują podwyżki przyznane na mocy porozumień zawartych w dniach 18.07.2017 i 24.09.2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność. Wówczas środowisko ratowników medycznych zgłosiło do resortu zdrowia postulat, aby pielęgniarki zatrudnione u podwykonawców, będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego nie były pominięte w przyznawaniu dodatków i zyskały takie same uprawnienia jak ratownicy medyczni. Ministerstwo Zdrowia do tego żądania się przychyliło.

Wypłata dodatków, o których mowa wyżej uregulowana jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 34). Zgodnie z § 3 przedmiotowego rozporządzenia świadczeniodawca oraz podwykonawca, są obowiązani przeznaczyć środki otrzymane w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz ratownictwo medyczne, w taki sposób, aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia w wysokości 1200 zł, w tym składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Emerytur Pomostowych, dla osób o których mowa w § 2 ust. 1, w tym również dla pielęgniarek systemu wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy, w przeliczeniu na jeden etat albo równoważnik etatu w wysokości 1200 zł za okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. Po 1 września 2019 r. dodatki zostaną utrzymane w tej samej wysokości z tym, że środki na ich wypłatę w kalkulowane zostaną w wysokość stawki ryczałtu dobowego za dobokaretkę.

Biorąc powyższe pod uwagę należy stwierdzić, że Minister Zdrowia podejmuje wszelkie działania zmierzające do wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek. Ministerstwo Zdrowia regularnie prowadzi rozmowy z poszczególnymi grupami zawodowymi wykonującymi zawód medyczny, tak aby zapewnić możliwie optymalne warunki wykonywania zawodu. Jedną z istotnych kwestii jest również możliwość otrzymania odpowiedniego wynagrodzenia za wykonaną pracę. Wymaga to jednak działania wielu podmiotów - nie tylko Ministra Zdrowia, ale również pracodawców. Ministerstwo Zdrowia ze swej strony będzie dążyć do kolejnej zmiany przepisów - zgodnie z Państwa postulatem.

*Z poważaniem*

Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

*/dokument podpisany elektronicznie/*



# ZMIANA ROZPORZĄDZENIA W SPRAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wspólne działania Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych doprowadziły do przedłużenia zmiany rozporządzenia, które gwarantuje kontynuację wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

27 sierpnia 2019 r. Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie przedłuża do **31 marca 2020 r.** obowiązujące przepisy regulujące tryb przekazywania przez świadcze-

niodawców informacji o liczbie pielęgniarek i położnych, które są objęte podwyżkami na mocy przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz obowiązujących zasad wypłacania dodatkowych środków na wzrost wynagrodzeń tych pielęgniarek i położnych

Dz.U.2019.1628

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA\* z dnia 27 sierpnia 2019 r.

### zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, 1394 i 1590) zarządza się, co następuje:

#### § 1

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.\*\*)

wprowadza się następujące zmiany:

1) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Przepisy § 16 ust. 1a, 3–5 oraz § 30 ust. 1a załącznika do rozporządzenia stosuje się od dnia 1 kwietnia 2020 r.”;

2) w załączniku do rozporządzenia:

a) w § 11 ust. 4 pkt 10a otrzymuje brzmienie:

„10a) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez dyrektora oddziału wojewódz-

kiego Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia”;

b) uchyla się § 41a.

\* Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

\*\* Zmiany tekstu jednolitego wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 1809, z 2018 r. poz. 1373, 1682 i 2364 oraz z 2019 r. poz. 34 i 1335.

## § 2

1. W terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekaże do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, informację, według stanu na dzień 1 sierpnia 2019 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w rozumieniu [art. 19 ust. 1 pkt 1–3](#) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590) oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w [art. 19 ust. 1 pkt 1–3](#) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
2. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza w 2019 r., także według stanu na dzień 1 października 2019 r., i przekazuje do dnia 14 października 2019 r.
3. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca sporządza w 2020 r. według stanu na dzień 1 stycznia 2020 r. i przekazuje do dnia 14 stycznia 2020 r.
4. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1–3, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej:
  - 1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2019 r. do dnia 31 marca 2020 r., w sposób gwarantujący wypłatę kwot, o których mowa w [§ 4 ust. 5 pkt 3](#), [ust. 6 pkt 3](#) i [§ 4a](#) 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 oraz z 2018 r. poz. 1681);
  - 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 3, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

## § 3

Do trybu oraz sposobu podziału środków przekazanych w drodze zmiany umowy, o której mowa w § 2 ust. 4 niniejszego rozporządzenia, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4–8 rozporządzenia, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1 niniejszego rozporządzenia.

## § 4

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.





# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 8 sierpnia 2019 r.

Poz. 1490

### USTAWA

z dnia 4 lipca 2019 r.

#### o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

**Art. 1.** W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576 i 577) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 54 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Studia, o których mowa w art. 52 ust. 3 pkt 1 i art. 53 ust. 3 pkt 1 i 2, są prowadzone w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej. Treści programowe studiów realizowanych w obu formach są takie same, przy czym czas trwania studiów prowadzonych w formie niestacjonarnej nie może być krótszy niż czas trwania studiów prowadzonych w formie stacjonarnej i liczba godzin kształcenia zawodowego przewidziana na studiach niestacjonarnych nie może być mniejsza niż liczba godzin kształcenia zawodowego przewidziana na studiach prowadzonych w formie stacjonarnej.”;

2) w art. 55 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Studia, o których mowa w art. 52 ust. 3 pkt 2 i art. 53 ust. 3 pkt 3, są prowadzone w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej. Treści programowe studiów realizowanych w obu formach są takie same, przy czym czas trwania studiów prowadzonych w formie niestacjonarnej nie może być krótszy niż czas trwania studiów prowadzonych w formie stacjonarnej.”;

3) tytuł rozdziału 6 otrzymuje brzmienie:

„Kształcenie podyplomowe oraz inne formy podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki i położne”;

4) po art. 61 dodaje się art. 61a w brzmieniu:

„Art. 61a. 1. Pielęgniarka i położna podnoszącej kwalifikacje zawodowe w formach innych niż określone w art. 66 ust. 1 przysługuje, na jej wniosek i za zgodą pracodawcy, urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

2. Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki i położnej, o której mowa w ust. 1, jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania poszczególnych form podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

3. Pielęgniarka i położna ma obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych innych niż określone w art. 66 ust. 1.

4. Urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, przysługuje również pielęgniarce i położnej, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania, o którym mowa w art. 61 ust. 3, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia. Przepisy ust. 1–3 stosuje się odpowiednio.”.

**Art. 2.** W 2019 r. urlop szkoleniowy, o którym mowa w art. 61a ust. 1 i 4 ustawy zmienianej w art. 1, wynosi do 6 dni roboczych.

**Art. 3.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*

# USTAWA Z 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ (DZ. U. Z 2019 R. POZ. 576 Z PÓŹ. ZM.)

## ROZDZIAŁ 6

### Kształcenie podyplomowe oraz inne formy podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki i położne

#### ART. 61. KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

2. Za spełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, uważa się również kształcenie podyplomowe odbywane w ramach studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

3. Pielęgniarka i położna zatrudnione na podstawie umowy o pracę odbywają kształcenie podyplomowe na swój wniosek, na podstawie wydanego przez pracodawcę skierowania do organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, zwanego dalej „organizatorem kształcenia”.

4. Pielęgniarka i położna mogą odbywać kształcenie podyplomowe również bez skierowania, o którym mowa w ust. 3, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia.

5. Pielęgniarka i położna pełniące zawodową służbę wojskową odbywają kształcenie podyplomowe na swój wniosek, na podstawie wydanego przez Ministra Obrony Narodowej skierowania do organizatora kształcenia lub bez skierowania – na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia.

#### ART. 61a. URLOP SZKOLENIOWY

1. Pielęgniarsce i położnej podnoszącej kwalifikacje zawodowe w formach innych niż określone w art. 66 *rodzaje kształcenia podyplomowego* ust. 1 przysługuje, na jej wniosek i za zgodą pracodawcy, urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

2. Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki i położnej, o której mowa w ust. 1, jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania poszczególnych form podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

3. Pielęgniarka i położna ma obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych innych niż określone w art. 66 *rodzaje kształcenia podyplomowego* ust. 1.

4. Urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, przysługuje również pielęgniarsce i położnej, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania, o którym mowa w art. 61 *kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych* ust. 3, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia. Przepisy ust. 1–3 stosuje się odpowiednio.

#### ART. 62. KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE NA PODSTAWIE SKIEROWANIA PRACODAWCY

1. Pielęgniarsce lub położnej, które podejmują kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 ust. 3 i 5, przysługują zwolnienia z części dnia pracy i urlop szkoleniowy w wymiarze określonym w art. 65 *urlop szkoleniowy*, płatne według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

2. Pracodawca może przyznać pielęgniarsce lub położnej, o których mowa w ust. 1, dodatkowe świadczenia, w szczególności:

- 1) zwrócić koszty przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia na zasadach obowiązujących przy podróżach służbowych na obszarze kraju, o ile nauka odbywa się w innej miejscowości niż miejsce zamieszkania i miejsce pracy pracownika;
- 2) pokryć opłaty za naukę pobierane przez organizatora kształcenia;
- 3) udzielić dodatkowego urlopu szkoleniowego.

3. W przypadku powtarzania kształcenia podyplomowego z powodu niezadowolających wyników w nauce pracodawca może odmówić udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, przez okres powtarzania.

#### ART. 63. KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE BEZ SKIEROWANIA PRACODAWCY

1. Pielęgniarsce lub położnej podejmującym kształcenie podyplomowe bez skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 *kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych* ust. 3 i 5, może być udzielony bezpłatny urlop

i zwolnienie z części dnia pracy, bez zachowania prawa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia między pracodawcą a pracownikiem.

2. Okres bezpłatnego urlopu, o którym mowa w ust. 1, wlicza się do okresu zatrudnienia u danego pracodawcy w zakresie wszelkich uprawnień wynikających z ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.).

#### ART. 64. UMOWA W ZWIĄZKU ZE SKIEROWANIEM PRZEZ PRACODAWCĘ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ NA STUDIA PODYPLOMOWE

1. Pracodawca zawiera z pielęgniarką lub położną, o których mowa w art. 62 *kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania pracodawcy*, ust. 1, umowę określającą wzajemne prawa i obowiązki stron.

2. Pielęgniarka lub położna, które otrzymały od pracodawcy świadczenia, o których mowa w art. 62 *kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania pracodawcy*, ust. 2, i w trakcie kształcenia podyplomowego lub po jego ukończeniu w terminie określonym w umowie, nie dłuższym niż 3 lata:

- 1) rozwiążą stosunek pracy za wypowiedzeniem,
- 2) z którymi pracodawca rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia z winy pielęgniarki lub położnej – są obowiązane do zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na kształcenie podyplomowe w wysokości proporcjonalnej do czasu pracy po ukończeniu nauki lub czasu pracy w czasie nauki, chyba że pracodawca odstąpi od żądania zwrotu kosztów w części lub w całości.

3. Pielęgniarka lub położna, które otrzymały od pracodawcy świadczenia, o których mowa w art. 62 *kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania pracodawcy*, ust. 2, są obowiązane, na wniosek pracodawcy, do zwrotu kosztów tych świadczeń w części lub całości, jeżeli bez uzasadnionych przyczyn przerwą kształcenie podyplomowe lub go nie podejmą.

4. Pielęgniarka lub położna nie mają obowiązku zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 2, mimo rozwiązania stosunku pracy, jeżeli zostało ono spowodowane:

- 1) szkodliwym wpływem wykonywanej pracy na zdrowie, stwierdzonym orzeczeniem lekarskim wydanym w trybie przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, w przypadku gdy pracodawca nie przeniósł pielęgniarki lub położnej do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan zdrowia i kwalifikacje zawodowe, w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim;
- 2) brakiem możliwości dalszego zatrudnienia ze względu na inwalidztwo lub utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy;
- 3) przeprowadzeniem się do innej miejscowości w związku ze zmianą miejsca zatrudnienia małżonka;
- 4) przeprowadzeniem się do innej miejscowości ze względu na zawarcie związku małżeńskiego z osobą zamieszkałą w tej miejscowości.

#### ART. 65. URLOP SZKOLENIOWY

1. Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na pod-



stawie skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 *kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych* ust. 3 i 5, na udział w obowiązkowych zajęciach w ciągu całego okresu trwania kształcenia podyplomowego wynosi do 28 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.

2. Niezależnie od wymiaru urlopu szkoleniowego, o którym mowa w ust. 1, wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 *kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych* ust. 3 i 5, przystępujących do egzaminu państwowego, o którym mowa w art. 67 *specjalizacja* ust. 2, wynosi do 6 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.

#### ART. 66. RODZAJE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

1. Ustala się następujące rodzaje kształcenia podyplomowego:

- 1) szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”;
- 2) kurs kwalifikacyjny;
- 3) kurs specjalistyczny;
- 4) kurs dokształcający.

2. Kształcenie podyplomowe jest prowadzone w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym.



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 20 sierpnia 2019 r.

Poz. 1565

## USTAWA

z dnia 19 lipca 2019 r.

### **o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„Art. 7. 1. Do dnia 30 czerwca 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

2. Od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 30 czerwca 2020 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 4200 zł brutto.”.

**Art. 2. 1.** W terminie miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy zawiera się porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, z uwzględnieniem art. 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w ust. 1, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala się w terminie 14 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, w drodze zarządzenia, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy zmienianej w art. 1, z uwzględnieniem art. 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, i zarządzenie, o którym mowa w ust. 2, dotyczą sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych na dzień 1 lipca 2019 r.

**Art. 3.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*

# Z PRAC NACZELNEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Stanowisko Nr 27 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 lipca 2019 r. w sprawie utworzenia nowego zawodu „Technik Pielęgniarstwa”

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z ustaleniami wypracowanymi w ramach inicjatywy "Wspólnie dla Zdrowia" **wyraża ogromne zaniepokojenie i stanowczy sprzeciw dla utworzenia nowego zawodu „Technik Pielęgniarstwa”.**

Zgodnie z uprawnieniami ustawowymi Prezydium NRPIP wnosi o utrzymanie dotychczasowego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek i położnych RP w ramach szkolnictwa wyższego.

System ten:

1. jest zgodny z Europejskim Porozumieniem w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. 96.83.384) oraz z wymaganiami dotyczącymi kształcenia pielęgniarek i położnych, wynikającymi z Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu i Rady Europy z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE. L.05.255.22);
2. jest objęty dwustronnym systemem monitorowania jakości kształcenia przez KRASzPiP oraz PKA, co zaowocowało doprowadzeniem do wypracowania i realizacji efektywnego procesu ewaluacji jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, głównie w zakresie programów i procesów kształcenia, kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej oraz wewnątrzuczelnianych systemów jakości kształcenia;
3. jest standaryzowany, co zapewnia regulacyjność zawodu i osiągnięcie wyników końcowych w postaci sformułowanych i zrealizowanych efektów kształcenia;

Należy wskazać, iż limity przyjęć są określane na poziomie uczelni. Uczelnie są zainteresowane pozyskaniem jak największej liczby studentów dlatego nie wprowadzają niskich limitów. Powodem niedoboru absolwentów nie są zatem trudności w dostępie do kształcenia tylko w atrakcyjności zawodu, tj. warunkach pracy i wynagradzania, co nasila zjawisko emigracji zarobkowej młodych adeptów zawodu.

W ocenie Prezydium NRPIP problem stanowi również aktualnie niezatrudnianie absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo przez podmioty realizujące świadczenia zdrowotne. Dlatego wprowadzenie dodatkowego szczebla kształcenia nie będzie skutkowało wzrostem liczby potencjalnych pracowników do realizacji pielęgniarstkich świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie kształcenia średniego niewątpliwie przyczyni się do obniżenia poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Kształcenie średnie sprawdziło się w przeszłości, gdy w systemie służby zdrowia potrzebny był pracownik realizujący świadczenia pomocnicze na rzecz świadczeń lekarskich. Obecnie pielęgniarstwo

i położnictwo to samodzielne zawody medyczne wymagające nie tylko przygotowania w zakresie wykonywania standardowych procedur ale również samodzielnego podejmowania decyzji diagnostycznych, profilaktycznych, terapeutycznych i ratunkowych, co wymaga szerokiego zakresu wiedzy i umiejętności. W całym rozwiniętym świecie medycznym obserwuje się substytucję usług, czego wyrazem w RP było wprowadzenie dla pielęgniarek i położnych uprawnienia do ordynacji leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Prezydium NRPiP stoi na stanowisku, iż należy kontynuować kształcenie opiekuna medycznego będącego odpowiednikiem zachodnioeuropejskiej asystentki pielęgniarskiej. Zapewnienie opiekunowi w kompetencjach czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych i części podstawowych czynności instrumentalnych wykonywanych na zlecenie pielęgniarki umożliwiłoby sprawniejszą organizację pracy i lepsze wykorzystanie wiedzy, umiejętności licencjata, magistra i specjalisty- co w konsekwencji doprowadziłoby do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i obniżenia wskaźnika zdarzeń niepożądanych. Wymaga to jednak stworzenia dla opiekunów medycznych realnych możliwości zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia. Dzieje się tak w wielu krajach europejskich, gdzie ustala się nawet stopniowanie ich kompetencji. W Polsce pomimo wdrożenia kształcenia w zawodzie opiekun medyczny, opiekun osoby starszej w dalszym ciągu absolwenci ci mają duże trudności w znalezieniu miejsc zatrudnienia, szczególnie w lecznictwie stacjonarnym. Stąd też zasadnym jest podejmowanie działań systemowych dla zwiększenia możliwości zatrudnienia już wykształconych absolwentów zawodów pomocniczych takich jak np. opiekun medyczny.

Mając na względzie powyższe Prezydium NRPiP nie może pozostawać obojętne na proponowane zmiany w systemie kształcenia polskich pielęgniarek skutkujące dramatycznym obniżeniem jakości kształcenia, a tym samym jakości świadczeń zdrowotnych i zagrożeniem bezpieczeństwa pacjentów. Duże prawdopodobieństwo zdarzeń niepożądanych pociągnie za sobą również dotkliwie skutki finansowe leczenia naprawczego.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas



## MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ

## SEKRETARZ STANU

Pełnomocnik Rządu do spraw wspierania wychowawczej funkcji szkoły

Warszawa, 02 sierpnia 2019 r.

DSKKZ-WOKZ.423.30.2019.UB

**Pani**  
**Zofia Małas**  
**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
ul. Czackiego 3/5  
00-043 Warszawa

*Szanowna Pani Prezes,*

odpowiadając na pismo nr NIPiP-NRPiP-DS.015.164.2019.MG, przy którym przedłożono stanowisko nr 27 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie utworzenia nowego zawodu technik pielęgniarstwa, uprzejmie informuję, że zmiany w zakresie wprowadzenia, zmiany albo wykreślenia zawodu z klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego następują wyłącznie na wniosek ministra właściwego dla zawodu<sup>1</sup>.

Uprzejmie wyjaśniam, że dotychczas do Ministra Edukacji Narodowej nie wpłynął wniosek Ministra Zdrowia dotyczący wprowadzenia zawodu technik pielęgniarstwa lub zmian w zakresie kształcenia w zawodzie opiekun medyczny.

Biorąc pod uwagę powyższe, od roku szkolnego 2019/2020 kształcenie w zawodzie opiekun medyczny będzie realizowane zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodzie, określoną w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r.<sup>2</sup>

*Z wyrazami szacunku*

Iwona Michałek  
Sekretarz Stanu  
/ – podpisany cyfrowo/

<sup>1</sup> Art. 46 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, ze zm.)

<sup>2</sup> Załącznik nr 20 do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego. (Dz. U. poz. 991)

MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ  
SEKRETARZ STANU

Pełnomocnik Rządu do spraw wspierania wychowawczej funkcji szkoły

al. J. Ch. Szucha 25, 00-918 Warszawa, tel. +48 22 34 74 276, fax +48 22 34 74 310, sekretariat.i.michalek@men.gov.pl,  
www.men.gov.pl

**Stanowisko Nr 28**  
**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
**z dnia 9 lipca 2019 r.**

**w sprawie zmian legislacyjnych w Systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego  
wprowadzonych przez Ministra Zdrowia**

Kierując się interesem publicznym i bezpieczeństwem zdrowotnym pacjenta oraz w związku z nieuwzględnieniem uwag Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zawartych w Stanowisku nr 26 w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego z dnia 6 czerwca 2019r., Naczelna Rada wyraża stanowczy sprzeciw wobec :

- I. zapisów § 12 ust.1 pkt. 2 i pkt. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz. U. z 2019 r. poz. 1213 (dalej: r.sz.o.r.), oraz
- II. publicznego przyzwolenia na łamanie prawa i wprowadzanie na inne oddziały szpitalne, niż szpitalny oddział ratunkowy – ratownika medycznego jako osoby mającej zastąpić zawód pielęgniarki.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym: tj. ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576 ze zm., dalej: u.z.p.p.) oraz ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U.2019.993, dalej: u.P.R.M.) – zawód pielęgniarki i zawód ratownika medycznego – to dwa różne zawody, których status i kompetencje zostały odmiennie uregulowane. Traktowanie tych dwóch zawodów zamiennie jest systemowym i merytorycznym błędem.

Przyjęty akt wykonawczy w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego zawiera zapisy nieadekwatne do dotychczas wypracowanego stanu prawnego, naruszają fundamentalną zasadę budowania systemu udzielania świadczeń zdrowotnych opartego na wskazaniach aktualnej wiedzy medycznej, podziale kompetencji, bezpieczeństwie zdrowotnym pacjenta, należytej staranności oraz poszanowaniu praw pacjenta.

Wprowadzane zmiany uważamy za naruszenie interesu publicznego, na straży której stoi Minister Zdrowia oraz samorząd pielęgniarek i położnych – realizujący zadania władzy publicznej zgodnie z art. 17 Konstytucji RP i ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz.U.2018, poz.916). W interesie publicznym – przez, który

rozumiemy zarówno interes pacjentów, jaki interes skoordynowanej pracy zespołów medycznych. Uważamy za konieczne podjęcie pilnych prac nad zmianą wprowadzonych zapisów i stanowczych działań hamujących – błąd organizacyjny – nieszanowania godności zawodów pielęgniarki i ratownika medycznego – wprowadzając regulacje prawne prowadzące do konfliktów pomiędzy tymi zawodami, jak i kadrą zarządzającą w podmiotach leczniczych oraz wprowadzania rozwiązań prawnych grożących naruszeniu bezpiecznych warunków pracy personelu szpitalnych oddziałów ratunkowych i bezpieczeństwa pacjentów.

## UZASADNIENIE

Szpitalny oddział ratunkowy jest komórką organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie (art. 3 pkt.9 u.P.R.M.). Przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, rozumie się stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt. 8 u. P.R.M.). Natomiast **medyczne czynności ratunkowe** to świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 3 pkt.4 u.P.R.M.).

W celu realizacji zadań szpitalnych oddziałów ratunkowego Minister Zdrowia określił *minimalne zasoby kadrowe oddziału* ( § 12 ust.1 r.sz.o.r.):

- 1) *ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;*
- 2) *pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 4 i 5;*
- 3) *lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym*

*co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu;*

- 4) *pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w § 6 ust. 7-11, 14 i 15;*
- 5) *rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności.*

Z przywołanych powyżej przepisów można wnioskować, iż Minister Zdrowia zamiennie traktuje zawód *pielęgniarki systemu* i *ratownika medycznego*.

Pierwsza kwestia, to kierowanie lub koordynacja szpitalnym oddziałem ratunkowym. Zgodnie z art. 49 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (Dz.U.2018.2190 t.j.) w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko:

- 1) kierownika;
- 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem;
- 3) ordynatora;
- 4) naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek;
- 5) pielęgniarki oddziałowej.

Przepis ten nie przewiduje możliwości, aby oddział szpitalny, w tym szpitalny oddział ratunkowy – mógł być koordynowany przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego.

Zgodnie z obecnym stanem prawnym szpitalny oddział ratunkowy może być kierowany tylko przez pielęgniarkę *oddziałową będącą pielęgniarką systemu*. Wprowadzając możliwość koordynowania szpitalnego oddziału ratunkowego przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego – ustawodawca **wydał taki zapis bez delegacji ustawowej, co otwiera drogę do złożenia skargi do Trybunału Konstytucyjnego.**

Wprowadzenie systemu koordynacji w szpitalnych oddziałach jest obecnie formalnie możliwe - tylko dla personelu lekarskiego (art. 49 ust.7 u.dz.l.). Ponadto, pod względem merytorycznym - możliwość sprawowania koordynacji pracą zespołu może dokonywać tylko osoba o większych kwalifikacjach i umiejętnościach, a zgodnie z systemem kształcenia i

nabytymi kwalifikacjami zawodowymi i umiejętnościami oraz zgodnie z wymaganiami jakie stawia się dla nabycia statusu „pielęgniarki systemu” i „ ratownika medycznego” - takie uprawnienia ma tylko pielęgniarka systemu.

Ustawodawca w sposób niezrozumiały, dyskryminujący i naruszając zasadę proporcjonalności ustanowił tryb uzyskiwania statusu pielęgniarki systemu i statusu ratownika medycznego (art. 3 pkt. 6 u.P.R.M.)

**Status pielęgniarki systemu może uzyskać osoba:**

1. która spełnia wymagania do uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, tj. świadectwo lub dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej, posiada pełną zdolność do czynności prawnych, której stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu pielęgniarki, która wykazuje nienaganną postawę etyczną (art.28 u.z.p.p.),
2. oraz dotatkowo jest pielęgniarką posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym (art. 3 pkt.6 u.P.R.M.).

Wynika z powyższego, iż ustawodawca dbając o jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów postawił wysokie wymagania zarówno formalne i merytoryczne, jak i etyczne – dla osób chcących wykonywać pracę na stanowisku - pielęgniarki systemu.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na (art. 4 ust.1 u.z.p.p.):

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzenia dnia z 28.02.2017 r. (art. 6 u.z.p.p.):

- 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

- biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków.

Ponadto, pielęgniarki mają ustawowe prawo do samodzielnego ordynowania leków i wyrobów medycznych, w tym na receptę; wystawiania recepty na leku w ramach zleceń lekarskich, niezbędny do kontynuacji leczenia, dotyczy to także wystawiania recept na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne; pielęgniarka ma szerokie kompetencje w zakresie świadczeń diagnostycznych, tj materiał pobierany przez pielęgniarkę do celów diagnostycznych, badania diagnostyczne przeprowadzane przez pielęgniarkę, wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych (art. 15a i art.15b u. z.p.p.).

Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która (art. 10 ust.1 u. P.R.P.):

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
- 3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: "Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego", z zastrzeżeniem ust. 2;

- 4) spełnia określone wymagania w zakresie uzyskania formalnego dokumentu potwierdzającego ukończenie wymaganego kształcenia<sup>1</sup>.

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na (art.11 ust.1 u.P.R.M.)

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
- 2) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zakres czynności wykonywanych przez ratownika medycznego szczegółowo został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U.2019.993 t.j).

**Wypracowany status zawodowy pielęgniarki, w tym pielęgniarki systemu oraz ratownika medycznego – wyraźnie wskazuje – iż uprawnienia pielęgniarki systemu mogą uzyskać tylko osoby mające wcześniej wykształcenie pielęgniarskie, uzyskujące**

<sup>1</sup> Art.10 ust.1 u.P.R.M. Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która: a) rozpoczęła przed dniem 1 października 2019 r. studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskała tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub b) rozpoczęła po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.), i uzyskała tytuł zawodowy licencjata oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej "PERM", lub c) rozpoczęła przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub d) posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny, i uzyskała prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub e) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2272 oraz z 2019 r. poz. 534 i 577).

dodatkowe kwalifikacje w ramach specjalizacji oraz muszą wykazać określony staż pracy.

Natomiast tytuł ratownika medycznego uzyskuje co do zasady osoba bez wcześniejszego przygotowania medycznego, do pracy na szpitalnym oddziale ratunkowym nie potrzebuje specjalizacji. A dla bycia koordynatorem szpitalnego oddziału ratunkowego, a w tym pracy pielęgniarki systemowej – ratownikowi medycznemu wystarcza pięć lat pracy.

Kolejną istotną kwestią jest zatrudnianie ratowników medycznych na oddziałach *oddziału anestezjologii i intensywnej terapii*.

Pragniemy przypomnieć, iż:

- 1) **anestezja** - wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
- 2) **intensywna terapia** - postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego;

§ 2. pkt. 1 i 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2016.2218).

Zgodnie z w/w prowadzoną analizą – medyczne czynności ratunkowe – do których upoważnieni są ratownicy medyczni nie są terminem zamiennym z anestezją i intensywną terapią, a ratownik medyczny nie ma prawa wykonywania swojego zawodu w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Zgodnie z § 10 z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2016.2218): *Świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii*.

Świadczenia na anestezjologii i intensywnej terapii mogą udzielać tylko lekarze specjaliści z zakresu anestezjologii i pielęgniarstwa anestezjologicznego. Pielęgniarka anestezjologiczna to pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub



pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Czyli osoby, które oprócz spełnienia wymogów do uzyskania prawa wykonywania zawodu, muszą uzyskać dodatkowe szczególne umiejętności.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym w art. 39b pkt. 3), przewiduje, iż Centrum urazowe zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych, m.in. *oddziału anestezyjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu*, a natomiast w art. 39f pkt.3a tej samej ustawy przewidziano, iż Centrum urazowe dla dzieci zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych m.in.: *oddziału anestezyjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu dziecięcemu*.

W kontekście tych dwóch w/w przepisów **pragniemy wyraźnie i stanowczo podnieść**, iż zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej – prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowiskach intensywnego nadzoru mają tylko lekarze i pielęgniarki (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii Dz.U.2016.2218).

## WNIOSKI

Zapisy § 12 ust.1 pkt. 2 i pkt. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz. U. z 2019 r. poz. 1213 (dalej: r.sz.o.r.) zostały wydane z naruszeniem konstytucyjnej podstawy – upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia.

Pielęgniarka systemu ma zdecydowanie szerszy zakres kwalifikacji zawodowych i umiejętności oraz zdecydowanie szersze uprawnienia do wykonywania świadczeń samodzielnych bez zlecenia lekarskiego i sprawowania całościowej opieki nad pacjentem w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Nadzór i kierownictwo nad wykonywaniem zawodu pielęgniarki w oddziale szpitalnym może sprawować tylko pielęgniarka oddziałowa, co już wielokrotnie potwierdzono w judykaturze.

W zakresie medycznym pielęgniarka jest częścią zespołu terapeutycznego, gdzie koordynatorem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych jest lekarz.

Ustanowienie koordynatorem pracy pielęgniarki, w tym pielęgniarki systemu – ratownika medycznego - jest merytorycznie i prawnie niedopuszczalne. Uważamy także, iż obecnie wprowadzona zmiana jest co najmniej wyrazem lobbingu określonych środowisk z pominięciem merytorycznego zaplecza środowiska pielęgniarskiego.

*Pielęgniarką systemu* jest to osoba, która posiada kwalifikacje zawodowe zarówno do pracy na szpitalnym oddziale ratunkowym, jak i w innych szpitalnych oddziałach, w tym w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

W obecnym stanie prawnym i przyjętym modelu opieki nad pacjentem – w ramach pracy na szpitalnych oddziałach – ratownik medyczny może być jedynie zatrudniany w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Nie ma żadnych przesłanek ani medycznych, ani merytorycznych ani systemowych, aby ratownik medyczny mógł być zatrudniony na innych szpitalnych oddziałach.

Zatrudnianie ratowników medycznych na stanowiskach intensywnej terapii – naraża na odpowiedzialność prawną zarówno kierownictwo pomiotu leczniczego jak i samego ratownika za przekroczenie kwalifikacji – czyli udzielenia świadczenia zdrowotnego przez osobę nieuprawnioną. Odpowiednio, ta zasada ma zastosowanie w przypadku zatrudniania ratowników medycznych w innych oddziałach szpitalnych.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

**NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

NIPiP-NRPiP-DM-0025.30.2019.JP

Warszawa, dnia 15 maja 2019 r.

Pan  
**Łukasz Szumowski**  
Minister Zdrowia

*Szanowny Panie Ministrze*

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Pana Ministra z prośbą o rozważenie zmiany zapisów ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*, (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 409, z późn.zm.) w zakresie uregulowania udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę dzieciom przewlekle chorym, przebywającym w żłobku.

Przeprowadzona analiza realizacji opieki zdrowotnej przez pielęgniarki w żłobkach wskazuje na konieczność doszczegółowienia aktów prawnych oraz wprowadzenia systemowych rozwiązań m.in. w następujących kwestiach:

1. Określenie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, w tym:
  - określenie zadań pielęgniarki, z uwzględnieniem kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom chorym przewlekle,
  - określenie wymagań dotyczących pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne wraz z wykazem ich wyposażenia, z uwzględnieniem możliwości przechowywania dokumentacji, leków i środków medycznych,
  - określenie indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka w żłobku oraz zasad jej prowadzenia (w tym wzór zaświadczenia o wyrażeniu zgody przez rodzica na udzielenie świadczenia zdrowotnego, wzór zlecenia lekarskiego na wykonanie świadczenia zdrowotnego skierowane do pielęgniarki zatrudnionej w żłobku),
  - określenie zasad przyjmowania od rodziców produktów leczniczych i wyrobów medycznych i ich przechowywania.

2. Nałożenie obowiązku spełnienia ww. warunków realizacji świadczeń zdrowotnych przez podmiot, który utworzył żłobek.

Do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpłynęło pismo zaniepokojonego rodzica, który opiekę nad swoim dzieckiem powierza pracownikom żłobka publicznego.

Z treści pisma wynika, iż u dziecka z chorobą przewlekłą, istnieje możliwość pogorszenia stanu zdrowia, w związku z wystąpieniem temperatury ciała powyżej 37,5 °C i pojawieniem się drgawek gorączkowych. W takiej sytuacji rodzic dziecka oczekuje, iż na jego prośbę oraz w oparciu o przedłożone wcześniej zaświadczenie lekarza pediatry, w przypadku wystąpienia u dziecka powyższych objawów, zatrudniona w żłobku pielęgniarka, poda dziecku zalecone przez lekarza leki (leki, które wcześniej rodzic przyniesie i pozostawi w żłobku). W żłobku, do którego uczęszcza dziecko, jest zatrudniona pielęgniarka, co jest zgodne z normą art. 15 ust. 3 ww. ustawy, która nakłada na dyrektora żłobka obowiązek zatrudnienia przynajmniej jednej pielęgniarki lub położnej, w przypadku uczęszczania do żłobka więcej niż dwadzieścioro dzieci.

Jednocześnie należy zauważyć, iż zgodnie z art. 2, ust. 2 ww. ustawy, w żłobku w ramach opieki realizowane są trzy podstawowe funkcje: opiekuńcza, wychowawcza, edukacyjna i jak wynika z art. 10 ww. ustawy, do zadań żłobka należy w szczególności:

- 1) zapewnienie dziecku opieki w warunkach bytowych zbliżonych do warunków domowych;
- 2) zagwarantowanie dziecku właściwej opieki pielęgnacyjnej oraz edukacyjnej, przez prowadzenie zajęć zabawowych z elementami edukacji, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka;
- 3) prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych, uwzględniających rozwój psychomotoryczny dziecka, właściwych do wieku dziecka.

Z powyższych zapisów wynika, iż udzielanie świadczeń zdrowotnych nie należy do podstawowych zadań żłobków. Dlatego, kwestię zapewnienia dzieciom przewlekle chorym kontynuacji opieki medycznej w żłobkach, dyrektorzy żłobków nie traktują priorytetowo i zadania z tego obszaru realizowane są w sposób niewystarczający. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ww. kwestie są bardzo ważnym elementem sprawowania opieki nad dzieckiem i powinny być prawnie uregulowane. Brak jednoznacznych zapisów prawnych w tym zakresie, rodzi wiele wątpliwości w sytuacji, gdy rodzic dziecka oczekuje od pielęgniarki przyjęcia leku i podania go dziecku zgodnie ze zleceniem lekarskim. Zdarza się, że pielęgniarki odmawiają wykonania tych czynności,

z powodu braku zapisów prawnych, odnośnie realizowania przez pielęgniarki czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w żłobkach.

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 11 powyższej ustawy podmiot, który utworzył żłobek ustala jego statut, określając w nim m.in. cele i zadania oraz sposób ich realizacji. Ponadto zapis art. 21 ww. ustawy, nakłada na dyrektora żłobka odpowiedzialność za organizację pracy w żłobku, zgodnie z ustanowionym wewnętrznym regulaminem organizacyjnym. Wobec powyższego dyrektorzy żłobków, chcąc zapewnić optymalną opiekę nad dzieckiem i sprostać oczekiwaniom rodziców, opracowują stosowne procedury i instrukcje w ramach wewnętrznego regulaminu organizacyjnego i kwestie związane z funkcjonowaniem żłobka, w tym określenie obowiązków pracowników, zasad ich postępowania w przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka lub podawania leków dzieciom niepełnosprawnym, przewlekle chorym. W sytuacji, kiedy dziecko wymaga podania leku, postępowanie personelu jest uzależnione od wewnętrznych uregulowań przyjętych przez placówkę oraz od kompetencji pracownika i jego zakresu obowiązków. W żłobkach obowiązują różne zasady postępowania w odniesieniu do dzieci, u których występuje konieczność podawania leków lub kontynuowania farmakoterapii.

Potwierdzeniem zasadności powyższej propozycji jest zawarcie w projekcie (z dnia 19 kwietnia 2019 r.) rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego *w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego*, zapisu dotyczącego odbywania praktyk przez studentów na studiach licencjackich, na kierunku pielęgniarstwo – w instytucjach pełniących funkcje opiekuńczo-wychowawcze, w szczególności w żłobkach.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jest zdania, iż wprowadzenie zmian legislacyjnych w przedmiotowym obszarze, zapewni dzieciom przewlekle chorym i niepełnosprawnym jednakową dostępność do pobytu w żłobku oraz stworzy bezpieczne warunki do wykonywania zawodu pielęgniarki w żłobku.

  
Prezes NRPiP

  
Zofia Małas



MINISTER  
Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Warszawa, dnia 18 czerwca 2019 r.

DSR.V.840.70.2019.AB

**Pani**  
**Zofia Małas**  
Prezes  
Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

*Stanisława Pani Prezes*

W odpowiedzi na pismo z dnia 15 maja 2019 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM-0025.30.2019.JP, przekazane przez Ministerstwo Zdrowia przy piśmie z dnia 23 maja 2019 r., znak: PPWA.073.1.2019.KW, w sprawie rozważenia zmiany zapisów ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. 2019 r. poz. 409 j.t.) w zakresie udzielania przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych dla dzieci przebywających w żłobku, uprzejmie wyjaśniam.

Od momentu wejścia w życie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, żłobki nie są już zakładami opieki zdrowotnej, jednak część uregulowań dotyczących tych instytucji ma swoje korzenie we wcześniej obowiązujących przepisach. Obecnie w żłobkach, do których uczęszcza co najmniej 20 dzieci, należy zatrudnić pielęgniarkę lub położną. Jednak ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 nie określa zakresu obowiązków tej osoby – jest to zadanie dyrektora żłobka. Niewątpliwie zakres obowiązków pielęgniarki lub położnej zależy od specyfiki danego żłobka i od tego, jakie dzieci są do tej instytucji przyjmowane.

Należy mieć na względzie okoliczność, że funkcje żłobka nie obejmują świadczeń zdrowotnych, choć mogą się one zawierać w funkcji opiekuńczej żłobka.

Warto przywołać w tym miejscu stanowisko wyrażone w piśmie z dnia 4 grudnia 2017 r. przez Ministerstwo Zdrowia (Departament Matki i Dziecka). W ocenie Ministerstwa Zdrowia świadczeniem zdrowotnym – w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Należy przyjąć, że w przypadku dziecka przewlekłe chorego, świadczenia udziela lekarz zlecający określone leczenie, tj. leczenie określonymi lekami. Samo podanie leków zleconych przez lekarza jest czynnością polegającą na realizacji zlecenia lekarskiego, które wiąże się ze sprawowaniem funkcji opiekuńczej nad dzieckiem.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia przyjęcie odmiennej interpretacji pozostawałoby w sprzeczności z zasadami leczenia oraz samoopieki osób przewlekle chorych. Jakkolwiek brak jest przepisów określających szczegółowo te elementy opieki, które mają na celu zachowanie zdrowia dziecka, przyjmuje się, że działania podejmowane przez opiekunów w żłobku lub klubie dziecięcym podczas pobytu dziecka w placówce powinny być analogiczne do tych, jakie w podobnych sytuacjach podejmowałoby rodzice dziecka. Decyzję o przyjęciu dziecka przewlekle chorego do żłobka podejmuje każdorazowo dyrektor żłobka lub osoba kierująca pracą klubu dziecięcego. W sytuacji, kiedy w czasie pobytu w placówce będzie wymagane podanie leku bądź zastosowanie innych koniecznych działań – niezbędne jest pisemne upoważnienie rodziców lub prawnych opiekunów dziecka dla dyrektora żłobka lub osoby kierującej pracą klubu dziecięcego do podejmowania tych działań, a także uzyskanie pisemnego zobowiązania dyrektora oraz osoby, która będzie realizowała te zadania, do ich podjęcia.

Żłobek nie jest podmiotem leczniczym, a co za tym idzie – nie jest opłacany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Tworzenie dla żłobków nowych wymogów w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, zapewnienia jej odrębnego pomieszczenia, itp. nie tylko znacznie zahamowałoby rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, ponieważ podniosłoby koszty ich tworzenia i prowadzenia, gdyż efektem takich działań byłoby obniżenie dostępności miejsc opieki, ale również wzrost opłat w żłobkach.

W przypadku klubów dziecięcych – instytucji zbliżonych do żłobków, przy czym co do zasady bardziej kameralnych (do 30 dzieci) i przeznaczonych dla dzieci powyższej 1. roku życia, nie ma obowiązku zatrudniania pielęgniarki lub położnej. Nie oznacza to, że instytucje opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 nie zachowują odpowiednich standardów bezpieczeństwa dla dzieci. Nowelizacja ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2018 r., wprowadziła m. in. wymóg cyklicznego doszkalania opiekunów w żłobkach i klubach dziecięcych w zakresie udzielania dzieciom pierwszej pomocy.

Z uwagi na powyższe Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dopuszcza sytuację rezygnacji z obowiązku zatrudniania w żłobku, do którego uczęszcza więcej niż 20 dzieci, pielęgniarki lub położnej w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.

Z poważaniem  
  
 z up. **MINISTER**  
*Stanisław Szwed*  
**SEKRETAŹ STANU**

Do wiadomości:

Pani

Greta Kanownik

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
 w Ministerstwie Zdrowia

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
 ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa  
 e-mail: [info@mrpips.gov.pl](mailto:info@mrpips.gov.pl), tel. 222-500-108

*niepodlega* 

# ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ORGANIZACJI SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

Od 1 lipca 2019 r. obowiązuje nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1213) dotyczące organizacji pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym

## § 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 2) szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych;

- 3) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych;
- 4) minimalne wyposażenie, organizację **oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych.**  
[...]



## § 12.1. Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 2) pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 4 i 5;
- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu;
- 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w § 6 ust. 7–11, 14 i 15;
- 5) rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności.



# ZWIĘKSZENIE STAWEK RYCZAŁTÓW DOBOWYCH DLA SOR I IP

ZARZĄDZENIE NR 96/2019/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 25 lipca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć.

Zarządzenie, które wchodzi w życie, podwyższa od 1 lipca o 15% wartość stawek ryczałów dobowych dla szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć (SOR i IP). Oznacza to zwiększenie wysokości finansowania danych świadczeń opieki zdrowotnej od drugiej połowy 2019 r.

## ZARZĄDZENIE NR 96/2019/DSM

### PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 25 lipca 2019 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, zmienionym zarządzeniem Nr 81/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2018 r. oraz zarządzeniem Nr 72/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r., w § 11:

1) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Składowa ryczału za funkcję określana jest według poniższego wzoru, z uwzględnieniem liczby pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 39, 447, 730, i752 i 1078.

stanu zdrowia pacjenta, na podstawie wykonanych procedur medycznych określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz wag poszczególnych kategorii:

$$R_f = \frac{a}{l_d} \times \sum_{i=1}^6 P_i \times W_i$$

gdzie:

a – stawka za punkt (w SOR przyjmuje się wartość 1 zł),

$l_d$  – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (do kalkulacji przyjmuje się okres zawierający dane sprawozdawcze z pełnych 12 miesięcy, a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum 3 kolejnych miesięcy),

$P_i$  – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta. Składowa uwzględnia:

1) pacjentów zakwalifikowanych do kategorii V i VI przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;

2) pacjentów, dla których świadczenie w SOR nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce;

oraz

3) pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych, dla których świadczenie w centrum urazowym zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce i do rozliczenia wskazane zostało świadczenie z określonych w charakterystyce grupy T z katalogu grup,

$W_i$  – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

#### Kategorie stanu zdrowia pacjenta w SOR

Kategoria	Zakres świadczeń udzielanych pacjentom	Waga
I	Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia	93

II	Rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi	248
III	Rozszerzona diagnostyka obrazowa, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapia (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe	342
IV	Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopia, resuscytacja (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych)	498
V	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka obrazowa (angiotomografia, trauma scan, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci)	746
VI	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta wg karty wzmożonego nadzoru - stanowiącej odpowiednio załącznik nr 8 i 9 do zarządzenia, monitoring, sztuczna wentylacja, farmakoterapia, dalsza diagnostyka, damage control	871

2) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Składowa ryczałtu za funkcję określana jest według poniższego wzoru, z uwzględnieniem liczby pacjentów, zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, na podstawie wykonanych procedur medycznych, określonych w **załączniku nr 7** do zarządzenia oraz wag poszczególnych kategorii:

$$R_f = \frac{a}{l_d} \times \sum_{i=1}^4 P_i \times W_i$$

gdzie:

$a$  – stawka za punkt (w IP przyjmuje się wartość 1 zł),

$l_d$  – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (do kalkulacji przyjmuje się okres zawierający dane sprawozdawcze z pełnych 12 miesięcy, a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum 3 kolejnych miesięcy),

$P_i$  – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, dla których świadczenia w IP zostały zakończone

wypisem (składowa nie uwzględnia pacjentów planowych oraz przyjętych do dalszej hospitalizacji w danym podmiocie),

$W_i$  – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

#### Kategorie stanu zdrowia pacjenta w IP

Kategoria	Zakres świadczeń udzielanych pacjentom	Waga
I	Porada lekarska, opieka pielęgniarska, wstępna ocena stanu zdrowia pacjenta	63
II	Podstawowa diagnostyka (RTG, USG, badania laboratoryjne), konsultacja specjalistyczna, małe zabiegi, monitorowanie podstawowych czynności życiowych	146
III	Rozszerzona diagnostyka (TK, USG – doppler), czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, resuscytacja	273
IV	Procedury wykonywane podczas konsultacji specjalistycznych	355

**§ 2.** Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

**§ 3.** Przepisy § 1 stosuje się do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania świadczeń począwszy od dnia 1 lipca 2019 r.

**§ 4.** Zarządzenie wchodzi w życie w dniu następującym po dniu podpisania z mocą obowiązywania od dnia 1 lipca 2019 r.

**p.o. PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
Zastępca Prezesa ds. Operacyjnych  
Adam Niedzielski**

## Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes NFZ został zobowiązany do wydania regulacji określających przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany mają na celu urealnienie wartości stawek ryczałtów dobowych określonych dla szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć (SOR i IP). Zaproponowane rozwiązanie przewiduje zwiększenie, od dnia 1 lipca 2019 r., o 15 % wyceny wag punktowych określonych dla poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjenta w SOR i IP. Zmiana ww. wag będzie miała przełożenie na zwiększenie wartości stawek ryczałtów dobowych, a co za tym idzie wysokości finansowania danych świadczeń opieki zdrowotnej od drugiej połowy 2019 r.

Przedmiotowe zmiany są odpowiedzią na wprowadzaną w życie z dniem 1 lipca 2019 r. nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego i m.in. planowane zmiany kadrowe w SOR oraz wprowadzenie obowiązkowej segregacji pacjentów zgłaszających się do oddziału, a także realizacją licznych postulatów świadczeniodawców dotyczących zbyt niskich nakładów finansowych na te zakresy świadczeń. Wprowadzone rozwiązania uwzględniają także uwagi reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców zgłoszone w trakcie prowadzonych konsultacji społecznych dotyczących zarządzenia Nr 72/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z uwagi na fakt, iż niniejsze zmiany będą miały pozytywny wpływ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w izbie przyjęć, oraz przełożą się na poprawę opieki nad pacjentami, przedmiotowe zarządzenie nie podlega wymogowi dotyczącemu konsultacji społecznych, określonego w art. 146 ustawy o świadczeniach oraz w § 2 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.).

# OPINIE KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO



## CZY PIEŁĘGNIARKA W GABINECIE ZABIEGOWYM POZ MOŻE ODMÓWIĆ PODANIA LEKU ZOLADEX ZLECONEGO PACJENTCE PRZEZ LEKARZA ONKOLOGA ?

**dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor**

Wrocław, 2.04.2019 r.

**Konsultant Wojewódzki w dziedzinie  
pielęgniarstwa onkologicznego  
dla województwa dolnośląskiego**

W odpowiedzi na pytanie skierowane do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego „Czy pielęgniarka gabinetu zabiegowego POZ może odmówić podania leku Zoladex 3,6 mg implant podskórny – zleczonego pacjentce przez lekarza onkologa?” – uprzejmie wyjaśniam.

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia

15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 z póź. zm.), uważa się m.in. realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zaś zgodnie z art. 12 ust. 2. tej samej ustawy, pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przetożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowo-

dować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ponadto, zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych z dnia 16 kwietnia 2018 roku (DZ. Urz. MZ poz. 23) Zoladex 3,6 mg dopuszczony jest do obrotu aptecznego, a co za tym idzie, może być stosowany poza lecnictwem zamkniętym.

Produkt leczniczy o nazwie Zoladex 3,6 mg jest implantem podskórnym zawierającym jako substancję czynną gosereliny octan w ilości odpowiadającej 3,6 mg gosereliny (*Goserelinum*). Wskazaniami do jego stosowania jest leczenie m.in. raka gruczołu krokowego i raka piersi u kobiet w okresie przed- i okołomenopauzalnym, podaje się go, co 28 dni.

Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, Zoladex jest jałową substancją w postaci implantu do podawania podskórnego o długim czasie działania, o zabarwieniu białokremowym i cylindrycznym kształcie. Jałowa, gotowa ampułko-strzykawka jednorazowego użycia, z osłoną automatycznie nasuwającą się na igłę po wykonaniu wstrzyknięcia, w folii aluminiowej w tekturowym pudełku. Opakowanie foliowe zawiera mały pojemnik z substancją pochłaniającą wilgoć. Po otwarciu opakowania należy go wyrzucić. Przed podaniem leku Zoladex, należy zapoznać się z instrukcją dołączoną do opakowania.

Implant wstrzykuje się podskórną w przednią ścianę brzucha ustawiając igłę pod kątem 30–45° wcięciem do góry i wprowadza podskórną. Należy zachować ostrożność ze względu na znajdującą się w pobliżu tętnicę nabrzuszną dolną i jej odgałęzienia (igła jest stosunkowo „gruba”, tzn. o przekroju dużo większym niż standardowe „cienkie” igły stosowane w iniekcjach podskórnych). Ryzyko uszkodzenia naczyń może być większe u bardzo szczupłych pacjentów a więc należy zachować szczególną ostrożność podając produkt pacjentom o niskim wskaźniku masy ciała (BMI) i/lub otrzymujących leki

przeciwwkrzepliwie. Instrukcja (technika wykonania) prawidłowego podania leku Zoladex 3,6 mg jest szczegółowo opisana i zobrazowana graficznie w Charakterystyce Produktu Leczniczego dla tego leku, a informacja dla pacjenta jest dołączona do każdego opakowania z lekiem. Lek może być stosowany w lecnictwie otwartym i podawany przez pielęgniarki w gabinetach zabiegowych POZ na zlecenie lekarza onkologa.

Technika podskórnego podania leku Zoladex 3,6 mg zasadniczo nie odbiega od techniki wykonania standardowej iniekcji podskórnej i nie powinna sprawiać trudności w zakresie umiejętności pielęgniarskich (nie są konieczne dodatkowe uprawnienia). Jednak nie można wykluczyć, że pomimo załączonej do leku instrukcji jego podania, pielęgniarka uzna, że nie może wziąć na siebie odpowiedzialności zawodowej za prawidłowe podanie tego leku. W takiej sytuacji powinna powiadomić o tym swojego przełożonego (kierownika poradni/przychodni), który zapewni wykonanie takiego świadczenia przez inną osobę. Jeśli wykonywanie tego rodzaju świadczeń sprawia pielęgniarkom techniczną trudność, pracodawca powinien zorganizować im wewnętrzne przeszkolenie z tego zakresu.

**Podsumowując**, produkt leczniczy Zoladex 3,6 mg może być stosowany w lecnictwie otwartym, a pielęgniarka posiadająca pełne uprawnienia zawodowe nie powinna odmówić jego wykonania, takie postępowanie może być odebrane m.in. jako ograniczanie pacjentom dostępności do świadczeń medycznych.

Dodam, że należy brać pod uwagę, iż wzrost liczby chorych na nowotwory (jest to choroba przewlekła i szacuje się, że na Dolnym Śląsku żyje obecnie ok. 40 tys. takich osób) zwiększa zapotrzebowanie na wybrane świadczenia, które z powodzeniem mogą być realizowane nie tylko w ośrodkach onkologicznych, ale również w innych podmiotach opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opiece zdrowotnej.

## PODAWANIE KONTRASTU PRZEZ PORT NACZYNIOWY PODCZAS BADANIA TK I MR

dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor

**Konsultant Wojewódzki w dziedzinie  
pielęgniarstwa onkologicznego  
dla województwa dolnośląskiego**

W odpowiedzi na pytania kierowane przez pielęgniarki/pielęgniarzy, dotyczące podawania kontrastu przez port naczyniowy (właściwego sposobu podania, koniecznych parametrów technicznych portu, niezbędnych uprawnień i umiejętności do obsługi portu) podczas badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) uprzejmie wyjaśniam.

### PODSTAWY PRAWNE

Zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 z póź. zm.) kompetencje zawodowe pielęgniarki określone są w art. 4 **Art. 4. 1. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych...** W przypadku podawania kontrastu przez port naczyniowy szczególnego znaczenia nabierają

kompetencje wymienione w art. 4 ust. 1 pkt. 4 i 5 polegając na **4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.** Samodzielne podawanie kontrastu przez pielęgniarkę nie jest przewidziane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia 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, co oznacza, że środek cieniujący może być podany przez pielęgniarkę wyłącznie na zlecenie uprawnionego lekarza. **Uprawnienia lekarzy i pielęgniarek w procesie udzielania**

świadczeń z zakresu rentgenodiagnostyki reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz.U. z Nr 59, poz. 365 z późn. zm.). W myśl § 8 tego rozporządzenia jednostki ochrony zdrowia w pracowniach rentgenowskich powinny zatrudniać pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także w zakresie obsługi strzykawk automatycznych. **Natomiast § 9 przewiduje, że w jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyń, zapewnić należy podczas trwania procedury opiekę anestetyczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarkę, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestetycznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny.** W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 7 Prawo atomowe, czyli Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej. Przykładowo, przywołuję procedurę 7.368 TK, jama brzuszna i miednica z wzmocnieniem kontrastowym (str. 1534) – część ogólna pkt. 11 stanowi: Wykaz personelu biorącego udział w realizacji procedury i kwalifikacje wymagane od tego personelu.

- 1) odpowiedzialny: lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki;
- 2) wykonujący: lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki lub lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, technik elektroradiologii;
- 3) w uzasadnionych przypadkach: lekarz anestezjolog (lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) albo lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) i pielęgniarka anestetyczna (tj. pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestetycznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestetycznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestetycznego i intensywnej opieki).

Ponadto, należy dodać, że ustawodawca nałożył na pielęgniarkę i położną obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz dał prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego, co wynika z treści art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (**Art. 61. 1. Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego**).

#### PORT NACZYNIOWY

Port naczyniowy, czyli długoterminowo implantowany podskórnym dostęp naczyniowy, może być zastosowany u chorego, którego leczenie wymaga powtarzanego dostępu dożylnego. Najczęściej wszczepiany jest w okolicy podobojczykowej, a cewnik wprowadzony jest do żyły szyjnej lub podobojczykowej. Stosowany jest przede wszystkim u pacjentów onkologicznych, ale również w leczeniu innych chorób przewlekłych, np. POChP, mukowiscydozy czy hemofilii. Przez porty podawane są leki, np. podczas chemioterapii, przetaczane są płyny i preparaty krwiopochodne, prowadzone jest żywienie pozajelitowe, pobierana jest krew do badań, służą także do podawania kontrastu podczas TK i MR [1, 2]. Wszczepienie portu naczyniowego jest rozwiązaniem dogodnym zarówno dla pacjenta jak i personelu. Jest doskonałym rozwiązaniem w przypadku trudności w dostępie do żył obwodowych, w trakcie leczenia, które wymaga wielokrotnego, powtarzanego dostępu do układu żylnego, ogranicza stres pacjenta, eliminuje ból, poprawia jakość życia.

#### PODAWANIE KONTRASTU PRZEZ PORT NACZYNIOWY

Podawanie kontrastu podczas badania TK i MR wymaga techniki wstrzykiwania tego środka pod ciśnieniem, czyli z zastosowaniem strzykawk automatycznych. Pierwsze produkowane porty nie spełniały tego wymogu, czyli nie były przystosowane do podawania środków cieniujących. Obecnie są już produkowane porty wykonane specjalną techniką, zapewniającą ich zwiększoną wytrzymałość, na które można wywierać ciśnienie do 338 psi, a to pozwala na przetaczanie płynów z prędkością przepływu do 5 ml/s. Takie porty mogą być z powodzeniem wykorzystywane w radiologii.

Należy podkreślić, że zarówno port, jak i igła zastosowane do podania środka cieniującego powinny być oznaczone maksymalnym ciśnieniem, pod jakim można podawać leki. Producenci portów dane o dopuszczalnym ciśnieniu i przepływie infuzji zamieszczają w charakterystyce produktu, taka informacja zamieszczana jest zwykle w karcie identyfikacyjnej portu (tzw. paszporcie). Należy dodać, że materiał z którego wykonane są elementy portu, szczególnie komora (tytan, porcelana) pozwala na wykonanie badania w polu magnetycznym [3].

Przed przystąpieniem do podania środka kontrastującego przez port należy zawsze przestrzegać następujących zasad:

- 1) upewnić się, że zaimplantowany port dostępu jest przeznaczony do iniekcji pod wysokim ciśnieniem (zgodnie z instrukcją obsługi lub kartą pacjenta);
- 2) upewnić się, że port i cewnik funkcjonują prawidłowo, sprawdzenie to należy wykonać poprzez pobranie do



- strzykawki 2 ml krwi i wstrzyknięcie do portu 5 ml roztworu soli fizjologicznej, przed rozpoczęciem infuzji leku;
- 3) nie należy przekraczać ciśnienia (325 psi /22,4 bar /22,1atm) oraz szybkości przepływu (zgodnie z instrukcją), aby nie doszło do uszkodzenia systemu portu;
  - 4) środek kontrastowy należy przed użyciem, zgodnie z zaleceniami producenta, ogrzać do temperatury 37°C. Nie zastosowanie się do tego zalecenia doprowadzi nawet do 50 %-owego obniżenia szybkości przepływu i/lub uszkodzenia portu dostępu lub zestawu do przetoczeń;
  - 5) stosujemy igły, które są przeznaczone do wlewów pod wysokim ciśnieniem;
  - 6) w niektórych typach portów należy stosować wyłączanie igły 20G i 22G, stosowanie igieł 19G może prowadzić do wycieków środka kontrastowego (zgodnie z instrukcją);
  - 7) przed rozpoczęciem wstrzykiwania pod wysokim ciśnieniem należy upewnić się, że igła jest prawidłowo umieszczona w porcie, bezpiecznie przymocowana do skóry i pokryta samoprzylepnym opatrunkiem;
  - 8) jeżeli cewnik portu ma długość większą niż 20 cm będzie to skutkowało obniżeniem szybkości przepływu;
  - 9) w zależności od właściwości technicznych systemu do wstrzykiwań docelowa prędkość przepływu może nie zostać zapewniona;
  - 10) port dostępu każdorazowo, przed i po użyciu w celu podania kontrastu, należy przepłukać używając 10 ml 0,9% roztworu soli fizjologicznej (NaCl), a następnie stosować standardowe procedury płukania.

#### PROCEDURA OBSŁUGI PORTU

Podawanie środków cieniujących w Pracowni TK i/lub MR powinno odbywać się zgodnie z wcześniej opracowaną i obowiązującą procedurą podawania kontrastu przez port naczyniowy. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych opracowało i rekomenduje procedurę obsługi portu dożylnego, którą zgodnie z potrzebami aktualizuje, ostatnia nowelizacja była w 2018 roku. Procedura została opracowana przez zespół złożony z pielęgniarek specjalistek z całej Polski pod redakcją mgr Barbary Jobdy oraz dr n. med. mgr piel. Małgorzaty Pasek (procedura w załączeniu) [4, 5].

#### OBSŁUGA PORTU, A DODATKOWE KWALIFIKACJE

Nie ma konieczności uzyskiwania dodatkowych kwalifikacji uprawniających do obsługi portu naczyniowego, ale dla sprawnego i bezpiecznego ich użytkowania niezbędne jest ustawiczne doskonalenie wiedzy i umiejętności pielęgniarskich, które prowadzą do wykształcenia prawidłowych schematów ich obsługi. W roli nauczycieli doskonale sprawdzają się doświadczone pielęgniarki z ośrodków stosujących porty w codziennej praktyce, w których obowiązują standardy postępowania obejmujące kolejne etapy procedury kontroli, użytkowania, płukania portu itp. [6]. W wielu ośrodkach kształcenia podyplomowego, w tym Dolnośląskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, organizowane są cyklicznie szko-

lenia z zakresu obsługi portów naczyniowych, doskonalące wiedzę i umiejętności, a w konsekwencji poprawiające jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentami. Należy podkreślić, że szkolenie personelu obsługującego linie centralne poprawia bezpieczeństwo pacjentów i zmniejsza częstość powikłań.

#### PODSUMOWANIE

1. Pielęgniarka może podać kontrast w badaniu TK/MR wyłącznie na zlecenie uprawnionego lekarza.
2. Podczas zabiegów diagnostycznych, środek kontrastujący mogą podawać wyłącznie pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także w zakresie obsługi strzykawek automatycznych.
3. W przypadku udziału pielęgniarki w procedurach radiologii zabiegowej wymagany jest tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub ukończenia kursu kwalifikacyjnego w tej dziedzinie.
4. Pielęgniarka może podać kontrast przez zaimplantowany pacjentowi port naczyniowy po konsultacji z uprawnionym lekarzem pod warunkiem, że posiadania umiejętności w zakresie jego obsługi.
5. Należy pamiętać, że porty wszczepiane pacjentom mają zapewnić im komfort, eliminować ból i stres związany z wielokrotnym nakłuwaniem żył obwodowych, a tym samym zmniejszać dyskomfort związany z kolejną hospitalizacją. Stosowanie portów wpływa na zmniejszenie poziomu lęku związanego z chorobą i leczeniem, poprawia samopoczucie chorego, a przede wszystkim poprawia jakość jego życia. Dlatego, jeżeli chory ma zaimplantowany port należy korzystać z niego w różnych sytuacjach wymagających dostępu naczyniowego, w tym podania środka kontrastowego w badaniu TK i MR. Jeżeli pielęgniarka/pielęgniarski pracujący w pracowniach TK, MR nie czują się dostatecznie dobrze przygotowani do obsługi portów, zachęcam do korzystania ze szkoleń oraz wsparcia doświadczonych koleżanek pielęgniarek.

#### LITERATURA

- [1] Misiak M., *Wybrane aspekty stosowania portów naczyniowych w onkologii Chirurgia po Dyplomie*, 2013 8 (4): s. 22–27.
- [2] Młynarski R. *Port dożylny*, Lublin 2009.
- [3] Goltz JP., Noack C., Petritsch B., *Totally implantable venous power ports of the forearm and the chest: initial clinical experience with port devices approved for high-pressure injections*, Br J Radiol 2012, 85, e 966–972.
- [4] *Procedura obsługi zaimplantowanego portu dożylnego*, red. Jobda B., Pasek M., Warszawa 2018.
- [5] Góraj E., Lipiec M., *Long-term intravenous access in cancer patients*, Oncol Clin Pract 2018, 14. DOI: 10.5603/OCP.2018.0033
- [6] Opinia Konsultanta Krajowego – Dr hab. Maria Kózka – w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie kwalifikacji pielęgniarki w celu podania pacjentowi produktów radiofarmaceutycznych (środków cieniujących/kontrast) podczas badań radiologicznych. <https://www.izbapiel.katowice.pl/home/konsultanci-i-opinie/opinie-konsultantow/pielęgniarstwo/1956-opinia> – dostęp 20.05.2019 r.

# PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNego

rekomendowana przez  
**POLSKIE STOWARZYSZENIE PIELEŃNIAREK ONKOLOGICZNYCH**

## ZESPÓŁ AUTORSKI

Biedna Ewa, Bil Irena, Bury Cecylia, Czarkowska Urszula, Czyżewska Iwona, Gabryś Aneta, Jezierska Barbara, Jobda Barbara, Klimczuk Małgorzata, Krężelewska Halina, Markowska-Gąsiorowska Anna, Pasek Małgorzata, Sarga Jolanta, Walkowiak Katarzyna

## REDAKCJA

mgr Barbara Jobda, dr n. med. mgr piel. Małgorzata Pasek

### WPROWADZENIE

Port naczyniowy to trwałe, długoterminowy dostęp naczyniowy umożliwiający prowadzenie terapii dożylnych.

Miejsce wszczepienia portu ustala się na podstawie klinicznego stanu pacjenta, jego stylu życia oraz rodzaju stosowanego leczenia. Najczęstszym miejscem wszczepienia portu jest okolica podobojczykowa prawa a najczęściej stosowanymi dostęпами są wewnętrzna lub zewnętrzna żyła szyjna oraz żyła podobojczykowa. Wszczepienie portu naczyniowego odbywa się w warunkach sali operacyjnej, zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym. Procedura jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Stosowanie portów naczyniowych nie tylko w znaczący sposób podnosi poziom bezpieczeństwa prowadzonej terapii, ale przede wszystkim poprawia komfort i jakość życia pacjenta w trakcie procesu leczenia. Przy zachowaniu właściwych zasad postępowania podczas użytkowania port może być utrzymywany tak długo jak jest potrzebny – nawet kilka lat.

Najważniejszymi elementami warunkującymi prawidłowe funkcjonowanie portu dożylnego są właściwa obsługa oraz współpraca z pacjentem z zaimplantowanym portem a rola pielęgniarki w tych procesach ma charakter kluczowy.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych stoi na stanowisku, że do prawidłowej opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym, konieczne jest spełnienie następujących warunków:

- ujednolicenie zasad obsługi i pielęgnacji portów,
- monitorowanie i dokumentowanie wszystkich czynności wykonywanych u pacjenta w Książeczce obserwacji i obsługi portu dożylnego”,
- edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie zasad bezpiecznego użytkowania portu dożylnego,
- prowadzenie kształcenia pielęgniarek z wykorzystaniem opracowanego i rekomendowanego przez PSPO kursu dokształcającego (PSPO udostępnia program nieodpłatnie).

Procedura ta i czynności z nią związane nie są przedmiotem kształcenia przeddyplomowego w większości wydziałów, instytutów i kierunków Pielęgniarstwa.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych wskazuje dwie ścieżki nabycia kompetencji w zakresie opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym, w tym obsługi portu: ukończeniu kursu dokształcającego lub szkolenie stanowiskowe realizowane przez osoby posiadające kompetencje w tym zakresie.

Obsługa portu dożylnego wymaga szczególnej staranności i uwagi ze strony pielęgniarki, jesteśmy przekonani, że postępowanie zgodnie z procedurą rekomendowaną przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych zapewni bezpieczeństwo pacjentowi i zapobiegnie powikłaniom związanym z niewłaściwą obsługą portu.

## PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNego

### 1. Cel

Prawidłowy sposób obsługi portu dożylnego i minimalizacja powikłań.

### 2. Odpowiedzialność

Pielęgniarki/rze, położne/i.

### 3. Terminologia

- 3.1. Port dożylny – stały, długoterminowy dostęp centralny.
- 3.2. Igła Hubera – igła przeznaczona do obsługi portu, posiadająca szlif wzdłuż osi dłuższej.
- 3.3. Heparynizacja – wypełnienie portu roztworem heparyny drobnocząsteczkowej i 0,9% NaCl.
- 3.4. Przepływ turbulentny/ pulsacyjny – technika polegająca na podaniu określonej objętości płynu/preparatu poprzez skokowe naciskanie tłoka strzykawki jednorazowo po ok. 1 ml.

- 3.5. Dodatkowo ciśnienie – technika polegająca na powolnym dostrzykiwaniu płynu/ preparatu podczas usuwania igły z portu.
- 3.6. Książeczka obsługi portu – historia czynności obsługowych związanych z dostępem do portu, będąca w posiadaniu pacjenta.
- 3.7. Okresowa kontrola portu – postępowanie w przypadku nieużywanego portu polegające na przeprowadzeniu badania fizykalnego oraz wykonania procedury płukania portu.

#### 4. Podstawowe zasady

- Na każdym etapie obsługi portu dożylnego bezwzględnie przestrzegaj zasad aseptyki.
- Do nakłucia portu używaj wyłącznie igieł Hubera.
- Prawidłowo dobieraj długość igły dla każdego pacjenta (uwzględniając rodzaj portu i grubość tkanki podskórnej nad membraną); skrzydełka lub płytka które są elementem mocującym igły, powinny płasko układać się na powierzchni skóry.
- Optymalna grubość igły to 20G–22G. Igłę o grubości 19G używaj do: żywienia pozajelitowego, przetaczania preparatów krwiopochodnych, podawania środków cieniujących w promieniowaniu RTG.
- Unikaj wielokrotnego wkłuwania igły w to samo miejsce.
- W celu uzyskania optymalnego przepływu, wprowadź igłę prostopadle do komory portu tak, aby szlif igły skierowany był w przeciwnym kierunku do ujścia cewnika.
- W przypadku stosowania łączników bezigłowych, zapewnij warunki jałowości.
- Prowadź codzienną obserwację miejsca wkłucia i odnotowuj ten fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej.
- Igłę w porcie można pozostawić do 7 dni pod warunkiem:
  - codziennej kontroli miejsca wkłucia,
  - prawidłowo dobranej długości igły,
  - zastosowania przezroczystego, okluzyjnego, jałowego opatrunku (umożliwiającego obserwację miejsca wkłucia igły do portu),
  - braku objawów zakażenia.
- Jeżeli obserwacja miejsca wkłucia jest niemożliwa (np. zastosowana jest igła łącznie z opatrunkiem włókninowym) igłę zmieniaj co 24 godziny.
- Jeżeli przez port podawane są emulsje tłuszczowe, igłę w porcie wymieniaj co 24 godz.
- Płukanie portu wykonuj zawsze bezpośrednio po zakończeniu iniekcji/ infuzji.
- Do przepłukiwania portu stosuj następujące objętości: pomiędzy infuzjami różnych leków oraz po ich zakończeniu minimum 10 ml 0,9% NaCl, w przypadku emulsji tłuszczowych oraz preparatów krwiopochodnych minimum 20 ml 0,9% NaCl.
- Stosowanie roztworu heparyny lub innych preparatów zgodnie z instrukcją producenta portu oraz tylko na zlecenie lekarza.
- Nie stosuj strzykawek o objętości mniejszej niż 10 ml (użycie mniejszych strzykawek powoduje powstanie zbyt dużego ciśnienia w układzie portu, co może skutkować jego uszkodzeniem).
- Zachowaj dodatnie ciśnienie usuwając igłę z portu.



- Iglę usuń od razu, gdy jej zastosowanie nie jest klinicznie uzasadnione.
- Miejsce po usunięciu igły zabezpiecz jałowym opatrunkiem.
- W przypadku braku refluksu krwi spróbuj powoli wstrzyknąć 2ml 0,9% NaCl do portu, nie wykonuj wielokrotnych prób aspiracji lub prób podawania płynu; zgłoś ten fakt lekarzowi
- W przypadku pobierania krwi na posiew z portu, zastosuj procedurę pobrania materiału na badanie bakteriologiczne, uwzględniając cel i charakter badania mikrobiologicznego.

## 5. Założenie igły do portu

### 5.1. Przygotowanie pacjenta

- poinformuj pacjenta o celu i sposobie wykonania wkłucia igły,
- uzyskaj świadomą zgodę pacjenta na wykonanie tej czynności,
- zapoznaj się z dokumentacją użytkownika portu (ustal, czy oraz w jakiej objętości zastosowany został korek heparynowy lub inna substancja zabezpieczająca),
- wygodnie posadź lub połóż pacjenta, zapewnij swobodny dostęp do okolicy umiejscowienia portu,
- wizualnie oceń skórę w miejscu lokalizacji portu oraz wzdłuż cewnika pod kątem objawów zakażenia i innych zmian skórnych.
- wyklucz objawy zakrzepicy – obrzęk ręki, szyi, twarzy.

### 5.2. Przygotowanie podstawowego zestawu (modyfikacje w zależności od dostępnego sprzętu)

- igła Hubera bez drenu lub z drenem (w zależności od celu, w jakim jest zakładana),
- rękawiczki jałowe i niejałowe,
- środek do dezynfekcji skóry zawierający min. 70% alkoholu,
- opatrunek transparentny, okluzyjny do umocowania igły,
- łącznik bezigłowy,
- minimum 2 strzykawkę,
- roztwór 0,9% NaCl,
- jałowa serweta,
- dwie igły

### 5.3. Wkłucie igły (zalecamy, aby procedura była wykonana przez dwie pielęgniarki, w gabinecie zabiegowym lub innym przeznaczonym do wykonywania aseptycznych zabiegów),

- higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z obowiązującą procedurą,
- załóż niejałowe rękawiczki,
- zlokalizuj palpacyjnie położenie portu,
- minimum dwukrotnie zdezynfekuj okolice miejsca wkłucia – postępuj zgodnie z charakterystyką używanego środka dezynfekcyjnego,
- zdejmij rękawiczki niejałowe,
- ponownie zdezynfekuj ręce,
- rozpakuj jałowo zestaw z odpowiednio dobraną igłą Hubera,

- załóż jałowe rękawiczki,
- w przypadku igły Hubera z drenem dołącz do wężyka łącznik bezigłowy i wypełnij układ roztworem 0,9% NaCl, zamknij zacisk na drenie,
- uchwyc igłę, zdejmij ostonkę, ustabilizuj palcami komorę portu i wprowadź prostopadle igłę do komory portu,
- dokonaj kontroli drożności portu poprzez aspirację krwi (w przypadku gdy port był wypełniony substancją zabezpieczającą usuń ją podczas aspiracji), po uzyskaniu prawidłowego refluksu zmień strzykawkę i przepłucz pulsacyjnie system minimum 10 ml 0,9% roztworu NaCl,
- zabezpiecz igłę jałowym opatrunkiem,
- podłącz przygotowany wlew lub zabezpiecz końcówkę drenu,
- wypełnij obowiązującą dokumentację,

### 5.4. Usunięcie igły

- przygotuj pacjenta jak w pkt. 5.1 niniejszej procedury,
- podstawowy zestaw: 2 strzykawkę, 2 igły, sterylne gaziki, rękawiczki niesterylne, środek do dezynfekcji skóry zawierający min. 70% alkoholu, roztwór 0,9% NaCl i/lub środek zlecony przez lekarza do zabezpieczenia portu, jałowy opatrunek do zabezpieczenia miejsca wkłucia,
- higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce, załóż niesterylne rękawiczki i zdejmij opatrunek z igły,
- zdezynfekuj łącznik bezigłowy oraz skórę wokół miejsca wkłucia igły,
- dołącz do łącznika bezigłowego strzykawkę,
- pulsacyjnie przepłucz system minimum 10 ml 0,9%, NaCl oraz ewentualnie zastosuj substancję zabezpieczającą port zleconą przez lekarza,
- ustabilizuj palcami komorę portu i usuń igłę zachowując dodatnie ciśnienie,
- załóż jałowy opatrunek.

## 6. Pobieranie krwi

- przygotuj pacjenta jak w pkt. 5.1 niniejszej procedury
- wkłuj igłę jak w pkt 5.3 niniejszej procedury
- dokonaj kontroli drożności portu poprzez aspirację krwi
- przepłucz układ 10 ml roztworu 0,9% NaCl, następnie zaaspiruj 5ml krwi, zaciśnij zacisk, odłącz strzykawkę i odrzuć ją
- pobierz odpowiednią ilość krwi do badań
- po zakończeniu pobierania przepłucz system minimum 20 ml 0,9% NaCl naciskając na tłok strzykawkę w sposób skokowy.

## 7. Płukanie nieużywanego portu

- 7.1. Nieużywany port należy płukać z częstotliwością zalecaną przez producenta zgodnie z pkt 5 niniejszej procedury.
- 7.2. Do okresowego płukania portu użyj minimum 20 ml 0,9% NaCl.
- 7.3. Odnotuj czynność przepłukania portu w dokumentacji medycznej i Książeczce obserwacji i obsługi portu.

# OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA RODZINNEGO

## KONSULTANT KRAJOWY

w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego – *Beata Ostrzycka*

Miejsce pracy: Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach

11-001 Dywity , ul. Jeżynowa 16 , e- mail: [bostrzycka@wp.pl](mailto:bostrzycka@wp.pl), tel. 89 5120 122 , 605 099 120

Dywity , 10 czerwiec 2019 rok

KKPR- 08/ 06 /2019

## OPINIA

W sprawie podawania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej produktów leczniczych o nazwie Olfen 75 mg – roztwór do wstrzykiwań oraz Dicloratio 75 mg – roztwór do wstrzykiwań w warunkach domowych, gabinecie pielęgniarki POZ oraz gabinecie zabiegowym lekarza POZ.

Mając na uwadze zgłaszane problemy przez świadczeniodawców realizujących - świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ( rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku – Dz.U. 2016 poz.86) przedstawiam przedmiotową opinię:

Wszystkie preparaty lecznicze zarejestrowane w Rzeczypospolitej Polskiej powinny być podawane z bezwzględnym przestrzeganiem zaleceń producenta produktu leczniczego.

**Preparat o nazwie Olfen 75 mg zawiera informacje w charakterystyce produktu leczniczego takie jak: „ ze względu na możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej, również wstrząsu, pacjenci muszą być pod obserwacją przez co najmniej godzinę po wstrzyknięciu domięśniowym produktu Olfen 75mg, w pobliżu działającej aparatury ratowniczej, preparat o nazwie Dicloratio 75mg zawiera opis „ w związku z możliwością wystąpienia reakcji anafilaktycznej , w tym wstrząsu anafilaktycznego , musi być dostępny prawidłowo funkcjonujący sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach. Pacjenta należy obserwować, co najmniej 1 godzinę, po wstrzyknięciu produktu leczniczego.**

Wobec powyższego zapisu pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, realizująca świadczenia w zakresie pielęgniarstwa POZ - nie zapewnia w gabinecie pielęgniarki POZ aparatury ratowniczej, gdyż nie wynika to z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki

zdrowotnej – wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki POZ oraz warunki realizacji. Jednocześnie w warunkach domowych również nie zapewnia w neseserze pielęgniarki aparatury ratowniczej.

**Dlatego też pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki POZ oraz w warunkach domowych nie może realizować świadczenia jakim jest podawanie drogą domięśniową preparatów Olfen 75 mg i Dicloratio 75 mg.**

Jednocześnie zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, załącznik nr 1 – wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji wskazują na obowiązek posiadania sprzętu i aparatury niezbędnej do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w sytuacji zagrożenia życia i stanowią niezbędną część wyposażenia gabinetu zabiegowego.

Dlatego też w przypadku , gdy gabinet pielęgniarki POZ jest jednocześnie gabinetem zabiegowym lekarza POZ, **lub oba te świadczenia są realizowane pod jednym adresem nie ma podstaw do odmowy wykonania świadczenia jakim jest iniekcja domięśniowa preparatu Olfen 75 mg oraz Dicloratio 75 mg.**

Ponadto pielęgniarka może odmówić udzielenia świadczenia na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014, poz. 1435). Ustawa określa zasady i prawo odmowy do wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadkach określonych przedmiotową ustawą. Wykonanie świadczenia zleconego przez lekarza, które jest niezgodne z zaleceniami producenta może być podstawą do odmowy wykonania tego zlecenia.

Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego wydając skierowanie na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ powinni zapoznać się z zaleceniami producenta i zgodne z nimi wydać skierowanie do pielęgniarki POZ uwzględniając jednocześnie zapisy obowiązujących rozporządzeń.

KONSULTANT KRAJOWY  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego

Beata Ostrzycka

# JAK DBAĆ O ODPORNOŚĆ?

**Diana Pietraszewska**  
**KWSPZ, Dietetyka – studia podyplomowe**  
 Autorka bloga [www.fat-or-not.pl](http://www.fat-or-not.pl)

W sezonie jesienno-zimowym nie trudno złapać przeziębienie czy grypę. Czy można się przed tym obronić? Jakie produkty wpływają na lepszą odporność organizmu? Które naturalne metody sprawdzają się w walce z infekcjami i stanami zapalnymi? Poniżej pojawią się przykłady pokarmów, które wzmacniają cały organizm, a zwłaszcza wspomagają działanie układu odpornościowego, a także domowe sposoby na zwalczanie objawów przeziębienia czy grypy.

## 1. OD CZEGO ZACZAĆ?

Jedni mówią, że odporność zaczyna się na talerzu, inni twierdzą, że w jelitach. W obu przypadkach chodzi o odpowiedni sposób odżywiania. Dlaczego? Najłatwiej wytłumaczyć to obrazowo. Można wyobrazić sobie dwóch mężczyzn. Jeden jest wyprostowany, opalony, dobrze zbudowany, ma prawidłową masę ciała, mocne kości, zęby i paznokcie. Drugi ma widoczną niedowagę lub, wręcz przeciwnie, znaczną nadwagę, bladą cerę z sińcami pod oczami, ma matowe włosy, plamy na paznokciach, chodzi wiecznie pochylony. Który z tych dwóch mężczyzn będzie łatwiejszą ofiarą dla przestępcy? Którego z nich będzie łatwiej zaatakować i zabrać mu portfel? Oczywiście, tego drugiego. Pierwszy, zacnie uciekać albo będzie się bronił. To samo zrobi jego układ odpornościowy, kiedy zaatakują go wirusy czy bakterie. Zamiast się poddać, zacnie walczyć.

Autorzy książki *The Nourishing Traditions Book of Baby & Child Care* wspominają o dwóch głównych produktach, które najlepiej wykluczyć z diety, żeby wzmocnić organizm i zadbać o zdrowie. Są to przetworzone, rafinowane oleje roślinne oraz produkty, zawierające substancje słodzące, takie jak cukier, syrop glukozowo-fruktozowy i sztuczne słodziki<sup>1</sup>.

### 1.1. Produkty bogatoodżywcze

Dostarczają albo pustych kalorii, albo szkodliwych substancji, które będą osłabiać układ odpornościowy.

Zamiast nich, warto wprowadzić do codziennego jadłospisu:

- buliony,
- podroby,
- jajka,
- masło (pochodzące od krów wypasanych na łąkach),
- niepasteryzowane mleko (jeżeli jest tolerowane),
- produkty kiszone i fermentowane,
- tran (olej z wątroby dorsza),



- warzywa i owoce (najlepiej sezonowe i ekologiczne odmiany lub pochodzące ze sprawdzonego źródła)<sup>2</sup>.

Jakie właściwości mają powyższe pokarmy?

**Buliony** przygotowywane na kurzych, kaczych, wołowych, jagnięcych czy rybich kościach są bogatym źródłem żelatyny oraz aminokwasów (glicyny). Żelatyna pozwala zadbać o zdrowe kości, ścięgna, ale zapewnia również odpowiednią budowę i funkcjonowanie układu pokarmowego. Glicyna zapobiega przedostawaniu się toksyn do organizmu oraz wyrównuje poziom metioniny<sup>3</sup>.

**Rosół** jest nazywany naturalnym antybiotykiem i wykazuje działanie przeciwzapalne. Jest również bogatym źródłem magnezu, wapnia i krzemu. A co najważniejsze, w łatwy sposób można zastosować go jako dodatek do wielu potraw, jak zupy, gulasze, sosy czy nawet dodać niewielką ilość do jajecznicy<sup>4</sup>.

**Podroby**, takie jak wątroba, serce, płuca, nerki zawierają mnóstwo składników odżywczych i witamin. Są też bogatym źródłem białka w diecie.

<sup>2</sup> *Ibidem*, s. 261.

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 25–26.

<sup>4</sup> C. Carr, H. Padarin, P. Evans, *The Paleo Way For New Mums, Babies & Toddlers*, Middletown, USA Jan 2019, s. 74.

<sup>1</sup> S. Fallon Morell, T. Cowan MD, *The Nourishing Traditions Book of Baby & Child Care*, New Trends Publishing, Inc. Washington DC 2005, s. 261, 15.



**Wątróbka** dostarcza witamin z grupy B (więcej niż polecane do spożycia kasze), w tym jest produktem spożywczym, który zawiera najwięcej witaminy B12. Jest świetnym źródłem witaminy A, jako retinolu. Zawiera więcej choliny (aminokwasu) niż jajko. Ma cholesterol, którego organizm potrzebuje do produkowania hormonów płciowych. Jest doskonałym źródłem kwasu foliowego (ma go 20 razy więcej niż brokuł). A co najważniejsze, jest bogata w żelazo, które jest w wysokim stopniu biodostępne dla człowieka<sup>5</sup>.

**Serce** to źródło koenzymu Q10, na które zapotrzebowanie wzrasta po 40. roku życia. U osób suplementowanych CoQ10 zauważono lepsze funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego, zwiększoną produkcję komórek NK niszczących zmiany nowotworowe i większą ilość komórek, które naturalnie wpływają na odporność (limfocytów typu B)<sup>6</sup>.

**Nerki** dostarczają cynku, fosforu, żelaza i seleniu. Są bogatym źródłem witaminy B12 oraz koenzymu Q10<sup>7</sup>.

**Jajko** to jeden z najbardziej odżywczych pokarmów ze względu na wartości zawarte w białku i żółtku. Dużo słyszy się o tym, jak ważne jest dla człowieka białko, ale żeby to białko było jak najlepiej przyswajalne, musi zawierać komplet aminokwasów. Idealnym rozwiązaniem są białka kurzych jaj, bo chemicznie mają najbardziej zbliżoną budowę do białek ludzkie-

go organizmu. Do tego, zawierają bardzo ważny aminokwas, cholinę (odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego)<sup>8</sup>.

**Żółtka** są świetnym źródłem cholesterolu, witaminy A, D, K2 i E oraz foliny, biotyny, żelaza, cynku i seleniu<sup>9</sup>.

Jajka to przede wszystkim życie. Żeby pisklak mógł wykluć się ze swojej skorupy, wystarczy, że będzie pobierał wszystkie witaminy i minerały zawarte w środku. Do stworzenia nowego organizmu nie ma potrzeby dostarczania substancji z zewnątrz. Pisklak nie jest połączony z matką za pomocą pępowiny jak człowiek. Całe dobro znajduje się w środku! Dlatego warto zjadać jajka w całości.

**Masło** dostarcza witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, K2 i E – odpowiedzialnych za prawidłową pracę całego organizmu, a zwłaszcza mózgu. Zawiera selen, miedź, cynk, chrom oraz jod – niezbędny do należytego funkcjonowania tarczycy. Masło jest bogate w cholesterol, lecytynę oraz DHA – odpowiedzialne za rozwój i funkcjonowanie układu nerwowego<sup>10</sup>.

**Mleko** (jeżeli jest tolerowane) powinno być niepasteryzowane i pochodzić od krów wypasanych na łąkach. Dostarcza CLA i kwasów omega 3 oraz witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Jest źródłem wapnia, witamin z grupy B, witaminy C oraz cholesterolu<sup>11</sup>.

**Produkty fermentowane**, takie jak kefir czy jogurt są bogate w enzymy i dostarczają dobroczynnych bakterii dla układu pokarmowego. Dobre bakterie, które zasiedlają jelita odgrywają ważną rolę w kwestii odporności organizmu<sup>12</sup>.

A na koniec, **tran**, czyli olej z wątroby dorsza, który do końca II wojny światowej był traktowany jako najważniejszy suplement w walce o zdrowe kości i zęby, piękną skórę, dobry wzrok oraz odporność organizmu. Tran jest źródłem DHA oraz dwóch ważnych witamin A i D, które powinny być spożywane w odpowiedniej proporcji. Sprawdzając skład tranu, ważne, żeby stosunek witaminy A do D wynosił 10 jednostek (lub mniej) witaminy A do 1 jednostki witaminy D<sup>13</sup>.

Włączając powyższe produkty do codziennej diety, można zadbać o prawidłowe funkcjonowanie wszystkich układów organizmu, w tym układu immunologicznego. Mocny i zdrowy organizm jest mniej narażony na działanie bakterii i wirusów oraz potrafi z nimi walczyć.

## 2. CZY WARTO STOSOWAĆ SUPLEMENTY?

### 2.1. Witamina C

Poza witaminami zawartymi w żywności, warto rozważyć dodatkową suplementację, która może pozytywnie wpłynąć na odporność organizmu, zwłaszcza u osób, które często łapią przeziębienie czy grypę. Suplementacja powinna być indywidualnie dobrana. Warto skorzystać z pomocy dietetyka lub lekarza, który na podstawie badań, zdecyduje o wielkości dawki.

Wśród syntetycznych substancji, wpływających na lepsze działanie układu immunologicznego, króluje witamina C i D.

<sup>8</sup> J. Kwaśniewski, T. Kwaśniewski, *Tłuste życie*, Wyd WGP, Warszawa 2010.

<sup>9</sup> S. Fallon Morell, T. Cowan MD, *op. cit.*, s. 19.

<sup>10</sup> *Ibidem*.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> I. Wierzbicka, K. Karus-Wysocka, *Polski Przewodnik Paleo*, Wyd. Publicat, Poznań 2016, s. 73–74.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>7</sup> *Ibidem*.



**Witamina C**, czyli kwas askorbinowy, należy do grupy antyoksydantów i pełni szereg funkcji. Ma właściwości przeciwutleniające i chroni układ sercowo-naczyniowy oraz wszystkie komórki organizmu przed stresem oksydacyjnym. Witamina C niszczy wolne rodniki, które prowadzą do uszkodzeń białek i tłuszczu oraz przeciwdziała szkodliwemu działaniu bakterii w żołądku<sup>14</sup>.

Kwas askorbinowy wspomaga działanie układu odpornościowego, zwiększając aktywność komórek NK oraz limfocytów B i T, odpowiedzialnych za niszczenie drobnoustrojów patogennych i komórek nowotworowych<sup>15</sup>.

**Witaminy C** w naturalnej formie dostarczają m. in.:

- sok z dzikiej róży (470 mg/100 ml),
- czarna porzeczka (183 mg/100 g),
- kiwi (59 mg/100 g),
- grapefruit (40 mg/100 g)<sup>16</sup>.

Poniższa tabela prezentuje dzienne zalecane spożycie witaminy C. Warto jednak pamiętać, że witamina C rozpuszcza się w wodzie i jej nadmiar jest wydalany z moczem<sup>17</sup>.

Suplementy i preparaty witaminowe dostępne w aptekach, oferują jednorazową dzienną dawkę kwasu askorbinowego w wysokości 1000 mg.

Grupa (płeć i wiek)	mg wit C/osobę/dobę
Dzieci	
1–3	40
4–6	50
7–9	50
Chłopcy	
10–12	50
13–15	75
16–18	75
Dziewczęta	
10–12	50
13–15	65
16–18	65
Mężczyźni	
≥ 19	90
Kobiety	
≥ 19	75
ciąża	
< 19	80
≥ 19	85
laktacja	
< 19	115
≥ 19	120

Źródło: IZZ, *Normy żywienia dla populacji Polski*, Wyd. IZZ, Warszawa 2017.

<sup>14</sup> K. Janda, M. Kasprzak, J. Wolska, *Witamina C – budowa, właściwości, funkcje i występowanie*, Pom J Life Sci 2015, 61, 4, 419–425.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

<sup>16</sup> T. Dangel, *Żywność niskowęglowodanowa i suplementacja w ciąży*, Wyd. Tomasz Dangel, Warszawa 2017.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

## 2.2 Witamina D

**Witamina D** odpowiada m. in. za regulowanie gospodarki wapniowo-fosforanowej. Odgrywa ważną rolę w funkcjonowaniu układu odpornościowego, sercowo-naczyniowego i nerwowego oraz prewencji cukrzycy i chorób nowotworowych<sup>18</sup>.

Witamina D wykazuje działanie przeciwzapalne – zmniejsza poziom prozapalnych cytokin, powodując wzrost przeciwzapalnych. Może być też dobrym lekarstwem w chorobach dróg oddechowych, bo hamuje rozwój wielu bakterii<sup>19</sup>.

Opalanie na słońcu prowadzi do powstawania w skórze witaminy D, ale na produkcję mają wpływ: „szerokość geograficzna, pora roku i dnia, zanieczyszczenie powietrza, zachmurzenie, zawartość melatoniny w skórze, blizny po oparzeniu, użycie filtrów przeciwsłonecznych, wiek, powierzchnia ciała zasłoniętego przez ubranie, stężenie cholesterolu we krwi i otyłość”<sup>20</sup>.

Poniższa tabela przedstawia dzienną zalecaną suplementację.

Wiek	Dawka IU/dobę
0–6 m. ż.	400
6–12 m. ż.	400–600
1–18 r. ż.	600–1000 (w zależności od masy ciała, w miesiącach od września do kwietnia oraz przez cały rok przy niewystarczającej syntezie skórnej w okresie letnim)
18–65 r. ż.	800–2000 (w zależności od masy ciała w miesiącach wrzesień – kwiecień oraz przez cały rok przy niewystarczającej syntezie skórnej w miesiącach letnich.)
>65 r. ż.	8000–2000 (zależnie od masy ciała, przez cały rok, ze względu na obniżoną efektywność syntezy skórnej)

Źródło: IZZ, *Normy żywienia dla populacji Polski*, Wyd. IZZ, Warszawa 2017.

Przed wdrożeniem suplementacji warto zbadać poziom witaminy D w organizmie, wykonując oznaczenie 25(OH)D3 z krwi. Poziom niższy niż 20 ng/ml oznacza znaczny niedobór i konieczność wprowadzenia indywidualnie dobranej suplementacji. Wartości pomiędzy 30 a 50 ng/ml oznaczają prawidłowy poziom i wtedy suplementacja może pozostać na poziomie zalecanym w tabeli. Wartości między 50 a 100 ng/ml to stężenie wysokie, które wymaga utrzymania lub zmniejszenia.

<sup>18</sup> Z. Zdrojewicz, E. Chruszczewska, M. Miner, *Wpływ witaminy D na organizm człowieka*, Med Rodz 2015; 2(18): 61–66.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

<sup>20</sup> T. Dangel, *op. cit.*, s. 138.

szenia suplementowanej dawki. Jeśli wyniki będzie wyższy niż 100 ng/ml to trzeba powstrzymać się od przyjmowania witaminy D do czasu aż wyniki powrócą do normy<sup>21</sup>.

### 3. JAKIE NATURALNE METODY STOSOWAĆ?

Pojawia się pytanie, co zrobić, kiedy mimo stosowanych zabiegów, organizm zacznie niedomagać. Czy lepiej zażyć popularne niesteroidowe leki przeciwzapalne czy stosować naturalne metody lecznicze? Co zrobić w przypadku wystąpienia konkretnych dolegliwości?

Udowodniono, że zioła działają stymulująco dla układu odpornościowego, zmuszając go do pracy i podjęcia walki, podczas gdy leki przeciwbólowe dążą do obniżenia skuteczności jego funkcjonowania<sup>22</sup>.

Dlatego najlepiej zaopatrzyć się w: kurkumę, goździki, tymianek, imbir, cebulę i czosnek, zaczynać ziołowe kuracje przed przyjmowaniem syntetycznych substancji, dając organizmowi czas na zwalczanie drobnoustrojów chorobotwórczych w naturalny sposób.

#### 3.1. Kurkuma

Po pierwsze, można zaopatrzyć się w kurkumę. Żółta przyprawa jest zaliczana do tych ziół, które mają najsilniejsze działanie przeciwzapalne. Stan zapalny często jest wywoływany przez gen COX-2, a kurkuma działa jak silny środek łagodzący zapalenie, nie powodując przy tym skutków ubocznych. Swoje działanie zawdzięcza grupie antyoksydantów, z których najważniejszym jest kurkumina<sup>23</sup>.

Antyoksydanty pomagają organizmowi bronić się przed uszkodzeniami komórek, które prowadzą do zapalenia. Ludzie mają naturalną zdolność do ich generowania, która spada wraz z wiekiem. Najczęściej po przekroczeniu 25 roku życia. Kiedy produkcja zwalnia, ważne, żeby dostarczać organizmowi antyoksydantów

z zewnątrz, np. zjadając jagody, warzywa czy właśnie przygotowując potrawy kurkumą<sup>24</sup>.

Stan zapalny to nic innego jak reakcja obronna organizmu na wirusy czy bakterie. W zdrowym ciele, w miejscu, dotkniętym zapaleniem, zbierają się leukocyty, które próbują uzupełnić niedobory w komórkach i usunąć przyczynę ich uszkodzenia. Czasami jednak, trzeba im pomóc<sup>25</sup>.

**Kurkuma** jest tajną bronią w walce z przeziębieniem. Kiedy pojawiają się pierwsze symptomy to warto przygotować „złote mleko”.

Składniki:

- 1 szklanka mleka (krowiego albo roślinnego),
- 1 łyżeczka kurkumy,
- 1/2 łyżeczki imbiru,
- 1 łyżeczka cynamonu,
- szczypta pieprzu,

<sup>21</sup> Medicover, *Badania poziomu witaminy D*, <https://www.medicover.pl/witamina-d/> (dostęp: 01.09.2019).

<sup>22</sup> J. Zięba, *Ukryte terapie. Czego ci lekarz nie powie*, Część 1, Wyd. Egida Consulting Sp. z o.o. sp. j, Rzeszów 2016.

<sup>23</sup> L. Nertby Aurell & M. Clase, *Food Pharmacy*, Wyd. Otwarte, Kraków 2017.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

- 1 łyżeczka miodu,
- 1 łyżeczka masła lub oleju kokosowego<sup>26</sup>.

Wykonanie: wszystkie składniki umieścić w garnku, dokładnie wymieszać i podgrzewać, nie doprowadzając do wrzenia. Kiedy „złote mleko” jest już gorące to należy zdjąć garnek z ognia i odstawić pod przykryciem na 5 minut. Potem zamieszać, przelać do szklanki i wypić jeszcze ciepłe. Napój ma też świetne działanie rozgrzewające.

Po drugie, warto mieć w kuchennej szafce goździki.

#### 3.2. Goździki

**Goździki** kojarzone są z zimową przyprawą, bo są wykorzystywane do zdobienia pomarańczy i uzyskania charakterystycznego korzennego zapachu w domu. Ale warto pamiętać, że mają bardzo silne właściwości antyoksydacyjne. Działają przeciwzapalnie, znieczulająco i rozgrzewająco. Żeby złagodzić ich mocny smak, warto mieszać je z imbirem czy cynamonem<sup>27</sup>.

#### 3.3. Tymianek

Po trzecie, w domowych kuracjach, można wykorzystać **tymianek**.

W książce *Zioła czynią cuda*, Andrzej Skarżyński pisze, że tymianek pochodzi z starożytnego Egiptu, gdzie od początku potwierdzano jego właściwości bakteriobójcze. To właśnie tam, jakieś 3500 lat temu, używano oleju tymiankowego do balsamowania zwłok. Później, popularne zioło, przejęli zarówno Grecy jak i Rzymianie. Służyło im jako lek, kadzidło i przyprawa. Ciekawostką jest znaczenie greckiego słowa *thymos*, które oznaczało siłę i męstwo, ale i czasownik odkażać. Do Polski tymianek sprowadzili zakonnicy, około XVI wieku, i został po dzień dzisiejszy. Już wtedy używano go do leczenia ran, a kobiety przygotowywały napar do kąpieli, który rzekomo wpływał na powiększanie się piersi<sup>28</sup>.

W tymianku znajdują się m. in. kwasy organiczne, witamina B, mikroelementy oraz inne substancje o działaniu antybiotycznym. Autor wspomina, że zioło działa uspokajająco na układ nerwowy, wykrztuśnie, ale i antybakteryjnie<sup>29</sup>.

Tymianek świetnie sprawdzi się na bolące gardło. Wystarczy przygotować ziołowe żelki na bazie tymianku, goździków i imbiru, które działają przeciwzapalnie i łagodząco.

Składniki:

- 4 łyżki suszonego tymianku
- 6 goździków
- 3 ½ łyżki żelatyny
- ½ łyżeczki sproszkowanego imbiru
- 2 łyżki miodu.

Wykonanie: wlać szklankę gorącej wody do miski, dodać tymianek, goździki i żelatynę. Mieszać do momentu aż żelatyna całkiem się rozpuści. Odczekać 10 minut. Dodać imbir i miód. Mieszać aż miód się rozpuści. Przelać miksturę przez gęste sito, usuwając tymianek i goździki. Potem wlać odcedzony wywar do silikonowej tacki na lód (10 ml do jednego wglę-

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

<sup>28</sup> A. Skarżyński, *Zioła czynią cuda*, Wyd. Comes, Kraków 1994.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

bienia). Umieścić tackę w zamrażarce na 15 min. Wyjąć zastygnięte żelki, przełożyć do słoika i przechowywać w lodówce<sup>30</sup>.

Wspominając o antybakteryjnych właściwościach tymianku, warto dodać, że naukowcy z Uniwersytetu w Leeds prowadzili badania nad skutecznością zioła w walce z trądzikiem. Artykuł, pochodzący z 2013 roku, mówi, że tymianek jest bardziej efektywny w zabijaniu bakterii, powodujących trądzik, niż tradycyjne chemiczne kremy. Ta teoria była wygłoszona na konferencji *Society for General Microbiology's* w Dublinie. Mówiono o tym, że tradycyjne środki do walki z trądzikiem, zawierające nadtlenek benzoilu, mają mnóstwo skutków ubocznych i powodują uczucie pieczenia, i podrażnienie skóry. Natomiast, przeprowadzone badania pokazały, że skuteczność tymianku jest porównywalna do wspomnianych środków chemicznych<sup>31</sup>.

### 3.4. Cebula

A na koniec, kilka słów o znanym i sprawdzonym sposobie na uporczywy kaszel – syropie z cebuli.

**Cebula** jest używana od tysięcy lat zarówno w kuchni jak i medycynie naturalnej. Ma właściwości antybakteryjne i przeciwnowotworowe, a jej regularna konsumpcja wpływa pozytywnie na odporność i trawienie. Nawet małe ilości cebuli, dodane do codziennej diety, oddziałują korzystnie na poziom lipidów oraz funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego<sup>32</sup>.

Cebula, stosowana w trakcie przeziębienia czy grypy, powoduje szybsze oczyszczanie się górnych dróg oddechowych ze śluzu i może być naturalnym lekarstwem w walce z katarrem<sup>33</sup>.

Syrop na kaszel, bolące gardło i chrypę to połączenie antybakteryjnego działania miodu oraz przeciwzapalnych właściwości cebuli.

Składniki:

- ½ cebuli
- 3 łyżki miodu
- 3-4 gałązki tymianku (opcjonalnie)
- ½ łyżeczki imbiru (opcjonalnie).

Wykonanie: Cebulę drobno pokroić i przełożyć do małej miski. Opcjonalnie: dodać tymianek i starty korzeń imbiru. Na wierzchu dodać miód. Przykryć i zostawić na 8–12 godzin w temperaturze pokojowej, do czasu aż cebula puści sok. Potem odcedzić i przełożyć do szklanego słoika z zakrętką. Przechowywać w lodówce<sup>34</sup>.

Powyższe domowe sposoby na walkę z infekcjami mogą sprawdzić się na samym początku wystąpienia objawów choroby. Warto najpierw wypróbować naturalne środki przeciwzapalne, a dopiero w drugiej kolejności sięgać po specyfiki z apteki. Jeżeli nie następuje poprawa albo objawy choroby się zaostrzają to warto skonsultować się z lekarzem, który indywidualnie dostosuje lekarstwa i ich dawkę do pacjenta.

<sup>30</sup> C. Carr, H. Padarin, P. Evans, *op. cit.*, s. 63.

<sup>31</sup> Leeds Beckett University, *Thyme for a more natural cure to acne*, <http://www.leedsbeckett.ac.uk/news/thyme-for-a-more-natural-cure-to-acne/>, Listopad 2013.

<sup>32</sup> K. Wala, M. Kuczyńska, Z. Zdrojewicz, *Cebula – niedocenione źródło korzyści terapeutycznych*, *Med Rodz* 2019; 22(1):41–46.

<sup>33</sup> *Ibidem*.

<sup>34</sup> C. Carr, H. Padarin, P. Evans, *op. cit.*, s. 64.



## 4. PODSUMOWANIE

Dbając o odporność organizmu, warto działać wieloetapowo.

Na początku najlepiej zastanowić się na produktami, które pojawiają się w codziennej diecie. Należy wykluczyć lub ograniczyć produkty przetworzone, bogate w rafinowane oleje roślinne, cukier i substancje słodzące, a wprowadzić bogatoodżywcze pokarmy, które dostarczają wielu witamin i minerałów. Pozwoli to zadbać o wzmocnienie organizmu.

U osób, które często chorują, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym może sprawdzić się dodatkowa suplementacja witaminą C (zarówno pochodzenia naturalnego jak i syntetycznego) i D (także przebywanie na słońcu).

W przypadku wystąpienia przeziębienia czy grypy można eksperymentować z domowymi, naturalnymi sposobami, wykorzystując zioła i przyprawy o działaniu przeciwzapalnym i antybakteryjnym. Dopiero w ostateczności sięgać po syntetyczne środki przeciwbólne i zawsze konsultować ich spożycie z lekarzem.

## LITERATURA

- A. Skarzyński, *Zioła czynią cuda*, Wyd. Comes, Kraków 1994.
- C. Carr, H. Padarin, P. Evans, *The Paleo Way For New Mums, Babies & Toddlers*, Middletown, USA Jan 2019.
- I. Wierzbicka, K. Karus-Wysocka, *Polski Przewodnik Paleo*, Wyd. Publicat, Poznań 2016.
- IZZ, *Normy żywienia dla populacji Polski*, Wyd IZZ, Warszawa 2017
- J. Kwaśniewski, T. Kwaśniewski, *Tłuste życie*, Wyd WGP, Warszawa 2010.
- J. Zięba, *Ukryte terapie. Czego ci lekarz nie powie. Część 1*, Wyd. Egi-da Consulting Sp. z o.o. sp. j, Rzeszów 2016
- K. Janda, M. Kasprzak, J. Wolska, *Witamina C – budowa, właściwości, funkcje i występowanie*, *Pom J Life Sci* 2015, 61, 4, 419–425.
- K. Wala, M. Kuczyńska, Z. Zdrojewicz, *Cebula – niedocenione źródło korzyści terapeutycznych*, *Med Rodz* 2019; 22(1):41–46.
- L. Nertby Aurell & M. Clase, *Food Pharmacy*, Wyd. Otwarte, Kraków 2017.
- Leeds Beckett University, *Thyme for a more natural cure to acne*, <http://www.leedsbeckett.ac.uk/news/thyme-for-a-more-natural-cure-to-acne/>, Nov 2013.
- Medicover, *Badania poziomu witaminy D*, <https://www.medicover.pl/witamina-d/> (dostęp: 01.09.2019).
- S. Fallon Morell, T. Cowan MD, *The Nourishing Traditions Book of Baby & Child Care*, New Trends Publishing, Inc. Washington DC 2005.
- T. Dangel, *Żywnie niskowęglowodanowe i suplementacja w ciąży*, Wyd. Tomasz Dangel, Warszawa 2017.
- Z. Zdrojewicz, E. Chruszczewska, M. Miner, *Wpływ witaminy D na organizm człowieka*, *Med Rodz* 2015; 2(18): 61–66.

# PIELĘGNIARSTWO – ROZWÓJ I PROFESJONALIZACJA

Alicja Gościewicz  
Aleksandra Graca

Studentki II roku pielęgniarstwa w PWSZ w Głogowie

*Nie ma jutra bez dzisiaj.  
Dzisiejszy dzień jutro będzie dniem wczorajszym.  
A ten to już historia. Znajomość własnych korzeni daje poczucie  
przynależności, więzi, dumy, poczucie tożsamości zawodowej.  
Inspiruje i dodaje sił do pracy na rzecz rozwoju profesji.*

Krystyna Wolska-Lipiec

## WSTĘP

Pielęgniarstwo to zawód, który bardzo ewoluował. Na przestrzeni ponad 150 lat przeszedł ogromną zmianę. Kiedyś wykonywany przez kobiety z niskiej sfery społecznej (w większości wypadków), dzisiaj przez wykwalifikowany i wyspecjalizowany personel. Niewątpliwie na wyróżnienie zasługuje Florence Nightingale, która przewróciła świat pielęgniarstwa do góry nogami. Była kobietą wykształconą, odważną, obdarzoną niezwykłymi zdolnościami organizacyjnymi, zaangażowaną w podniesienie poziomu opieki szpitalnej i pielęgniarstwa. Dzięki niej zawód pielęgniarki wzniósł się na wyższe szczeble w hierarchii wartości zawodów.

We współczesnym świecie spostrzeganie pielęgniarstwa, jak i samych pielęgniarek rośnie. Zawód zyskuje coraz większe uznanie wśród społeczeństwa, chociaż dalej można spotkać i złe opinie. Świadomość ludzi rośnie. Coraz częściej dostrzegają trudy tej profesji, poświęcenie i zaangażowanie personelu medycznego. Wiedzą, że to pielęgniarka jest „motorkiem napędowym” szpitali, przychodni. To one dbają o pacjentów, wykonują zlecenia lekarskie, rejestrują, rehabilitują, karmią, tak wymieniać można długo. Jednak nie zawsze tak było, nie zawsze zawód ten był reprezentatywny, godny zaufania i cenniony. Przez pewien czas był nawet spostrzegany jako zło konieczne i przynosił hańbę. Ciężko porównywać pielęgniarstwo współczesne do tego sprzed 100 lat. Wyglądało zupełnie inaczej, wszystko było inne.

## ROZWÓJ PIELĘGNIARSTWA

Pielęgniarstwo ma długą historię i ciekawą genezę. Człowiek udzielający opieki kierował się różnymi wartościami, zasadami, normami, własnymi przekonaniem. Dziedzina ta pojawiała się i trwała w życiu codziennym wszystkich ludzi, niezależnie od ich kultury, religii, miejsca zamieszkania. Opieka i pielęgnacja była i jest czymś naturalnym w życiu każdego człowieka, z czasem przerodziła się w zawód. Warto podkre-

ślić, że praca pielęgniarki wykonywana była głównie przez kobiety. Zapewnienie opieki wiązało się z statusem społecznym człowieka. Było związane z praktyką lekarską. Religia miała ogromny wpływ w rozwoju pielęgniarstwa, zwłaszcza religia chrześcijańska. Instytucje religijne określały, jak postępować z drugim człowiekiem, osobą chorą. Narzucały, co można wykonać, a czego nie powinno się robić.

Przez cały okres rozwoju pielęgniarstwa zmieniało się postrzeganie tej działalności przez człowieka. Jego myślenie moralne modyfikowało się, inne były wskazania, co jest dobre, a co złe. Za najbardziej podstawową zasadę etycznego postępowania człowieka w relacjach z innymi ludźmi uznawana jest ta, która mówi, że powinien on tak postępować, jak chciałby, aby inni postępowali w stosunku do niego.

Pielęgniarstwo w swojej historii dzieli się na dwa okresy:

I. Okres przednowoczesny – od początku istnienia świata do 1860 r.

II. Okres nowoczesny, czyli wszystko to, co wydarzyło się od 1860 r. do dzisiaj.

## OKRES PRZEDNOWOCZESNY

Nie ma wątpliwości, co do faktu, iż pielęgnowanie istnieje od zarania dziejów, tak jak do faktu, że od początku istnienia człowiekowi towarzyszą choroby i urazy. Już w starożytności Hipokrates dostarczał nam wskazówek, które dziś zaliczamy do pielęgniarstwa, a mianowicie, jak podnosić, nacierać chorego czy utrzymać jego higienę. Rodziły się już wówczas różne formy opieki pielęgniarstwa, jak na przykład w czasach Cesarstwa Rzymskiego w postaci valetudinariów, będących obiektami szpitalnymi w obrębie największych zgrupowań wojsk rzymskich na granicach imperium. Miały one zwykle formę czworobocznego budynku, w którym biegł korytarz z umieszczonymi po bokach salami dla chorych, zaś środkowa część (tzw. dziedziniec) służyła do spacerów.

Ogromny wpływ na udzielanie pomocy chorym miało powstanie Chrześcijaństwa, a co za tym idzie szerzenie idei miłosierdzia. W czasach średniowiecza, dzięki dalszemu rozwojowi religii chrześcijańskiej pielęgniarstwo zostało bardziej rozpowszechnione, a w miarę dalszego procesu powstawania cywilizacji osobami, które zaczęły udzielać pomocy czy porad leczniczych stawali się kapłani. Powstawały również zgromadzenia zakonne zajmujące się opieką pielęgnacyjną, a przy klasztorach organizowano przytułki i szpitale. Warto wspomnieć, iż zakonnicy nie posiadali żadnego przygotowania do

zawodu, wiedzę swoją przekazywali poprzez własne doświadczenia i praktykę. Ważną kwestią była też pomoc podczas porodów, a także opieka nad noworodkiem i małym dzieckiem. Owa kwestia nie wymaga szczególnej wyobraźni – pomoc tą i opiekę sprawowały matki, zakonnice i inne kobiety. Było to więc intuicyjne zarzewie prymitywnego, co prawda, ale jednak – pielęgniarstwa.

Rozwój pielęgniarstwa zmieniał się na przełomie dziejów, a wszelkie zadania o charakterze pielęgnacyjnym i opiekuńczym były uwarunkowane systemami i ideami filozoficznymi danej epoki. W ascetyzmie pielęgniarstwo było powołaniem do pełnienia woli Stwórcy, poświęceniem swego życia bliżnim. W romantyzmie natomiast – epoce spontaniczności i idealizowania życia – pielęgniarstwo przejawiało się aktywną działalnością kobiet, które to spełniały marzenia o pracy pełnej oddania, często heroicznej, ale przynoszącej zadowolenie i dumę. Pragmatyzm (postulujący praktyczny sposób myślenia) z kolei sprawił, iż pielęgniarstwo traktowano instrumentalno-technicznie, a celem jego było zaspokojenie potrzeb terapeutycznych. Filozofia humanizmu zaś skupia się na człowieku jako całości, biorąc pod uwagę poza chorobą, także duszę i środowisko.

Okres pomiędzy XVI–XIX w. związany był z reformacjami i przyniósł wiele niekorzystnych dla opieki zmian. Miejsce duchownych w postudze pielęgniarstwa i sanitarnej zaczęły zajmować osoby o niskim poziomie moralnym, często z tzw. dołu społecznego, bez żadnego przygotowania zawodowego. W 1634 r. we Francji, dzięki inicjatywie św. Wincenta a Paulo (1581–1660) utworzono Filles de la Charité, czyli Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo jako odpowiedź na konkretne zapotrzebowanie społeczne. Było to zgromadzenie skupiające młode i niezamężne kobiety, które poprzez roczne śluby zobowiązywały się do posługi nad chorymi, często bezdomnymi ludźmi. Kilka sióstr przybyło do Polski w roku 1652, osiem lat później Szarytek (bo tak je w Polsce nazywano) pracowało, aż 350 w 70 zakładach. Ich działalność odcisnęła więc ślad, także w polskiej historii pielęgniarstwa, a Wincent a Paulo został tym samym wielkim prekursorem w zakresie organizacji opieki i pomocy potrzebującym.

#### OKRES NOWOCZESNY – PROFESJONALIZACJA

Do profesjonalizacji pielęgniarstwa doszło nieco ponad 150 lat temu za sprawą Florence Nightingale. Ona bowiem zainicjowała powstanie zawodu pielęgniarki i dzięki jej staraniom otwarto w szpitalu św. Tomasza w Londynie pierwszą szkołę pielęgniarstwa. Podniesienie pielęgniarstwa świeckiego do rangi zawodu oraz uznanie kształcenia pielęgniarek było więc swego rodzaju „kamieniem milowym”.

Wpływ na powstanie profesjonalnego, zorganizowanego pielęgniarstwa miały przemiany polityczno-społeczne na

świecie, a także rozwój nauk biologiczno-medycznych. Powstały wówczas międzynarodowe organizacje: Czerwonego Krzyża (1864), czy Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN, 1899), jak również narodziły się nowe definicje i teorie zdrowia, pielęgnowania, pielęgniarstwa, określenie ról oraz zadań pielęgniarek

Istotą modelu pielęgniarstwa stworzonego przez Nightingale było wspomaganie procesu zdrowienia przy minimalnym wysiłku pacjenta i troska o właściwe otoczenie w postaci świeżego powietrza, prawidłowego światła, czy też prawidłowego odżywiania. Dyscyplina w tym zakresie, wprowadzona dzięki Nightingale, poprawiła warunki sanitarne do tego stopnia, że umieralność pacjentów drastycznie spadła z 42% do 2%. Sama Florence była kobietą, która pracowała z ogromnym zapałem i poświęceniem. Mówiono, że gdy wszyscy już spali z lampą w dłoni przechadzała się po salach szpitalnych doglądając chorych. Stąd historia jej przydomka – „dama z lampą”. Swoje doświadczenie i wiedzę zawarła w wielu książkach dla pielęgniarek. Warto wspomnieć, iż w roku 1912 Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża ustanowił Medal Florence Nightingale – prestiżowe odznaczenie, przyznawane zasłużonym pielęgniarkom z całego świata.

Mimo, że mówimy o Nightingale jako o jednej z najpopularniejszych pielęgniarek w historii, nie była jedyną, dzięki której

pielęgniarstwo posunęło się mocno do przodu. Clarissa „Clara” Harlowe Barton to inna pielęgniarka z inicjatywą, której powstał Amerykański Czerwony Krzyż (1881 r.). Linda Richards (oficjalnie pierwsza wykształcona pielęgniarka Ameryki Północnej) i Agnes Elizabeth Jones przyczyniły się do powstania szkół w Stanach Zjednoczonych i Japonii w połowie wieku XIX w. Kobiety te pracowały niestrudzenie, aby zapewnić opiekę zdrowotną najwyższej jakości każdemu, kto takiej potrzebował, promując przy tym heroiczny model pielęgniarstwa, który przecież znamy do dziś. Marie Zakrzewska jest kolejnym nazwiskiem, które nie powinno być pominięte. Lekarka pochodzenia polskiego urodzona

w Niemczech, która wyjechała do USA (1853 r.) i tam utworzyła pierwszy w Bostonie szpital dla kobiet i dzieci, połączony ze szkołą dla pielęgniarek (1872 r.), a jedną z absolwentek jej szkoły była Mary Eliza Mahoney – pierwsza w Stanach Zjednoczonych – wykształcona pielęgniarka o pochodzeniu afroamerykańskim. Zakrzewska była notabene pionierką w zatrudnianiu w zawodzie pielęgniarek czarnych kobiet.

W 1895 r. powstała w Polsce, przy Szpitalu Powszechnym pierwsza szkoła dla pielęgniarek – Lwowska Szkoła Pielęgniarska, funkcjonująca do rozpoczęcia I wojny światowej, otwarta ponownie w roku 1922. Dyrektorką tej szkoły w 1937 r. została Izabela Łuszczkiewicz i pod jej kierownictwem szkoła osiągnęła najwyższy poziom. Łuszczkiewicz była absolwentką m.in. Wyższej Szkoły Pielęgniarskiej w Paryżu, z którą to szkołą utrzymywała kontakt, przenosząc do Lwowa wszelkie nowość

Kobiety pracowały niestrudzenie, aby zapewnić opiekę zdrowotną najwyższej jakości każdemu, kto takiej potrzebował, promując przy tym heroiczny model pielęgniarstwa, który przecież znamy do dziś.

ci i osiągnięcia, brała również udział w międzynarodowych zjazdach pielęgniarskich. Działalność szkoły przerwał wybuch II wojny światowej w 1939 roku, a Izabela Juszczykiewicz była aktywna podczas walk powstańczych.

Tworzenie szkół pielęgniarskich w Polsce odbywało się w utrudnionych warunkach ze względu na trwające rozbiory Polski, jednakże proces profesjonalizacji pielęgniarstwa w kraju jest długi, bo sięgający nieco ponad 100 lat.

Dynamika rozwoju pielęgniarstwa przypada na wiek XX, będący okresem szerokiego uzawodowienia pielęgniarstwa i pogłębienia zakresu jego działalności, jak również poszerzenia kwalifikacji i kompetencji pielęgniarek.

Patrząc na międzynarodową arenę pielęgniarstwa tego okresu, należy wyróżnić nazwisko Virginii Henderson (1897–1996), która to ukończywszy waszyngtońską Wojskową Szkołę Pielęgniarstwa, po latach pracy jako pielęgniarka środowiskowa, później wykładowczyni zawodu, została w 1950 r. profesorem badań naukowych. Jej definicja pielęgniarstwa została przyjęta przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek i obowiązywała na całym świecie. Spod jej pióra wyszła również pozycja *Podstawowe zasady opieki pielęgniarskiej*, przetłumaczona na dwadzieścia języków. Kierowała również projektami badawczymi, które dotyczyć miały zagadnień pielęgniarstwa. System opieki, którego była inicjatorką opierał się na teorii potrzeb Abrahama Masłowa, co oznaczało w praktyce skupienie się

na człowieku w ujęciu holistycznym, całościowo. Pielęgniarka miała asystować człowiekowi i pomagać mu w czynnościach, na które nie miał sił z różnych przyczyn, motywować go do wykonywania czynności i dostarczać mu wiedzy. W jej opinii profesja pielęgniarstwa i opieki nad chorym polegała na tym, że trzeba było najpierw zgromadzić wszelkie dane, zaplanować opiekę, zrealizować plan działania i ocenić jego wyniki. Imieniem Henderson nazwano w późniejszym czasie Międzynarodową Bibliotekę Pielęgniarstwa w Indianapolis (USA).

Warto w tym miejscu również wspomnieć o postaci Dorothea Orem (1914–2007, USA), która zawód pielęgniarki wykonywała od szesnastego roku życia i również została profesorem. Wydała liczne publikacje, m.in. *Nursing concepts of practice* (Koncepcja praktyki pielęgniarskiej). Scharakteryzowała w niej własną koncepcję, a najważniejszym pojęciem w tej koncepcji była samoopieka – realizowanie działań w stosunku do siebie samego w celu utrzymania dobrego zdrowia, samopoczucia, życia.

Wracając do sytuacji pielęgniarstwa w Polsce, w roku 1911 powstała w Polsce, w Krakowie Szkoła Zawodowych Pielęgniarek Stowarzyszenia Panien Ekonomek św. Wincentego à Paulo. Członkinie tegoż stowarzyszenia były aktywne charytatywne. Działyły wśród osób najbiedniejszych w ramach wolontariatu, pomagając siostrze miłosierdzia. Wybuch pierwszej wojny światowej spowodował zamknięcie szkoły, a nauczy-

cielki i uczennice podjęły działania na froncie i w szpitalach. W 1921 r. powstała Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa. Jej absolwentki cieszyły się wielkim uznaniem i szacunkiem, a uczelnia była jedną z najlepszych szkół w Europie. W tym samym roku, z inicjatywy Polskiego Czerwonego Krzyża działalność rozpoczęła Poznańska Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa. Szkoła ta powstała w bardzo skromnych warunkach, bo w prywatnym domu, aczkolwiek miała na celu gruntownie wykształcić swoje przyszłe profesjonalne pielęgniarki. W 1925 roku w Krakowie powstała Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia, swój udział w jej powstaniu miały Maria Epstein i Anna Rydlówna (uhonorowana później Medalem Florence Nightingale) – absolwentki Szkoły Pielęgniarek Zawodowych

Pań Ekonomek pod wezwaniem Wincentego a Paulo. Kolejnym istotnym faktem było utworzenie w 1925 r. pierwszej organizacji zawodowej – Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Weszło ono w skład Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i pozwoliło tym samym na czerpanie pomocy i doświadczeń organizacji międzynarodowych. Innym ważnym osiągnięciem było wydanie pierwszego czasopisma zawodowego „Pielęgniarka Polska” (wydawane było w latach 1929–1939, wznowione w latach 1948–1958). Znajdowały się w nim publikacje dotyczące różnych dziedzin pielęgniarstwa, jak również problematyka zdrowia publicznego. Pierwszą redaktorką naczelną czasopisma była Hanna Chrzanowska, będąca też

autorką kilku pozycji dotyczących pielęgniarstwa. W jej dorobku literackim znalazł się podręcznik *Zabiegi pielęgniarskie* (współautorką była Teresa Kulczyńska), *Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej*, a także *Rachunek sumienia pielęgniarki*, który był rozdawany uczestnikom corocznych rekolekcji dla pielęgniarek przez nią organizowanych. Przy szkołach pielęgniarskich zaczęły powstawać Stowarzyszenia Absolwentek i kolejnym krokiem naprzód było zarejestrowanie tychże w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, a celem ich było „podtrzymywanie łączności zawodowej i koleżeńskiej, dążenie do rozszerzenia i wzbogacenia wiedzy nabytej w szkole i doświadczeń wyniesionych z pracy”. Innym osiągnięciem tego okresu w Polsce było powołanie pielęgniarek wojewódzkich i uchwalenie pierwszej ustawy o pielęgniarstwie przez Sejm (1935 r.), która to określała zasady kształcenia pielęgniarek, nabywania przez nie uprawnień i wykonywania zawodu i opisywała zakres obowiązków. Pielęgniarstwo postępowało w Polsce szybko i dynamicznie i niosło za sobą prestiż i tożsamość zawodową, a w 1938 r. członkinie Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych otrzymały prawo w głosowaniu do Senatu.

Niestety II wojna światowa, a co za tym idzie okupacja hitlerowska, odcisnęła ślad w pielęgniarstwie polskim, nastąpiła przerwa w jego rozwoju. Pielęgniarki pomagały w obronie kraju, wspierały żołnierzy i same działały na wszystkich frontach, organizując np. szpitale polowe. Ogromna ich liczba poniosła

Dynamika rozwoju pielęgniarstwa przypada na wiek XX, będący okresem szerokiego uzawodowienia pielęgniarstwa i pogłębienia zakresu jego działalności, jak również poszerzenia kwalifikacji i kompetencji pielęgniarek.

wówczas śmierć, bądź były więzione. Po zakończeniu wojny pomagały w odbudowie kraju, jak i własnego zawodu. Nastąpił ponowny wzrost liczby szkół pielęgniarskich, zmienił się program kształcenia. Dominowały licea i szkoły policealne, aczkolwiek pomimo wzrostu liczby absolwentów wiele etatów służby zdrowia było nieobsadzonych ze względu na niskie płace.

W 1957 r. powstało Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, kilka lat później (1969 r.) w Lublinie powołano Studium Pielęgniarstwa, przekształcone w 1972 r. w Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej, w kolejnych latach wydziały takie zaczęto tworzyć w innych miastach (Katowice, Kraków, Poznań, Wrocław), a w 1973 r. w Lublinie rozdano pierwsze dyplomy magistra pielęgniarstwa.

Koniec lat 90. XX wieku to dostosowywanie standardów kształcenia pielęgniarek do wymogów Unii Europejskiej. Dziś wszystkie nowe absolwentki szkół pielęgniarskich posiadają wykształcenie wyższe licencjackie, wiele z nich posiada tytuł magistra, mamy w szeregach naszego zawodu doktoraty oraz kilkoro profesorów. Kształcenie prowadzone jest w uczelniach wyższych publicznych i niepublicznych. Posiadamy bogatą kadrę naukową, jak również własny samorząd zawodowy i ustawę mówiącą o autonomii zawodowej pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarstwo cieszy się coraz większym uznaniem nie tylko na płaszczyźnie praktyki, ale także jako odrębna dziedzina naukowa. Wiedzę pielęgniarki zdobywają dynamicznie i aktywnie, doskonalą swe umiejętności i podnoszą kwalifikacje w przeciągu swojego życia zawodowego, a formy i treść kształcenia zostały dopasowane do wymogów Unii Europejskiej i są odpowiednią na współczesne wyzwania cywilizacji. Warto zaznaczyć, iż pielęgniarstwo rozwija się „dwutorowo”. Mamy na myśli pielęgniarstwo szpitalne oraz środowiskowe. W tym pierwszym, stanowiącym opiekę profesjonalną szybko wyodrębniono subdyscypliny, m.in. pielęgniarstwo pediatryczne, chirurgiczne, neurologiczne itd. Środowiskowe zaś niesie pomoc ludziom zarówno chorym i zdrowym w miejscu ich zamieszkania, czy też pracy (np. pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących). Pielęgniarka współcześnie jest samodzielnym pracownikiem ochrony zdrowia, partnerem dla współpracowników medycznych oraz adwokatem i partnerem dla pacjenta.

### ORGANIZACJE PIELĘGNIARSKIE

Wraz z rozwojem pielęgniarstwa powstawały różne organizacje skupiające pielęgniarki w Polsce i na świecie. Oto niektóre z nich:

a) na świecie:

- powstanie pierwszej szkoły pielęgniarstwa imienia Florencji Nightingale (co prawda to nie stowarzyszenie, ale wydarzenie, które wszystko zapoczątkowało),
- 1869 – Organizacja Pielęgniarek Wykwalifikowanych – Stany Zjednoczone Ameryki Północnej,
- 1887 – Brytyjskie Towarzystwo Pielęgniarskie,
- 1898 – Fińskie Towarzystwo Pielęgniarskie,
- 1899 – powstanie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek.

b) w Polsce:

- 1919 – Towarzystwo Polskiego Czerwonego Krzyża,
- 1.05.1920 – Klub Pielęgniarek,
- 1923 – Stowarzyszenie Absolwentek Szkół Pielęgniarskich,

- 1931 – 1936 – Związek Zawodowych Pielęgniarek Społecznych Rzeczypospolitej,
- 1957 – Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie,
- 1991 – samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych.

### SYMBOLE ZAWODOWE

Pisząc o historii pielęgniarstwa, nie sposób pominąć jednej z ważniejszych dat. Chodzi o 12.05.1820 r. – datę urodzenia Florencji Nightingale. To właśnie 12 maja został wybrany i ogłoszony jako Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek. W ten sposób ta grupa zawodowa została doceniona i wyróżniona. Ten dzień każda pielęgniarka powinna doskonale znać, ale nie tylko jako swoje święto, również część historii, która się rodziła w tym dniu. Warto dodać, że pielęgniarki mają również patronów, są nimi: św. Agata Sycylijka, św. Jan Boży, św. Kamil, św. Katarzyna ze Sieny, św. Marcin de Porres.

Nieodłącznym elementem historii jest symbolika. Każdy kojarzy pielęgniarkę ze schludnym strojem – zazwyczaj mundurkiem oraz czepkiem. Należy wiedzieć, że ta profesja to nie tylko ewolucja nauczania, ale także zmiana w stroju zawodowym, wyglądzie, a przede wszystkim tradycja. Można więc zapytać, czym jest tradycja? Jest to przekazywanie informacji, zachowań, poglądów, norm postępowania. Przykładem może być „czepkowanie”. Jest to uroczystość, na której absolwentki szkół oficjalnie zostają pielęgniarkami, wręcza im się czeppek pielęgniarski.

Do symboli zawodowych zalicza się:

- Czepek pielęgniarski (teraz już nie noszony przez pielęgniarki), Mundur pielęgniarski (do dzisiaj pielęgniarki mają swoje mundurki, chociaż trzeba przyznać, że są już bardziej zróżnicowane i kolorowe),
- Hymn pielęgniarski,
- Lampka oliwna – „lampka Nightingale” (międzynarodowy symbol pielęgniarek).



## ZASŁUŻONE PIELEŃNIARKI POLSKIE

Na całym świecie były lub są pielęgniarki, które wpłynęły na rozwój tego zawodu. Mają na swoim koncie zasługi, osiągnięcia. Cechowały się determinacją, uporem, mocnym charakterem i walką o zawód, który po prostu kochały. Dużo pielęgniarek zostało odznaczonych medalami, orderami itp. Najbardziej znana jest oczywiście Florencja Nightingale.

Warto wymienić kilka Polskich pielęgniarek, które można uznać za wybitne: **Anna Rydlówna** (1884–1969) – była inspiracją dla Stanisława Wyspiańskiego, była prototypem jednej z bohaterek „Wesela” – Haneczki. Prowadziła szkolenia ochotniczego personelu pielęgniarskiego w szpitalach wojskowych i epidemicznych oraz organizowała szpitale epidemiologiczne. Uchonorowana wieloma odznaczeniami, m.in. Medalem Florence Nightingale i Złotym Krzyżem Zasługi.

**Zofia Szlenkier** (1882–1939) – cały majątek jaki odziedziczyła po rodzicach przeznaczyła na finansowanie szpitali, sama zaś żyła skromnie. Była jednym z członków-założycieli Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Przez wiele lat była członkiem Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa oraz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. W 1935 r. otrzymała Międzynarodowy Medal Florence Nightingale, a wcześniej – papieski order „Pro Ecclesia et Pontifice”.

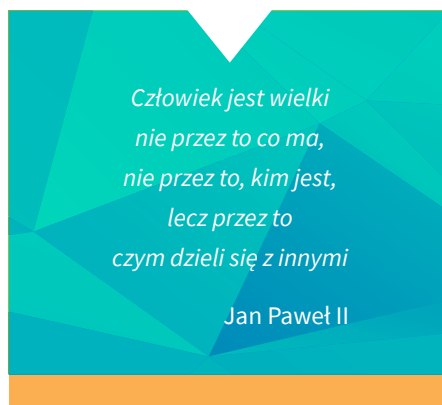
**Hanna Chrzanowska** (1902–1973) – została beatyfikowana w 2018 roku, prekursorka pielęgniarstwa domowego oraz parafialnego. Działała charytatywnie. Brała udział w przygotowaniu Ustawy o Pielęgniarstwie oraz współorganizowała Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Otrzymała Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski.

**Anna Kaczmarczyk** – ostatnia polska pielęgniarka, która została uhonorowana Medalem Florence Nightingale. Pierwsza kobieta w kompanii szturmowej. W 2009 r. wyjechała z misją do Afganistanu.

## PODSUMOWANIE

W ostatnich latach systematycznie wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a co za tym idzie zwiększa się popyt na kadrę pielęgniarską, a proces starzenia się społeczeństwa dynamicznie postępuje. Powszechny jest ogrom chorób cywilizacyjnych, przewlekłych, a w związku z tym wzrasta zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Rozwój oczekiwań społeczeństwa tworzy nowe wymagania i wyzwania, jednocześnie stwarzając wiele możliwości dla pielęgniarstwa. Rodzą się coraz to nowsze technologie medyczne, które wymagają pogłębiania wiedzy i umiejętności pielęgniarek do ich wykorzystania. Przedstawiciele zawodu posiadają obecnie ogromny wachlarz umiejętności. Aby móc jeszcze bardziej zwiększyć dostępność i jakość usług naszego zawodu, profesja pielęgniarki musi być wspierana bardziej, niż dotychczas przez władze rządowe i samorządowe. Powinny one inwestować w edukację pielęgniarską i poprawić ich niskie płace, mając na uwadze obciążenia fizyczne i psychiczne, a tych przecież w zawodzie niemało (nie dziwi więc fakt szybkiego wypalenia zawodowego). Oczywiście bowiem jest, iż zarobki powinny być równie wysokie do stopnia

odpowiedzialności i adekwatne do umiejętności. Może wówczas wyeliminuje się deficyt kadry i zmniejszy migrację zarobkową wśród pielęgniarek. Potrzeba zmian w systemie pielęgniarstwa jest nieodwołalna, tak, by osoby wykonujące w Polsce ten zawód miały poczucie sensu swojej pracy i finansowej satysfakcji.



## BIBLIOGRAFIA

- Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo ćwiczenia*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2014.
- Dobińska Ż., *Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce*, „Polski przegląd nauk o zdrowiu”, 2014., s. 172–175.  
[http://www.przeglad.amp.edu.pl/uploads/2014/2/172\\_2\\_39\\_2014.pdf](http://www.przeglad.amp.edu.pl/uploads/2014/2/172_2_39_2014.pdf).
- Górajek-Jóźwik J., Widomska-Czekajka T., *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Jeziarska M. B. (red), *Pochylone nad człowiekiem: z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921–1945*, PWN, Warszawa 1991.

Kolasińska J., *Rozwój pielęgniarstwa – powstanie i rozwój zawodu, profesjonalizacja i unaukowanie*, „W cieniu czepek”, 5 (211), Maj 2009, Wrocław–Legnica, ISSN 1425-6584, s. 6–9, dostępny w internecie: [https://www.doipip.wroc.pl/download/pl/import/czepek\\_maj\\_098.pdf](https://www.doipip.wroc.pl/download/pl/import/czepek_maj_098.pdf).

Kucharzewski M. (i in.) *Szpitala i lekarze armii Cesarstwa Rzymskiego*. „Leczenie Ran”. 11 (2), s. 85–90, 2014, dostępny w Internecie: <https://evereth.pl/szpitala-i-lekarze-armii-cesarstwa-rzymskiego/>.

Mariański J., Wrońska I., *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2002.

Poznańska S., *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*, PZWL, Warszawa, 1988.

Ślusarska B., Zahradniczek K., Zarzycka D., *Podstawy pielęgniarstwa*, tom I, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015.

Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

Zahradniczek K., *Pielęgniarstwo, podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 2006.

## Strony internetowe

<http://bydgoszcz.naszemiasto.pl/artukul/medyczna-sroda-pielęgniarstwo-nie-tylko-zawod,3216511,art,t,id,tm.html> stan na 28.03.2019.

<https://everethnews.pl/newsy/od-wiekow-pochylone-nad-chorym-historia-pielęgniarstwa/> stan na 04.04.19.

<http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/> stan na 2.04.2019.

[http://nursing.com.pl/Standard\\_Teorie\\_pielęgniowania\\_Virginia\\_Henderson\\_Dorothea\\_Orem\\_Callista\\_Roy\\_383.html](http://nursing.com.pl/Standard_Teorie_pielęgniowania_Virginia_Henderson_Dorothea_Orem_Callista_Roy_383.html), stan na 04.04.19.

<https://www.nursingschoolhub.com/history-nursing/>, stan na 04.04.19.

<http://www.parafiawincetegoapaulo.pl/pat.html>, stan na 30.03.2019.

[http://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer\\_wydania=2931&art=3](http://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer_wydania=2931&art=3) stan na 2.04.2019.

<http://www.wmpp.org.pl/pl/tlo-historyczne.html>, stan na 30.03.2019.

<https://www.thoughtco.com/marie-zakrzewska-doctor-3529950>, stan na 04.04.19

<https://www.womenshistory.org/articles/evolution-nursing>, stan na 04.04.19

Artykuł napisany pod kierunkiem  
dr n. med. mgr piel. Elżbiety Garwackiej-Czachor



# POŻEGNANIE

*Z żalem żegnamy naszą Koleżankę Pielęgniarkę*

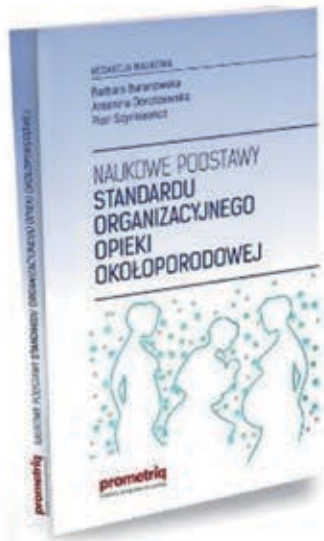
**śp. WIESŁAWĘ MRUK**

*Nie umiera ten, kto trwa w sercach i w pamięci naszej.*

*Są pożegnania, na które nigdy nie będziemy gotowi.  
Są słowa, które zawsze wywoływać będą morze łez i są takie osoby,  
na których myśl zawsze zasypie nas lawina wspomnień.*

*Pielęgniarki i Pracownicy Centrum Usług Medycznych  
„Eskulap” Sp z o.o. w Świdnicy*





### **NOWOŚĆ**

Obowiązkowa pozycja w gabinecie każdego lekarza-położnika i nowoczesnej położnej:

### **Naukowe podstawy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej**

Barbara Baranowska, Antonina Doroszevska, Piotr Szykiewicz;  
wydanie I (2019), 200 stron, format B5.



Podręczniki zgodne z programem kształcenia CKPPIP:

#### **Ordynowanie leków i wypisywanie recept**

Iwona Dominiak, Dorota Kilańska, Aleksandra Gaworska-Krzemińska; wydanie III (2017) uzupełnione o zestaw 100 pytań testowych z odpowiedziami oraz przykłady sytuacji klinicznych; 324 strony, format B5.

#### **Pielęgniarstwo geriatryczne**

Robert Błaszczak, Iwona Dominiak, Anna Wojtczak.  
Wydanie II (2017) uzupełnione o zestaw 100 pytań testowych; 500 stron, format B5.



Specjalnie dla indywidualnych praktyk medycznych:

#### **RODO w praktyce medycznej. Pytania i odpowiedzi.**

Marek Koenner. Wydanie I (2019) ze wzorami dokumentów oraz instrukcją ich wypełnienia; 150 stron; format B5.

### **Komplet podręczników e-MBA w ochronie zdrowia.**

Wydanie 2017, autorzy: Beata Buchelt, Tadeusz Jędrzejczyk, Dorota Kilańska, Paweł Kalbarczyk, Marek Koenner, Piotr Ławacz, Michał Marczak, Jacek Michałak, Janusz Strużyna, Jadwiga Suchecka, Piotr Szykiewicz, Wacława Wojtała.





**OKRĘGOWA IZBA  
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu**

**ETYKA  
PIEŁĘGNIARKI 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

