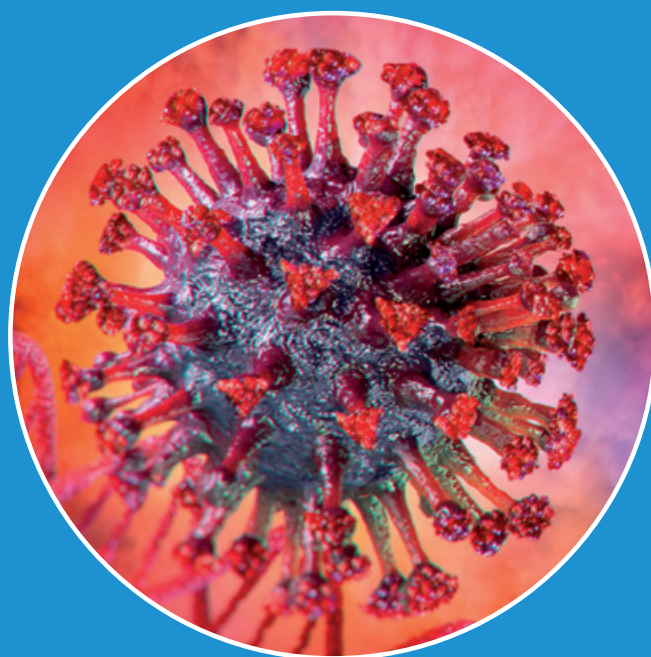

BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



5 /2020
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2 ◆ CZY PIELEŃNIARKA MOŻE ZASTĄPIĆ POŁOŻNĄ, CZY POŁOŻNA MOŻE ZASTĄPIĆ PIELEŃNIARKĘ
- 4 ◆ ISTOTNE ZMIANY W USTAWODAWSTWIE W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ COVID-19
- 5 ◆ ZASIĘK CHOROBY W CZASIE PRZYMUSOWEJ KWARANTANY
- 6 ◆ PISMO MZ DEPARTAMENT PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ
- 9 ◆ ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
- 12 ◆ WYTYCZNE KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ
- 15 ◆ OPINIA PRAWNA W SPRAWIE ZATRUDNIANIA PIELEŃNIARKI PRZEZ INDYWIDUALNĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ
- 26 ◆ OPINIA PRAWNA W SPRAWIE SAMODZIELNEGO ORDYNOWANIA I WYSTAWIANIA RECEPT NA LEKI Z GRUPY OTC PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE
- 30 ◆ ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE Z ZAKRESU POZ
- 31 ◆ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 8 LIPCA 2020 R. ZMIENIAJĄCE ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU POZ
- 37 ◆ PRAWA PACJENTA A ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ
- 40 ◆ SZTUCZKA Z LORNETKĄ, CZYLI O POCZUCIU WŁASNEJ WARTOŚCI
- 45 ◆ RANY SILNIE SĄCZĄCE – JAK Z NIMI POSTĘPOWAĆ?
- 47 ◆ LECZENIE RAN A KOMFORT PACJENTA – JAK ZMINIMALIZOWAĆ BÓL?
- 48 ◆ SREBRO NA WAGĘ ŻŁOTA

- KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:**
- PIELEŃNIARSTWA** – 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
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE**
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52–114 Wrocław, tel.: 71 342 8631 wew. 344, 604 939 455, 667 977 735
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA PRZEWELEK 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
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA 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
- PIELEŃNIARSTWA GERIATRYCZNEGO** dr hab.n. o zdrowiu
IZABELLA UCHMANOWICZ
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, tel. 71 784 18 23, e-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl
- PIELEŃNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ** – mgr ANNA SZACHOWSKA
Bonifratskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław tel. 793 386 502, e-mail. anna.szachowska@gmail.com

**OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

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

e-mail:
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

strona internetowa
www.oipip.walbrzych.pl

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

Przewodnicząca ORPIP:
Maria Pałeczka
przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

Sekretarz:
Małgorzata Hrycak

BIURO

Sekretariat:
Anna Stanicka
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515
fax: 74 84 23 325
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

Rejestr praktyk zawodowych:
Anna Kota
tel.: 74 81 79 519
praktykazawodowa@oipip.walbrzych.pl

Rejestr prawa wykonywania zawodu:
Marzena Gidzińska
tel.: 74 81 79 517
rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl

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

Obsługa administracyjno-prawna:
Adwokat
Marek Żegnałek
Radca Prawny
mgr Michał Krajcarz

Dyżur prawny:

w siedzibie iz by: 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 wtorek 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

Światowa Organizacja Zdrowia rok 2020 ogłosiła „ROKIEM PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ”, aby uhonorować wkład pielęgniarek i położnych w zdrowie publiczne.

Pandemia uświadomiła społeczeństwu, kto w tej walce był na pierwszej linii frontu.

Koronawirus, bez wątpienia zmienił nasze życie, każdego z nas. Inaczej planujemy każdy dzień, wyznajemy inne wartości, również te – na ile spotkania w świecie wirtualnym zastąpią nam te w świecie realnym. Maseczka ochronna stała się nieodzowną częścią naszego ubioru. Pandemia COVID-19 w ciągu kilku miesięcy zmieniła cały świat. A jaki będzie ten nowy? Chyba wszyscy pragniemy jednego – normalności.

Za nami lato, urlopy, które też były inne, przed nami – jesień. Może będzie piękna – polska złota. Może babie lato?

Wiele zmian jest również w ustawodawstwie. Pandemia koronawirusa jest dla nas wszystkich dużym wyzwaniem.

Na kolejnych stronach biuletynu – ważne informacje, opinie, zalecenia i wytyczne konsultantów krajowych, ciekawe artykuły.

Serdecznie zapraszam.

Przewodnicząca ORPiP
(-) Maria Pałeczka)

CZY PIELEŃNIARKA MOŻE ZASTĄPIĆ POŁOŻNĄ? CZY POŁOŻNA MOŻE ZASTĄPIĆ PIELEŃNIARKĘ?

STAN PRAWNY:

Art. 13 w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567 i 945) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 **po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:**

„1a. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,
 - 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,
 - 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
 - 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
 - 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
 - 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia
- zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi”.**

KOMENTARZ DR HAB. DOROTA KARKOWSKA, PROF. NADZ., RADCA PRAWNY

Wykładnia, że na podstawie ust. 1a do art. 5 u.z.p.p. osoba mająca prawo wykonywania zawodu położnej w okresie stanu epidemii – może wykonywać zawód na stanowisku pielęgniarki – jest całkowicie mylna i absolutnie niedopuszczalna, już choćby z uwagi na zapis, że położna wykonuje czynności o których mowa w tym ustępie, **zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.**

Zagadnieniem zasadniczym przy wykładni tego zapisu jest rozstrzygnięcie, czy położna, która uzyskała w toku kształcenia przeddyplomowego kwalifikacje i umiejętności zawodowe w zakresie zgodnym z systemem kształcenia może legalnie udzielać *świadczeń zdrowotnych* w takim samym zakresie jak pielęgniarka. Przyjęcie, że w okresie trwania epidemii – ustawodawca mocą przepisu prawa, wbrew dotychczasowym przepisom o systemie kształcenia przeddyplomowego oraz wbrew obecnie obowiązującym regulacjom prawnym określającym kompetencje osób wykonujących zawód położnej – „czyni z położnych” osoby mogące wykonywać te same czynności co „pielęgniarki” – świadczyłoby o nieracjonalności ustawodawcy. Ponadto, taka interpretacja jest wewnętrznie sprzeczna logicznie i wbrew przepisom prawa zatrudnieniowego, które zobowiązują pracodawców i zleceniodawców do zatrudniania osób wykonu-

jących zawody medyczne zgodnie z posiadanymi przez nich kwalifikacjami zawodowymi. Właściwe zatrudniania łączą się także z innymi zobowiązaniami podmiotów zatrudniających co do warunków pracy i płacy i przepisów prawa ubezpieczenia społecznego.

Zgodne z prawem uprawnienia do udzielania *świadczeń zdrowotnych* uzyskuje się poprzez uzyskanie prawa wykonywania zawodu medycznego, np. prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub *położnej*. Tylko osoba posiadająca takie prawo jest uprawniona do wykonywania czynności medycznych, wynikających z odpowiednich aktów prawnych. Osoba chcąc wykonywać zawód położnej, przystąpiła do przeznaczanego wyłącznie dla położnych systemu kształcenia w szkole położnych i zdała przewidziany egzamin, uzyskując stosowne urzędowe potwierdzenie. Posiadany przez położną dyplom ukończenia szkoły położniczej, chociaż potwierdza on nabycie stosownej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych w zakresie metod, technik i środków wykorzystywanych w realizacji zadań zawodowych pielęgniarek i położnych, nie stanowi dokumentu, na podstawie którego położna uzyskała uprawnienie do wykonywania czynności leczniczych w zakresie pielęgniarstwa zgodnie z systemem kształcenia w szkołach pielęgniarstwach.

Rzecz bowiem w tym, że ukończenie kształcenia przewidzianego wyłącznie dla położnych nie mogło dać położnej większych uprawnień w zakresie podejmowania czynności pielęgniarstkich ponad te, które związane są z posiadanym przez nią prawem wykonywania zawodu położnej.

Zapis ust. 1a art. 15 u.z.p.p. stanowiący, że w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom *świadczeń zdrowotnych* w zakresie: 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych, 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej, 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie *świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych*, 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia – **nie czyni osoby wykonującej zawód położnej – osobą wykonującą zawód pielęgniarki na okres epidemii.** Przytoczony powyżej zapis, jest tylko potwierdzeniem tego co osoby wykonujące zawód położnej miały i mają nadal prawo wykonywać, zgodnie z nabytymi kwalifikacjami i umiejętnościami nabytymi w systemie kształcenia. Dosłowne przekopowanie ust. 1 art. 4 u.z.p.p. do ust. 1a art. 15 – ni-

czego w dotychczasowym stanie prawnym nie zmienia. **Interpretacja „zamiennie” traktująca osoby wykonujące zawód położnej z osobami wykonującymi zawód pielęgniarki – jest absolutnie błędna – z wykładnią historyczną, systemową, celowością i funkcjonalną.** A przecież ustawodawca jest racjonalny i zna obecny stan prawny w omawianym zakresie.

Niewątpliwie w trosce o interesy i bezpieczeństwo pacjentów akty prawne rangi ustawowej i podstawowej szczegółowo i rygorystycznie określają warunki nabywania uprawnień do udzielania świadczeń leczniczych. Nie bez powodu sam tytuł ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 562) świadczy o zróżnicowaniu tych zawodów, wynikającym ze specyfiki kształcenia, w przypadku położnej ukierunkowanej na umiejętność opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu i całego okresu życia związanego z chorobami kobiecymi oraz opieką nad noworodkiem (art. 15 ust. 1 u.z.p.p.).

Wywodząc, że z art. 15 ust. 1a ustawy wynika, iż w ramach uprawnień zawodowych posiadanych przez położną mieści się wykonywanie wszystkich *świadczeń zdrowotnych*, które mieszczą się w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki prowadzi do wniosku, iż zbiór uprawnień w *zakresie świadczeń zdrowotnych* posiadanych przez pielęgniarkę mieści się w całości w zbiorze uprawnień zawodowych posiadanych przez położną. Takie podejście trudno uznać za prawidłowe, skoro abstrahuje od ustawowego zróżnicowania wspomnianych zawodów pielęgniarki i położnej oraz nie dostrzega, że istotne odmienności w toku kształcenia powodują, że położna nie posiada wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia skutecznego i bezpiecznego dla pacjentów procesu pielęgnacyjnego we wszystkich jednostkach chorobowych i nie wspiera argumentacji odwołanie się do stanu epidemii. Z wprowadzonego ust. 1a art. 15 wcale nie wynika, że dopuszczalne jest udzielanie przez położną *świadczeń zdrowotnych* zastrzeżonych dla pielęgniarek.

Nie są jednak zupełnie pozbawione znaczenia uwagi dotyczące nakładania się *kompetencji* pielęgniarki i położnej w udzielaniu *świadczeń zdrowotnych*. **Natomiast trzeba mieć na uwadze, kiedy położna może wspierać system opieki zdrowotnej w walce z epidemią, nie posiadając przygotowania do opieki nad pacjentami chorymi zakaźnie.** Tak jak do *wyłącznej kompetencji położnych należy opieka nad kobietą i noworodkiem, tak opieka nad pacjentami z innych dziedzin medycyny należy do pielęgniarek*. Mając na uwadze poczynione w sprawie ustalenia faktyczne, zatrudnianie położnych na innych oddziałach szpitalnych niż oddziały położniczo – ginekologiczne nie znajduje prawnego potwierdzenia. Natomiast w sytuacji ekstremalnej może mieć miejsce delegowanie położnej do opieki na pacjentem z COVID-19 po spełnieniu przesłanek o których mowa w stanowisku z dnia 8 kwietnia 2020 r. *w sprawie przeniesienia lub skierowania położnej do pracy na stanowisko pielęgniarki w związku z przekształceniem dotychczasowego szpitala wielospecjalistycznego w jednoimienny szpital zakaźny i likwidacji oddziałów ginekologicznych i położniczych* – dr hab. Marii Kózki, prof. UJ Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa, dr hab. Grażyny Iwanowicz-Palus Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, które jest zgodne z opinią prawną sporządzoną przez prof. nazdw. dr hab. n. prawn. Dorotę Karkowską, radcą prawną.

Resumując pragniemy zwrócić uwagę podmiotom, które chcą wykorzystać okres epidemii do zatrudniania na stanowisku pielęgniarki inne zawody medyczne, że zachodzi niebezpieczeństwo odpowiedzialności prawnej, gdzie osobami pozywającymi podmioty lecznicze mogą być zarówno osoby wykonujące zawody medyczne w związku z doznanymi szkodami w trakcie wykonywania pracy, jak pacjenci – ze wskazaniami, iż świadczenie zdrowotne zostało im udzielone niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną z uwagi na osobę nie mającą wymaganych kwalifikacji i umiejętności zawodowych.



EPIDEMIA COVID-19 A OCHRONA ZDROWIA

W związku z wejściem w życie ustawy z 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 r., poz. 1493), ustawodawca wdrożył w życie istotne dla wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej zmiany.

Powyższy akt prawny wprowadza m.in. zmiany w ustawie o działalności leczniczej, w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej.

Art. 9. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567) wprowadza się następujące zmiany: [...] w art. 49 po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. W przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, okres, o którym mowa w ust. 6, zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.”

Art. 12. W ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 916) wprowadza się następujące zmiany: [...] w art. 8 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Jeżeli kadencja organów izby, o której mowa w ust. 1, upływa w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), lub do 30 dni po odwołaniu danego stanu, podlega ona przedłużeniu do czasu wyboru organów izby na nową kadencję, jednak nie dłużej niż do 60 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Zdanie drugie ust. 1 stosuje się.”

[...] po art. 31 dodaje się art. 31a w brzmieniu:

„Art. 31a. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, okręgowa rada, po podjęciu uchwały o braku możliwości przeprowadzenia okręgowego zjazdu w związku z ogłoszeniem takiego stanu, realizuje zadania, o których mowa w art. 30 pkt 1, w danym roku.”

Art. 13. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567 i 945) wprowadza się następujące zmiany:

[...] w art. 5 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie: 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,

3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej, 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,

6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia – zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.”;

[...] w art. 78 dodaje się ust. 6–8 w brzmieniu:

„6. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych może być prowadzone:

1) z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość w odniesieniu do zajęć teoretycznych, niezależnie od tego, czy zostało to przewidziane w programie kształcenia;

2) w formie indywidualnej w odniesieniu do szkolenia praktycznego, także w podmiocie, w którym aktualnie pielęgniarka, położna uczestnicząca w kształceniu jest zatrudniona.

„7. W sytuacji, o której mowa w ust. 6 pkt 1, weryfikacja osiągniętych efektów kształcenia, z wyłączeniem egzaminu państwowego, o którym mowa w art. 67 ust. 2, może odbywać się z wykorzystaniem technologii informatycznych zapewniających kontrolę jej przebiegu i rejestrację.

„8. Z dniem rozpoczęcia kształcenia w sposób, o którym mowa w ust. 6, organizator kształcenia informuje Centrum o stosowanych metodach i technikach kształcenia na odległość oraz o zmianach dotyczących placówek szkolenia praktycznego wskazanych w harmonogramie kształcenia, o którym mowa w art. 80 ust. 2 pkt 2.”;

w art. 81 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu: „3) rejestrować przebieg zajęć teoretycznych prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, w zakresie obejmującym dźwięk; nośnik z zarejestrowanymi zajęciami stanowi integralną część dokumentacji przebiegu kształcenia podyplomowego.”

[...] w art. 81 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) rejestrować przebieg zajęć teoretycznych prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, w zakresie obejmującym dźwięk; nośnik z zarejestrowanymi zajęciami stanowi integralną część dokumentacji przebiegu kształcenia podyplomowego.”

ZASIŁEK CHOROBOWY W CZASIE PRZYMUSOWEJ KWARANTANNY



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.148.2020.MT

Warszawa, dnia 5 sierpnia 2020

Pani
Maria Paleczka
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Wałbrzychu

Branżowa Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na pytanie w kwestii wysokości zasiłku chorobowego, należnego pielęgniarce za okres przymusowej kwarantanny, wyjaśniam jak poniżej.

Zgodnie z art. 4c ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.), dalej „ustawa”:

„W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieconemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.”

Możliwe wątpliwości co do powyższych zapisów, wyjaśnia pismo Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia z dnia 22 czerwca 2020 r, potwierdzające, iż zasiłek chorobowy w powyższym wymiarze należy pielęgniarce/ położnej także w sytuacji, gdy do styczności z chorym doszło poza podmiotem leczniczym (w załączeniu).

Z tymczasami Stępczka

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 22 czerwca 2020 r.

PPWA.024.94.2020.MF

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes !

W nawiązaniu do pisma z dnia 17 czerwca 2020 r. znak: NIPiP- NRPiP-OIE.060.213.2020 dotyczącego kwestii interpretacji przepisów dotyczących wysokości zasiłku chorobowego przysługującego pielęgniarce/położnej w związku z przebywaniem na przymusowej kwarantannie (w związku z Covid -19), w sytuacji gdy do styczności z osobą chorą doszło poza podmiotem w którym osoby te (pielęgniarka/położna) są zatrudnione na umowę o pracę, uprzejmie prosimy o przyjęcie poniższej opinii.

Na podstawie obowiązujących przepisów tj. art. 4c ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567, 568, 695, 875), zwanej dalej „specustawą”: „W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieconemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.”

Szczegółowe zasady ustalania prawa do zasiłków, ich wysokości oraz zasady wypłaty zasiłków dla wszystkich osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu określa

ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 870, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą zasiłkową”.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy - nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży - nie dłużej niż przez 270 dni (art. 8 ustawy zasiłkowej).

Zgodnie z art. 92 § 1 ustawy Kodeks pracy, „za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek: 1) choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną - trwającej łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia - trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego - pracownik zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują wyższe wynagrodzenie z tego tytułu”.

Stąd też na podstawie ww. art. 92 Kodeksu pracy i art. 36 ust. 1 ustawy zasiłkowej - podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego oraz zasiłków przysługujących pracownikowi stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem 12 miesięcy zatrudnienia, pod uwagę bierze się przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia (art. 36 ust. 2 ustawy zasiłkowej).

Co do zasady podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego przez pracownika u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy (art. 36 ust. 4 ustawy zasiłkowej). Jeżeli jednak ubezpieczony przedstawiciel zawodu medycznego jest związany stosunkiem pracy z więcej niż z jednym podmiotem leczniczym, gdzie np. jedna z umów trwała dłużej niż druga, podstawę wymiaru świadczenia chorobowego trzeba ustalić oddzielnie dla każdej z nich, z odrębnego okresu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu.

Natomiast, gdy umowy o pracę wykonywane są w tym samym czasie - u każdego z pracodawców pracownik ma prawo do wynagrodzenia za okres niezdolności do pracy z powodu choroby jak już wspomniano wyżej (art. 92 Kodeksu pracy) - za okres pierwszych 33 dni niezdolności do pracy z powodu choroby w roku kalendarzowym (pracownikom, którzy ukończyli 50 rok życia przysługuje ono przez 14 dni).

Począwszy od 34 lub 15 dnia niezdolności do pracy z powodu choroby pracownicy nabywają prawa do zasiłku chorobowego.

Formalno-prawną podstawą do wypłaty ww. świadczeń chorobowych w warunkach obecnie panującej epidemii koronawirusa, w przypadku konieczności poddania się kwarantannie lub izolacji jest decyzja państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

W przypadku, gdy ubezpieczony - medyk ma więcej niż jednego pracodawcę - płatnika składek, decyzja wydana przez właściwego inspektora sanitarnego staje się samodzielną podstawą do wypłaty wynagrodzenia u każdego z pracodawców (należy zwrócić uwagę, że powinna ona zawierać odpowiednią ilość odpisów adekwatną do liczby pracodawców-zakładów leczniczych).

Na tej podstawie, za okres trwania kwarantanny lub izolacji przysługuje na ogólnych zasadach wynagrodzenie za czas choroby, zasiłek chorobowy wypłacany przez płatnika składek (np. pracodawcę) lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Aby w takiej sytuacji uzyskać świadczenie z tytułu choroby, należy przekazać decyzję inspektora sanitarnego do wypłacającego świadczenie (np. do pracodawcy, ZUS). Pracownik przekazuje decyzję inspektora do swojego płatnika składek, np. pracodawcy.

Natomiast, dla oceny stanu faktycznego uprawniającego do przyznania i wypłaty ww. świadczeń chorobowych w przypadku osoby, która jest ubezpieczona i wykonuje zawód medyczny oraz stanie się niezdolna do pracy w wyniku poddania takiej osoby izolacji lub kwarantannie z powodu pozostawania w styczności z osobami chorymi na SARS-CoV-2 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w więcej niż jednym podmiocie leczniczym - nie ma znaczenia w którym podmiocie (X czy Y) doszło do ryzyka kontaktu z koronawirusem.

Osoba wykonująca zawód medyczny jest uprawniona na podstawie decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o konieczności poddania się kwarantannie lub izolacji - do wynagrodzenia za czas choroby / zasiłku chorobowego, których miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku, z każdego tytułu ubezpieczenia społecznego - od każdego z pracodawców. Jednak pod jednym warunkiem, że u obu pracodawców podlega obowiązkowo do ubezpieczenia chorobowego (np. jest pracownikiem dwóch zakładów leczniczych).

Dodatkowo Departament informuję, że w myśl art. 63 ustawy zasiłkowej, w razie wątpliwości dotyczących ustalania prawa do zasiłku lub jego wypłaty płatnik składek może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o ustalenie uprawnień do zasiłku. O ustalenie uprawnień do zasiłku może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych również ubezpieczony. Od wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji przysługuje odwołanie do sądu zgodnie z pouczeniem zawartym w decyzji.

Z poważaniem,

Greta Kanownik

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455, fax 533-77-01

e-mail:piskorz@wssd.olsztyn.pl

Zalecenia dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.

Aktualizacja z dnia 08.09.2020r.

Rekomendacje: Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

1. Gabinet profilaktyczny powinien być wyposażony w środki do dezynfekcji powierzchni, środek do dezynfekcji rąk, rękawice diagnostyczne, maseczki chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbice, fartuchy flizelinowe ochronne, fartuchy barierowe wodoodporne.
3. W ramach udzielanych świadczeń w gabinecie profilaktycznym powinien przebywać tylko jeden uczeń, który powinien zdezynfekować ręce po wejściu do gabinetu.
4. W czasie realizacji świadczeń profilaktycznych takich jak: realizacja testów przesiewowych, sprawowanie opieki poprzewiewowej oraz czynne poradnictwo nad uczniami z problemami zdrowotnymi, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.

5. W ramach udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc oraz sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym w ramach realizacji świadczeń pielęgniarских, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
6. Realizowany przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną program edukacji zdrowotnej powinien poza standardowymi treściami zawierać przede wszystkim zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2. Szkoła powinna zabezpieczyć środki do dezynfekcji rąk dla uczniów i pracowników.
7. W kontaktach bezpośrednich (innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych) w środowisku szkoły należy przestrzegać dystansu min. 1,5 - 2 m. W kontaktach z gronem pedagogicznym, rodzicami w miarę możliwości minimalizować kontakty bezpośrednie zamieniając je na porady telefoniczne. W kontaktach bezpośrednich stosować maskę chirurgiczną.
8. Należy opracować zasady sprzątania gabinetu profilaktycznego i dezynfekcji powierzchni (w tym m.in. dezynfekcji blatów, klamek, używanego sprzętu medycznego, telefonu z częstotliwością 2 razy dziennie). Nie stosować aerosoli. Stosować częste wietrzenie gabinetu.
9. W przypadku stwierdzenia objawów infekcji sugerujących podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u ucznia, pracownika szkoły tj. gorączka pow. 38 stopni, kaszel, duszność, inne objawy infekcji górnych dróg oddechowych, należy skierować osobę chorą do domu oraz zalecić kontakt telefoniczny z lekarzem POZ, który pokieruje dalszym postępowaniem. Uczeń/pracownik nie powinien opuszczać budynku podczas przerwy międzylekcyjnej lub jeśli to możliwe opuścić budynek innym wyjściem znajdującym się najbliżej pokoju, w którym został odizolowany.
10. W przypadku wymagającym pilnej interwencji medycznej należy zadzwonić pod nr 112- dyspozytor podejmie decyzję o transporcie pacjenta dedykowanym transportem „COVID-19”. Ucznia należy odizolować do czasu przybycia opiekuna. Pielęgniarka/higienistka powinna polecić uczniowi/pracownikowi szkoły nałożenie maseczki.
11. Dyrektor szkoły powinien wyznaczyć pokój/ pomieszczenie do izolacji, w którym uczeń będzie odizolowany do czasu przybycia opiekuna. Pokojem do izolacji nie może być gabinet

profilaktyczny pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania, tylko wyznaczone pomieszczenie przeznaczone tylko do tego celu. Pomieszczenie to nie powinno być nazywane izolatorem, gdyż izolatorium zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 26 marca 2020 z późniejszymi zmianami jest dedykowane dla pacjentów nad którymi opiekę sprawuje podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju leczenia szpitalne – czyli szpital. Pomieszczenie do izolacji, po opuszczeniu go przez ucznia/dziecko, powinno być przewietrzone i zdezynfekowane.

12. Podczas udzielania świadczeń u ucznia/pracownika, u którego objawy sugerują podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch ochronny barierowy. Po udzieleniu świadczenia gabinet powinien być wywietrzony i poddany dezynfekcji zgodnie z opracowanymi zasadami. Do czasu zakończenia procesu dekontaminacji gabinetu, inne świadczenia nie powinny być realizowane.

13. W przypadku potwierdzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, u ucznia/pracownika – sposób postępowania z osobami z kontaktu określa Powiatowy Inspektor Sanitarny, z którym pielęgniarka i dyrektor szkoły powinni być w kontakcie i realizować jego zalecenia.

14. Nie rekomenduje się stosowania u uczniów profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi w warunkach szkolnych.

Dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Dnia 8. IX.2020r.



Signed by /
Podpisano przez:

Krystyna Piskorz-
Ogórek

Date / Data: 2020-
09-08 18:02

Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące teleporad w podstawowej opiece zdrowotnej udzielanych w czasie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2

1. Teleporada w POZ jest narzędziem, które dzięki udzielaniu świadczenia opieki zdrowotnej na odległość, zwiększa bezpieczeństwo pacjenta oraz personelu, ograniczając bezpośredni kontakt do sytuacji uzasadnionych klinicznie.
2. Teleporada nie może być jedyną formą udzielania świadczeń w POZ.

KWESTIE ORGANIZACYJNE

3. Każde świadczenie zdrowotne, udzielane w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, powinno być udzielone po wcześniejszym umówieniu i rozpoznaniu potrzeby zdrowotnej pacjenta.
4. Zaleca się, aby umówienie na świadczenie zdrowotne odbywało się na drodze telefonicznej lub elektronicznej (np. e-rejestracja, e-mail). Jeżeli pozwala na to forma umówienia się, w szczególności, gdy jest to forma telefoniczna, pacjent (lub osoba przez niego upoważniona) powinien mieć możliwość zgłoszenia potrzeby zdrowotnej, a pracownik odpowiedzialny za rejestrację powinien:
 - a. rozpoznać potrzebę zdrowotną,
 - b. zweryfikować możliwość udzielenia świadczenia w POZ,
 - c. wpisać świadczenie do terminarza przyjęć właściwego członka zespołu POZ,
 - d. poinformować pacjenta, na jakich zasadach odbywać się będzie teleporada.
5. Należy zapewnić pacjentom możliwość kontaktu telefonicznego/elektronicznego z przychodnią. Konieczne jest zapewnienie w przychodni takiej liczby stanowisk telefonicznych/obsługi elektronicznej, która zapewni możliwość płynnej rejestracji pacjentów i udzielania teleporad.
6. Należy udostępnić pacjentom adres skrzynki mailowej do kontaktu. Skrzynkę mailową należy sprawdzać systematycznie, kilkakrotnie w czasie godzin pracy poradni oraz zwracać uwagę, aby jej dostępna pojemność była adekwatna do potrzeb.
7. Należy zachęcać pacjentów do aktywacji Internetowego Konta Pacjenta (IKP), z uwagi na możliwości z nim związane, m.in. dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta.
8. Zaleca się promowanie rejestracji on-line, co pozwoli na odciążenie rejestracji telefonicznej.
9. Teleporada może być udzielana m.in. w formie porady telefonicznej, wideorozmowy, a w uzasadnionych przypadkach także drogą mailową. Przychodnia podaje do publicznej wiadomości możliwości i sposoby realizacji teleporad (np. tablica ogłoszeń, strona internetowa przychodni).
10. Teleporady udzielane są przez lekarzy oraz przez pielęgniarki i położne, w zakresie ich kompetencji.

11. Możliwe są różne modele teleporady, np. lekarz/pielęgniarka/położna kontaktuje się z pacjentem lub pacjent kontaktuje się z lekarzem/pielęgniarką/położną w wyznaczonym terminie wizyty.
12. Należy przestrzegać punktualności. Personel medyczny powinien kontaktować się lub być dostępny w wyznaczonym terminie wizyty. W przypadku trzech nieudanych prób kontaktu z pacjentem, personel medyczny może zrezygnować z kolejnych prób przeprowadzenia teleporady.
13. Podczas teleporady lekarz/pielęgniarka/położna dokonuje oceny stanu pacjenta, ustala czy teleporada jest wystarczająca dla aktualnego problemu zdrowotnego, czy konieczna będzie wizyta osobista, wizyta domowa, czy inne świadczenie medyczne.
14. Udzielający teleporad powinien mieć zapewniony odpowiedni komfort pracy poprzez m.in: odpowiednio zaplanowany harmonogram pracy oraz - o ile warunki na to pozwalają - zapewnienie możliwości rozmowy z pacjentem bez używania rąk, co ułatwia prowadzenie dokumentacji w trakcie teleporady.
15. Harmonogram pracy przychodni powinien uwzględniać czas na teleporady, wizyty osobiste w przychodni, wizyty domowe oraz świadczenia dla dzieci zdrowych (m.in. bilanse i szczepienia). Szczegółowy plan pracy powinien być ustalany przez kierownictwo przychodni, uwzględniając możliwości organizacyjne świadczeniodawcy oraz wytyczne postępowania w czasie epidemii SARS CoV-2.
16. Należy tak organizować pracę, aby zminimalizować liczbę pacjentów przebywających jednocześnie na terenie przychodni. Rekomendowana jest zasada pustej/prawie pustej poczekalni, z jednoczesnym zapewnieniem pacjentowi możliwości kontaktu bezpośredniego z personelem POZ.

KWESTIE MEDYCZNE

17. Należy pamiętać, że zasady odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej przy udzielaniu teleporady są takie same, jak w przypadku innych świadczeń. Należy dołożyć wszelkiej staranności oraz postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
18. Rozpoznanie stawiane podczas teleporady powinno wynikać z zebranego wywiadu oraz dostępnej dokumentacji.
19. W ramach teleporady, jeżeli przemawiają za tym względy medyczne, możliwe jest wystawienie elektronicznych dokumentów (np. recepta, skierowanie lub zwolnienie lekarskie), a także dokumentów wystawionych w formie papierowej, do odbioru w rejestracji przychodni.
20. Tak jak przy wizycie osobistej, wystawienie pacjentowi skierowania na badania diagnostyczne, do poradni specjalistycznych lub do szpitala powinno być uzasadnione stanem zdrowia pacjenta.
21. Do teleporady pacjentów chorych przewlekle należy przygotować się, analizując posiadaną dokumentację pacjenta, zwracając przede wszystkim uwagę na to, czy pacjent ma wdrożone leczenie na wszystkie rozpoznane schorzenia, tak aby nie dochodziło do przerwania leczenia chorób przewlekłych. Jeśli jest taka możliwość, warto sprawdzić stan realizacji recept przez pacjenta.
22. Osobiste wizyty pacjentów, w tym pacjentów pediatrycznych, powinny być realizowane w następujących przypadkach:
 - a. gdy stan pacjenta wskazuje na konieczność przeprowadzenia badania przedmiotowego lub innych procedur z zakresu kompetencji POZ, niemożliwych do zrealizowania w formie teleporady,
 - b. gdy ustalenie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego nie jest możliwe na podstawie informacji zebranych podczas teleporady,
 - c. gdy występują objawy o niejasnym charakterze, znacznym nasileniu, nieustępujące w czasie, będące przyczyną istotnego niepokoju pacjenta (tzw. czerwone flagi),
 - d. gdy brak jest spodziewanego efektu terapeutycznego (np. poprawy stanu zdrowia pacjenta) po dwóch kolejnych teleporadach, udzielonych z tej samej przyczyny, a wizyta osobista jest możliwa do realizacji.

23. Teleporady u dzieci powinny być realizowane z dużą ostrożnością. Należy pamiętać, że u dzieci przebieg choroby, a zwłaszcza infekcji, może szybko doprowadzić do zmiany stanu dziecka z dobrego do ciężkiego. Podczas teleporady, poza standardowym postępowaniem, należy uwzględnić następujące elementy:

- a. doświadczenie rodziców oraz ich zdolność do właściwej opieki i obserwacji dziecka,
- b. wywiad zbierany od rodzica/opiekuna dziecka może być mniej pewny, niż zbierany bezpośrednio jak w przypadku dorosłego pacjenta,
- c. szczególną ostrożność należy wykazać w przypadku występowania objawów takich jak: utrzymująca się gorączka, senność lub nadmierne pobudzenie, silny ból głowy, niewyjaśniona wysypka, silny ból brzucha, powtarzające się wymioty/biegunka, trudności/niechęć w przyjmowaniu płynów, cechy odwodnienia.

Jeżeli możliwości poradni i rodziców/opiekunów dziecka na to pozwalają, należy wykorzystywać wideoporady.

24. Wizyty osobiste powinny być realizowane z zastosowaniem środków bezpieczeństwa, związanych z ryzykiem zakażenia SARS CoV-2 i zgodnie z obowiązującymi wytycznymi w tym zakresie.

Dokument został opracowany we współpracy z zespołem roboczym Ministerstwa Zdrowia ds. opracowania standardu teleporad w podstawowej opiece zdrowotnej, w składzie:

Przewodnicząca:

dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas - konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

Członkowie:

Anna Miszczak - Dyrektor Departamentu Systemu Zdrowia Ministerstwa Zdrowia

Agnieszka Kister - Dyrektor Centrum e-Zdrowia

Daniel Rutkowski - Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia

Maciej Karaszewski - Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia

mgr Beata Ostrzycka - konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

dr n. med. Agata Sławin - Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

dr n. med. Wiesława Fabian - Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

dr n. med. Mariusz Domański - PTMR, KLRwP

lek. Tomasz Zieliński - Federacja Porozumienie Zielonogórskie

lek. Wojciech Pacholicki - Federacja Porozumienie Zielonogórskie

dr n. zdr. Bartosz Pędziński - Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Data wydania: 14.08.2020 r.

ZATRUDNIENIE PIEŁĘGNIARKI PRZEZ LEKARZA INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI

Warszawa 31.08. 2020 r.

OPINIA PRAWNA

w sprawie zatrudniania pielęgniarki
przez indywidualną praktykę lekarską

Zlecający: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie

Wykonawca: prof. nadzw. dr hab. n. praw. Dorota Karkowska, radca prawny,

I. Przedmiot opinii:

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie: Czy w obecnym stanie prawnym, lekarz wykonujący zawód w formie "indywidualnej praktyki lekarskiej" może zatrudniać na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej pielęgniarkę?

II. Podstawa prawna:

Niniejsza opinia prawna została sporządzona na podstawie następujących aktów prawnych:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz.295, ze zm.), dalej u.d.l.;
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 562, ze zm.), dalej ustawa pielęgniarska lub u.z.p.p.;
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r, poz. 916);
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (tekst jedn. Dz.U z 2020 r., poz. 514, ze zm.), dalej ustawa lekarska lub u.z.l.;
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 849); dalej u.p.p.R.P.P.;
6. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. - *Prawo przedsiębiorców* (tekst jedn. Dz.U.

z 2019 r. poz. 1292);dalej ustawa Prawo przedsiębiorców;

7. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych* (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 266) , dalej u.s.u.s.;
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. 2020 r. poz.666), dalej rozporządzenie o dokumentacji lub r.d.m.;
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. z 2019 r., poz. 595).

III. Analiza prawna

1. Uwagi ogólne

Istotą analizy jest ustalenie czy w obecnym stanie prawnym - indywidualna praktyka lekarska jest prawnie dopuszczalnym miejscem wykonywania zawodu przez pielęgniarkę, a zarazem miejscem udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych pacjentom?

Zgodnie z art. 53 ust.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry - *lekarz wykonujący zawód w formie: indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania - może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy)*. Na rynku usług medycznych przepis ten jest przywoływany zarówno jako podstawa prawna uzasadniająca zatrudniania pielęgniarek w jednej z w/w form indywidualnej praktyki lekarskiej, jak i wręcz przeciwnie, przepis ten jest wskazywany jako podstawa prawna zakazująca zatrudniania pielęgniarek w tych praktykach. Dla porządku analizy bez względu na rodzaj indywidualnej praktyki lekarskiej, używa się zwrotu indywidualna praktyka lekarska.

Należy wskazać, że art. 53 ust.1 jest usytuowany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która określa zasady i formy wykonywania tylko zawodu lekarza. Natomiast zawód pielęgniarki uregulowany jest w odrębnej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, która określa zasady i formy wykonywania tylko tych dwóch zawodów. Zgodnie z art. 19 ust.1 u.z.p.p. pielęgniarka może wykonywać zawód: 1) w ramach umowy o pracę; 2) w ramach stosunku służbowego; 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej; 4) w ramach wolontariatu; 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust.2 pkt 2 u.dz.l.,

a są to – indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarskie. Jednocześnie w art.19 ust.2 u.z.p. ustawodawca zobowiązał pielęgniarki wykonujące zawód w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego oraz na podstawie umowy cywilnoprawnej do poinformowania o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując, na zakres koniecznych informacji. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że zgodnie już z literalnym brzemieniem art. 19 ust.1 u.z.p.p. – miejscem wykonywania zawodu pielęgniarki – jest praktyka zawodowa – nazwana „indywidualną praktyką pielęgniarską” lub „grupową praktyką pielęgniarską”, natomiast bark jest wskazania, aby miejscem wykonywania zawodu pielęgniarki mogła być indywidualna praktyka lekarska. Jednocześnie zgodnie z art. 20 u.z.p.p. *pielęgniarka lub położna wykonująca indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę może zatrudniać osoby niebędące pielęgniarkami lub położnymi do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy)*. Nasuwa się zatem pytanie: Czy np. pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej - może zatrudniać lekarza, aby w sposób kompleksowo udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom? Czy jednak zakaz ten, dotyczy tylko zatrudniania pielęgniarek i położnych?

Kluczowe znaczenie dla udzielenia odpowiedzi na postawione powyżej pytania, ma ustalenie charakteru prawnego indywidualnej praktyki zawodowej oraz rozkodowanie zwrotu *czynności pomocnicze* użytego w art. 53 u.z.l. i art. 20 u.z.p.p.

2. Charakter prawny praktyki zawodowej

Pojęcie „praktyka zawodowa” do języka prawnego wprowadziła ustawa o działalności leczniczej w art. 5 ust. 2. Wcześniej ustawodawca posługiwał się tylko terminem „praktyki lekarskie” (art. 49a u.z.l.) i „praktyki pielęgniarek i położnych” (art. 24a u.z.p.p. z 1996 r.)¹. W encyklopedycznym rozumieniu określenie „praktyka” jest tłumaczone w różnych kontekstach jako: 1) świadome, celowe działanie wykonywane regularnie; 2) doświadczenie, umiejętności zdobyte dzięki takiemu działaniu; 3) prowadzenie samodzielnej działalności;

¹ Pojęcie praktyki lekarskiej zostało po raz pierwszy zdefiniowane w Polsce w art. 1 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 1932 r., gdzie określono ją jako wykonywanie czynności polegających na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorych, zapobieganiu szczeniu się chorób oraz na wydawaniu orzeczeń lekarskich.

4) przyjęty w codziennym życiu sposób robienia czegoś; 5) okres nabywania wprawy w jakimś zawodzie; też: okres odbywania stażu w jakiejś instytucji².

Ustawodawca nie definiuje terminu „praktyka zawodowa”, natomiast analiza systemowa przepisów pozwala na wysunięcie wniosku, że termin „praktyka zawodowa” jest terminem ogólnym, który obejmuje swym zakresem: indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarские, indywidualne i grupowe praktyki położnicze oraz indywidualne i grupowe praktyki fizjoterapeutyczne (art. 5 ust.2 u.dz.l.). Indywidualna praktyka zawodowa jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy - Prawo przedsiębiorców (art. 2 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 16 ust. 1 u.dz.l.).

W świetle przepisów prawa, praktyka zawodowa jest jedną z form działalności leczniczej poza podmiotem leczniczym (art. 2 ust.1 i art. 5 u.dz.l.). Innymi słowy, podmiotami uprawnionymi do udzielania świadczeń zdrowotnych jest podmiot leczniczy i praktyka zawodowa (art.3 ust.1 u.dz.l. w zw. z art. 3 ust.1 pkt.5 u.p.p.R.P.P.).

Lekarz który chce prowadzić jednoosobową działalność leczniczą ma do wyboru – albo utworzenie podmiotu leczniczego będącego indywidualnym przedsiębiorcom w rozumieniu przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców (art. 4 pkt1 u.dz.l.), albo utworzenie indywidualnej praktyki lekarskiej – i także uzyskanie statusu indywidualnego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców (art. 5 ust.1pkt1u.dz.l.). Pomimo, iż w jednym i drugim przypadku lekarz może być jednoosobowym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych - rozpoczęcie i prowadzenie podmiotu leczniczego i praktyki zawodowej – zasadniczo się różni i wymaga spełnienia odmiennych przesłanek. Generalnie utworzenie podmiotu leczniczego wiąże się z koniecznością spełnienia zdecydowanie większych wymogów lokalowych, organizacyjnych, sanitarnych, niż w przypadku tworzenia praktyki zawodowej. Podstawy prawne tych wymagań regulują przepisy ustawy o działalności leczniczej, w szczególności od art. 17 do art. 25, oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W przypadku utworzenia podmiotu leczniczego przez lekarza, może ale nie musi - osobiście udzielać świadczeń zdrowotnych w utworzonym przez siebie podmiocie. Może w tym zakresie ograniczyć się tylko do zatrudniania innych osób wykonujących zawody medyczne, które spełniają określone wymagania zdrowotne (art. 17 ust.1 pkt 3u.dz.l.). Przed

² Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/praktyka.htmlhtt> (dostęp: 28.08. 2020 r.).

rozpoczęciem prowadzenia działalności wymagany jest wpis do rejestru prowadzonego przez wojewodę (art.103 w zw. z art.106 ust.1pkt u.dz.l.). Ponadto, przez cały okres działalności – podmiot leczniczy prowadzony przez lekarza w formie jednoosobowej działalności gospodarczej – podlega kontroli ze strony wojewody oraz Ministra Zdrowia. W ten sposób ustawodawca stara się zapewnić odpowiednią jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne w danym podmiocie leczniczym (art. 111 u.dz.l.).

Inaczej jest w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej. Istota indywidualnej praktyki zawodowej polega na osobistym wykonywaniu zawodu przez lekarza we własnym imieniu. Utworzenie indywidualnej praktyki lekarskiej w celu prowadzenia działalności leczniczej – wymaga posiadania prawa wykonywania zawodu lekarza i spełnienie wyrażnie określonych przesłanek wskazanych w art.18 u.dz.l. W świetle ustawy o działalności leczniczej, lekarska praktyka zawodowa jest jedyną dopuszczalną formą wykonywania działalności leczniczej dla lekarza poza podmiotem leczniczym. Rozpoczęcie wykonywania zawodu w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej wymaga wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską, właściwą dla miejsca działalności danej praktyki (art.103 w zw. z art.106 u.dz.l.). Indywidualna praktyka lekarska przez cały okres prowadzenia działalności leczniczej podlega kontroli ze strony okręgowej izby lekarskiej, która jest uprawniona do wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez lekarza wykonującego zawód w ramach indywidualnej praktyki zawodowej (art. 52b u.dz.l. w zw. z art.103 u.dz.l. i art.111 u.dz.l.). Racjonalny ustawodawca nie przewiduje w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej zatrudniania pielęgniarki w celu realizacji działalności leczniczej. Przeciwna interpretacja zamierzeń ustawodawcy prowadziłaby do absurdu sytuacji – barku pieczy i nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu pielęgniarki przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, ponieważ organy samorządu pielęgniarek i położnych nie mogą kontrolować indywidualnych praktyk lekarskich i jakości udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych.

Kolejną przesłanką świadczącą o tym, iż osoba mająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki nie może wykonywać tego zawodu w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej – są uregulowania w zakresie dokumentacji medycznej. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a zatem ma prawo do informacji o każdym podjętym wobec niego działaniu medycznym (diagnostycznym, leczniczym, pielęgnacyjnym czy rehabilitacyjnym) (art. 23

u.p.p.R.P.P.). Tym samym osoba wykonująca zawód pielęgniarki ma obowiązek prowadzenia dokumentacji pacjenta i dokonywania wpisu w dokumentacji niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (art. 18 u.z.p.p. w zw. z art. 23 u.p.p.R.P.P. i art. 24 ust.1 u.p.p.R.P.P. oraz §4 r.d.m.). W przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki w podmiocie leczniczym – dokumentacja medyczna musi być prowadzona zgodnie z zasadami określonymi w *Rozdziale 2 Dokumentacja podmiotu leczniczego* rozporządzenia o dokumentacji. Natomiast pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, prowadzi dokumentację indywidualną – zgodnie z zasadami określonymi w *Rozdziale 4 Dokumentacja pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej* (§ 56 ust.1 r.d.m.). Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy. (§ 56 ust.2 r.d.m.). Analogiczne zasady obowiązują osoby wykonujące zawód położnej (§ 57 r.d.m.). Ustawodawca wyraźnie określił jaka i gdzie dokumentacja medyczna może być prowadzona przez pielęgniarkę. Odpowiednie uregulowania zostały przyjęte dla prowadzenia dokumentacji medycznej lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej *Rozdział 3 Dokumentacja lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej* rozporządzenia o dokumentacji tj. od § 51 r.d.m. do § 55 r.d.m.). Ustawodawca nie przewidział rozwiązań, które umożliwiłyby pielęgniarce dokumentowania świadczeń wykonywanych w ramach praktyki lekarskiej (ani wykonywanych na zlecenia lekarskie, ani bez zlecenia lekarskiego).

3. Zwrot: czynności pomocnicze

Zarówno lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską - może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy) (art. 53 ust.1 u.z.l.l.) jak i pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę może zatrudniać osoby

niebędące pielęgniarkami lub położnymi do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy) (art.20 u.z.p.p.).

Zatem pojawiają się pytania - kogo lekarz i pielęgniarka mogą zatrudniać do współpracy i do wykonywania jakich czynności pomocniczych? Żeby móc na te pytania odpowiedzieć, istotne znaczenie ma odczytanie zwrotu „czynności pomocnicze” w celu uzyskania normy wysłowionej w analizowanym przepisie.

Ustawodawca nie zdefiniował na czym ma polegać owa współpraca, ani nie określił zakresu czynności pomocniczych. W ujęciu leksykalnym współpraca w kontekście zatrudnienia to angaż, engagement, nawiązać współpracę, umowa o pracę, zaangażowanie, zatrudnienie³. Natomiast w kontekście leksykalnym synonimem do słowa pomocniczy jest słowo służebny, wspomagający, posiłkowy⁴, a antonimem do słowa „pomocniczy” jest nie pomocniczy, normalny, podstawowy, standardowy, zasadniczy czy zwykły⁵. Na tej podstawie można przyjąć, iż osoba wykonująca czynności pomocnicze, wykonuje czynności instrumentalne, posiłkowe, służebne - wobec czynności głównych.

Jak wcześniej wykazano, istota praktyk zawodowych lekarza czy pielęgniarki (położnej, fizjoterapeuty) polega na osobistym wykonywaniu zawodu w ramach działalności leczniczej. Odróżnia to praktyki zawodowe od podmiotu leczniczego, w którym działalność lecznicza może być wykonywana za pośrednictwem zatrudnionych osób wykonujących różne zawody medyczne. Stąd reguła, że lekarzom prowadzącym praktyki zawodowe nie wolno zatrudniać innych lekarza, a pielęgniarkom innych pielęgniarek czy położnych.

Lekarze mogą zatrudniać jedynie osoby niebędące lekarzami i wyłącznie do czynności pomocniczych. Cele utworzenia indywidualnej praktyki lekarskiej – czyli celem głównym tej działalności - jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotowym definicji zawodu lekarza (art. 2 u.z.l. w zw. z art. 5 ust.1 pkt 1 u.dz.l.). Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód w ramach praktyki zawodowej, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art.4 u.z.l.) oraz zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi (a contrario art.160a. u.z.l.), a wykonywanie przez niego zawodu w ramach praktyki zawodowej podlega kontroli ze strony właściwej okręgowej izby lekarskiej.

³ <https://synonim.net/synonimy-do-s%C5%82owa-wsp%C3%B3wpraca>; data wejścia na stronę 29.08.2020 r.

⁴ <https://www.synonimy.pl/synonim/pomocniczy/>; <https://www.synonimy.pl/synonim/s%C5%82u%C5%BCebny/> data wejścia na stronę 29.08.2020 r.

⁵ <https://antonimy.net/antonim/pomocniczy>; data wejścia na stronę 29.08.2020 r.

Indywidualna praktyka lekarska nie jest miejscem wykonywania zawodu pielęgniarki, czyli miejscem udzielania przez nią pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych. Zawód pielęgniarki to samodzielny zawód medyczny, którego wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym przez ustawodawcę zarówno bez zlecenia lekarskiego, jak i na podstawie zlecenia lekarskiego (art. 4 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 6 u.z.p.p., art. 15a i 15b u.z.p.p.).

Zlecenie lekarskie ma charakter uniwersalny, niezależny od prawnej formy wykonywania zawodu pielęgniarki i już z tego względu nie stanowi ono polecenia pracowniczego, a wykonywane na jego podstawie świadczenia – nie są czynnościami pomocniczymi. Zlecenie lekarskie jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w relacjach lekarz – pacjent – pielęgniarka-lekarz (art. 15–19 u.p.p. w zw. z art. 9 u.p.p.). De facto, adresatem zlecenia lekarskiego jest pacjent, zlecenie jest częścią dokumentacji medycznej pacjenta, natomiast pielęgniarka jest podmiotem współuczestniczącym w procesie udzielania świadczenia. Istotna jest tu reguła, że zlecenie lekarskie może wykonać tylko taka pielęgniarka, która w zakresie zleconego działania medycznego posiada wymagane kwalifikacje zawodowe i umiejętności (*a contrario* art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Pielęgniarka zawsze ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi (art. 11 ust.1 u.z.p.p. i art. 12 ust.2 u.z.p.p.).

Współczesna rola pielęgniarki opiera się na wysokim stopniu profesjonalizmu zawodowego i aktywnym współdziałaniu samodzielnego zawodu medycznego w ramach zespołu terapeutycznego. Nieaktualny jest pogląd, że pielęgniarka jako personel średni może pomagać lekarzowi przy udzielanych przez niego świadczeń w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Zgodnie ze stanem prawnym, od 1 stycznia 2005 r. ustawodawca odstąpił od klasyfikowania pielęgniarek, jako średniego personelu ochrony zdrowia⁶ i od tej daty zawód pielęgniarki sklasyfikowano jako specjalistę do spraw zdrowia, posiadającego wysoki poziom wiedzy zawodowej, umiejętności oraz doświadczenia w zakresie nauk o zdrowiu.

⁶ Z chwilą wejścia w życie klasyfikacji zawodów i specjalności z 2004 r. Zmiany w zakresie klasyfikowania pielęgniarek i położnych wprowadzono stopniowo: do dnia 1 stycznia 2003 r. klasyfikowano je wyłącznie jako średni personel, a od tej daty do 30 stycznia 2004 r. zarówno w grupie specjalistów, jak i w grupie technicy i inny średni personel. Objasnienia do struktury klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy, rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.).

Wykonywanie czynności pomocniczych w indywidualnej praktyce lekarskiej nie może być zatem rozciągane na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę. Dodatkowo, mając na względzie art. 24 ust.2 u.z.p.p.R.P. jednoznacznie wynika, że w zakresie czynności pomocniczych nie mieszczą się czynności związane z wykonywaniem zawodów medycznych w rozumieniu art.2 ust.1 pkt 1 2 u.dz.1. Czynności pomocnicze to inne czynności niż świadczenia zdrowotne. Osobami nie będącymi lekarzami, z którymi lekarz w ramach indywidualnej praktyki może współpracować, to m.in. księgowa, rejestratorka, czy osoba sprzątająca.

Jeżeli natomiast w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej zostanie zatrudniona osoba wykonująca zawód pielęgniarki do tzw. pomocy lekarzowi - to należy uznać, iż osoba ta nie wykonuje tu zawodu pielęgniarki.

Zgodnie z przepisami prawa ubezpieczeń społecznych, w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej - lekarz może zatrudnić osobę współpracującą, za którą uważa się małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyzna oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu tej działalności lub wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia; nie dotyczy to osób, z którymi została zawarta umowa o pracę w celu przygotowania zawodowego (art.8 ust.11 u.s.u.s.). Nie zmienia to jednak poczynionych ustaleń, iż w/w osoby współpracujące – nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych, natomiast mogą wykonywać tylko czynności pomocnicze.

4. Wnioski

- W ramach indywidualnej praktyki lekarskiej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie osobiście przez lekarza.
- Czynności pomocnicze nie mieszczą się w czynnościach związanych z wykonywaniem zawodów medycznych. Czynnościami pomocniczymi w tym znaczeniu nie może być udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym i nie obejmuje dyspozycji przepisu art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

- Praktyka zawodowa wykonywana przez lekarza lub pielęgniarkę, polega na osobistym wykonywaniu danego zawodu w ramach działalności leczniczej. Praktykę zawodową odróżnia to od podmiotu leczniczego.
- Ustawodawca wyraźnie określił gdzie i jaką dokumentację medyczną może prowadzić pielęgniarka. Nie przewidziano rozwiązań, które umożliwiłyby pielęgniarce dokumentowania świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach żadnej praktyki lekarskiej (ani na zlecenia lekarskie, ani bez zlecenia lekarskiego).
- Istotą samorządności jest obowiązek przynależności każdej osoby wykonującej zawód pielęgniarki do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Obowiązkiem samorządu jest sprawowanie nad swoimi członkami pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu pielęgniarki. Organy samorządu pielęgniarek i położnych nie mogą kontrolować indywidualnych praktyk lekarskich i jakości udzielanych przez nie świadczeń, co dodatkowo potwierdza brak możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach praktyki lekarskiej.
- Jeżeli lekarz i pielęgniarka zamierzają wspólnie prowadzić działalność lub lekarz zamierza zatrudniać pielęgniarkę/i, należy utworzyć podmiot leczniczy, w którym będą mogły one być zatrudniane.
- Ustalenia zawarte w niniejszej opinii mają odpowiednie odniesienie do wykonywania zawodu położnej.
- Odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentowi w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej ponosi wyłącznie lekarz, tj. zarówno za te wyrządzone przez siebie, jak i ewentualnie przez osoby pomagające.
- Wykonywanie czynności w ramach indywidualnej praktyki zawodowej przez osoby nieuprawnione - jest zagrożone odpowiedzialnością karną.

Uwaga

Problematyka praktyk zawodowych jest niezwykle szeroka i wielowątkowa. Do jednej z tych sfer należą bez wątpienia kwestie opodatkowania działalności tych praktyk, czyli podmiotowość podatkowa⁷, jak i kwestie obowiązków oraz praw z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego. Kwestie te nie były przedmiotem niniejszej analizy.

⁷ R. Witczak, *Opodatkowanie działalności medycznej lekarzy i pielęgniarek*, Warszawa 2009 r.

De lege ferenda

Do rozważenia jest natomiast przyjęcie rozwiązania - umożliwiającego pielęgniarkom, położnym i lekarzom wykonywania zawodu w ramach mieszanych grupowych praktyk zawodowych. Przyjęcie takich rozwiązań prawnych umożliwiło by tworzenie różnych konfiguracji mieszanych praktyk grupowych pomiędzy: lekarzami, lekarzami dentykami, pielęgniarkami, położnymi oraz fizjoterapeutami, byłoby racjonalne organizacyjnie-lokalowo, gwarantowałoby wspólnikom (partnerom) równorzędną pozycję w procesie osobistego udzielania świadczenia zdrowotnego swoim pacjentom. Mogłoby być również korzystne z punktu widzenia prawa ubezpieczenia społecznego i podatkowego.



ORDYNOWANIE LEKÓW Z GRUPY OTC

Warszawa 05.08. 2020 r.

OPINIA PRAWNA

**w sprawie samodzielnego ordynowania i wystawiania recept na leki z grupy OTC
przez pielęgniarki i położne**

Zlecający: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie

Wykonawca: prof. nadzw. dr hab. n. praw. Dorota Karkowska, radca prawny

Przedmiot opinii:

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

1. Czy pielęgniarka i położna może samodzielnie ordynować leki z grupy OTC, w tym wystawić na nie receptę ?

Odpowiedź

Pielęgniarka i położna nie wystawia recept na leki z grupy OTC.

Uzasadnienie

Leki z grupy OTC (ang. *over-the-counter drug*) są to w medycynie, leki wydawane bez recepty lekarskiej oraz bez recepty pielęgniarskiej. Czyli z założenia nie wydaje się ich na receptę.

Idea OTC umożliwia pacjentom samoleczenie w powszechnych dolegliwościach, jak również w okresie przed zasięgnięciem porady lekarskiej czy pielęgniarskiej. Leki z grupy OTC „(...) są szeroko stosowane wśród pacjentów, przede wszystkim ze względu na ich łatwą dostępność, jak również z powodu przystępnych cen. Samoleczenie przy ich użyciu jest często wybieraną alternatywą zamiast wizyty u lekarza w przypadku pojawienia się różnych dolegliwości zdrowotnych. Ich status „leków dostępnych bez przepisu lekarza” powoduje, że w przeświadczeniu dużej grupy społeczeństwa są to produkty lecznicze o małej toksyczności, niezagrażające życiu lub zdrowiu. Tymczasem, niewłaściwe stosowanie (np. zażycie zbyt dużej dawki) takich substancji jak dekstrometorfan, kodeina, benzydamina czy pseudoefedryna może prowadzić do bardzo poważnych niepożądanych działań, wymagających hospitalizacji lub kończących się zgonem. Niepokojący jest także

fakt stosowania niektórych z tych substancji w tzw. „celach rekreacyjnych”. Takie przypadki dotyczą w znacznej części młodzieży, która może być zachęcona faktem, że stosowane w celach odurzających leki są w pełni legalne. (Farm Współ 2014; 7: 1-7)”. Pomimo w/w wskazanych niebezpieczeństw – pacjent ma prawo do samodzielnego zaopatrywania się w leku z grupy OTC.

W praktyce przepisanie przez lekarza pacjentowi leku z grupy OTC, jest realizowane tak jak lek bez recepty pomimo, iż jest on wpisany przez lekarza na receptę.

Problem pojawił się jednak w przypadku wpisania leku z grupy OTC na receptę wystawioną przez pielęgniarkę czy położną. W praktyce odmawia się wydania leków na podstawie recepty wystawionej przez pielęgniarkę, nawet jako leków bez recepty.

W naszej ocenie odpowiedzi na to pytanie nie należy szukać w kategoriach: „(...) *co sobie myśli o środowisku pielęgniarskim farmaceuta, który próbuje taką receptę zrealizować „pielęgniarka ma mniejsze kompetencje niż pacjent w zakresie ordynacji leku z grupy OTC”.*

Zgodnie z art. 2 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U.2020.514) *Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.*, a zgodnie z art. 45 lekarz może ordynować, leki środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Mamy tu ogólne domniemanie, iż każdy lekarz może przepisać każdy lek, z zachowaniem zasad określonych w przepisach prawa. To lekarz nadal jest odpowiedzialny za leczenie pacjenta, w tym za ordynację leków.

Zgodnie z art. 4 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U.2020.562, dalej u.z.p.p.): *Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.*

Uprawnienia pielęgniarki i położnej w zakresie samodzielnego podjęcia decyzji o zastosowaniu określonego leku u pacjenta oraz zasady i okoliczności wystawienia recept, obowiązujące dopiero od 1 stycznia 2016 r. Wyróżnia się trzy sytuacje: 1. stosowania produktów leczniczych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, 2. samodzielna ordynacja leków na podstawie wystawionej recepty oraz 3. wystawienie recepty na leki w ramach zlecenia lekarskiego, niezbędnych do kontynuacji leczenia.



W obecnym stanie prawnym pielęgniarka i położna może samodzielnie bez zlecenia zastosować u pacjentów leki na podstawie art. 6 u.z.p.p. **tylko w zakresie określonym w załącznikach** do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (tekst jedn. Dz.U.2017.497).

Natomiast pielęgniarka i położna ma prawo do samodzielnego ordynowania leków, zawierających określone substancje czynne, w tym wystawiania na nie recepty na podstawie art. 15 u.z.p.p. – **ale wykaz substancji czynnych zawartych w lekach** wyraźnie określa rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U.2018.299).

Porównując wykazy produktów leczniczych wymienionych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz wykaz substancji czynnych zawartych w lekach ujętych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne, – wysuwa się wniosek, że prawo pielęgniarek i położnych do samodzielnego ordy-

nowania leków jest uregulowane w sposób niejednoznaczny, zarówno z uwagi na posługiwanie się w jednym rozporządzeniu sformułowaniem „*wykaz produktów leczniczych*”, a w drugim „*wykazu substancji czynnych zawartych w lekach*”, jak i rozbieżności co do rzeczywistego zakresu uprawnień przysługujących pielęgniarce i położnej.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego pielęgniarka może podjąć decyzję o zastosowaniu danego leku lub wyrobu medycznego, kiedy sprawuje osobistą i bezpośrednią opiekę nad pacjentem w sytuacji braku obecności lekarza, ale na te leki lub wyroby medyczne nie będzie mogła wystawić recepty czy wydać zlecenia – jeżeli nie będą one wymienione w rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

Pielęgniarka i położna, wystawiają recepty na leki na zasadach określonych w art. 95b, art. 96 a i 96b ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.), jako osoby uprawnione (art. 2 pkt.14 ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dz.u.2020.357 t.j.)

Konkluzja

1. Ustawodawca wyraźnie ustalił zakres:

- produktów leczniczych do samodzielnego stosowania przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego, oraz
- wykaz substancji czynnych zawartych w lekach do samodzielnej ordynacji, na które pielęgniarka i położna może wystawić receptę – biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany przepisami zakres umiejętności.

2. Na dzień dzisiejszy zgodne z prawem jest odmawianie przez farmaceutów realizacji recepty wystawionej przez pielęgniarkę lub położną na leku z grupy OTC.

3. Farmaceuta ma obowiązek wydania pacjentowi leków z grupy OTC, jeżeli pacjent zwróci się o ich wydanie.

4. Biorąc pod uwagę wiele wątpliwości występujących w praktyce pielęgniarskiej i położniczej w zakresie uprawnień związanych z samodzielną ordynacją leków oraz kontynuacją recepty na lek w ramach zlecenia lekarskiego – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych – podjęła działania w celu uporządkowania i rozszerzenia uprawnień pielęgniarek i położnych w omawianym zakresie.

ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE Z ZAKRESU POZ

Z dniem 1 sierpnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Nowe kompetencje:
PIELĘGNIARKI POZ

Zgodnie z nowymi przepisami kompetencje pielęgniarek i położnych POZ są większe, zależą od posiadanych uprawnień zawodowych.

Pielęgniarka może m.in.

- wystawić skierowanie na wybranie badania diagnostyczne w tym laboratoryjne (wyjątek stanowią badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta),

- przepisać receptę na lekarstwo w ramach kontynuacji dotychczasowego leczenia,
- wystawić receptę na określone leki zawierające substancje czynne (wyjątek stanowią leki odurzające, psychotropowe, leki o bardzo silnym działaniu i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego),
- samodzielnie dobrać sposób leczenia (m.in. opatrunek opatrzenia rany w ramach świadczeń leczniczych bez wcześniejszego zlecenia lekarskiego,
- wystawić zlecenie, albo receptę na wyroby medyczne jak np. pieluchomajtki,
- prowadzić profilaktykę chorób i promocję zdrowia.

POŁOŻNEJ POZ

Dodatkowe kompetencje położnej dają jej prawo do:

- udzielania porad kobietom z chorobami ginekologicznymi i w ramach onkologii ginekologicznej,
- kierowania pacjenta do lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii,
- samodzielnego doboru sposobu leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego na podstawie przeprowadzonego wywiadu, wykonanie badania fizykalnego, opatrzenie rany i udzielenie wskazówek na temat dalszej pielęgnacji,
- wykonania podstawowych pomiarów życiowych i ich oceny,
- przepisywania leków na receptę zawierających określone substancje czynne (wyjątkiem są leki odurzające, psychotropowe i o bardzo silnym działaniu, a także środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego),
- wystawienie recepty na leki będące kontynuacją dotychczasowego leczenia przewlekłych schorzeń,
- wystawienia zlecenia na wybrane wyroby medyczne,
- wystawienia skierowania na badania w ramach medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem takich, które wymagają metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy,
- wykonania oraz interpretacji badania KTG płodu u kobiety ciężarnej.





DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 17 lipca 2020 r.

Poz. 1255

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 8 lipca 2020 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736 i 2120) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w załączniku nr 1 w części V „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” w ust. 4 w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:
 - „a) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944),”;
- 2) w załączniku nr 2:
 - a) w części I w ust. 1 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 i 7 w brzmieniu:
 - „6) poradę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
 - 7) poradę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie,”
 - b) w części IV „Warunki realizacji świadczeń pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej” w ust. 4:
 - w pkt 1 lit. i otrzymuje brzmienie:
 - „i) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,”
 - w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:
 - „b) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,”
 - c) dodaje się część V w brzmieniu:

„Część V. Warunki realizacji porady pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej

NAZWA ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO	WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ	
1	2	3
Porada pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej	Personel	1) pielęgniarstwo podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172), lub

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 695 i 945.

1	2	3
		2) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, posiadająca uprawnienia zawodowe określone w art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567 i 945), lub 3) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, uprawniona do samodzielnego doboru sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych bez zlecenia lekarskiego.
	Zakres świadczenia	1) profilaktyka chorób i promocja zdrowia lub 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, lub 3) ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub 4) wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub 5) ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub 6) wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy.
	Dostępność badań lub procedur medycznych	Dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
	Standard i organizacja udzielania świadczenia	1. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia w ramach świadczeń zapobiegawczych udzielanych przez pielęgniarkę obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie wywiadu w celu zdefiniowania problemów zdrowotnych oraz ocenę stopnia przygotowania świadczeniobiorcy do samo-kontroli i samoopieki; 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę; 3) wykonanie badania fizykalnego; 4) ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych; 5) opracowanie planu edukacji zdrowotnej; 6) przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi, w tym edukację dotyczącą przyjmowania leków i suplementów diety; 7) naukę technik samodzielnej obserwacji; 8) ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach); 9) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich. 2. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie wywiadu; 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę; 3) wykonanie badania fizykalnego;

1	2	3
		<p>4) przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;</p> <p>5) opatrzenie ran;</p> <p>6) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich, w tym kierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.</p> <p>3. Ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, obejmuje:</p> <p>1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego;</p> <p>2) ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, i wystawienie recepty lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;</p> <p>3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich.</p> <p>4. Wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, obejmuje:</p> <p>1) przeprowadzenie wywiadu;</p> <p>2) wystawienie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;</p> <p>3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich.</p> <p>5. Ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty obejmuje:</p> <p>1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego;</p> <p>2) ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;</p> <p>3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich.</p> <p>6. Wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy obejmuje wykonanie następujących czynności:</p> <p>1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego;</p> <p>2) wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia;</p> <p>3) udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich.</p>
	Miejsce udzielania świadczeń	<p>1) gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub</p> <p>2) miejsce pobytu świadczeniobiorcy.</p>

1	2	3
	Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze	Zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 2 w części IV „Warunki realizacji świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej”, w ust. 4.

3) w załączniku nr 3:

a) w części I w ust. 1 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 i 6 w brzmieniu:

„5) poradę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

6) poradę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie.”;

b) w części III „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej” w ust. 4:

– w pkt 1 lit. i otrzymuje brzmienie:

„i) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,”;

– w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,”;

c) dodaje się część IV w brzmieniu:

„Część IV. Warunki realizacji porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej

NAZWA ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO	WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ	
	1	2
Porada położnej podstawowej opieki zdrowotnej	Personel	1) położna podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172), lub 2) położna podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, posiadająca uprawnienia zawodowe określone w art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567 i 945), lub 3) położna podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, uprawniona do samodzielnego doboru sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych bez zlecenia lekarskiego.
	Zakres świadczenia	1) porada dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej lub 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, lub 3) ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub 4) wystawianie recepty na leki zleczone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub

1	2	3
		5) ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub 6) wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy, lub 7) wykonywanie oraz interpretacja badania KTG u kobiety ciężarnej.
	Dostępność badań lub procedur medycznych	Dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
	Standard i organizacja udzielania świadczenia	1. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie wywiadu; 2) wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę; 3) wykonanie badania fizykalnego; 4) przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran; 5) opatrzenie ran; 6) wydanie informacji o zaleceniach położnej, w tym kierowanie do lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. 2. Porada dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej obejmuje wykonanie następujących czynności: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego; 2) przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorcy, zgodnie z rozpoznanymi problemami zdrowotnymi, oraz wskazanie świadczeniobiorcy trybu dalszego postępowania, w tym informacji o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty celem dalszej oceny stanu zdrowia; 3) wydanie informacji o zaleceniach położnej. 3. Ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego; 2) ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, i wystawienie recepty lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia; 3) wydanie informacji o zaleceniach położnej. 4. Wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie wywiadu; 2) wystawienie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia; 3) wydanie informacji o zaleceniach położnej.

1	2	3
		5. Ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego; 2) ordynowanie wyrobów medycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia; 3) wydanie informacji o zaleceniach położnej. 6. Wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy, obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego; 2) wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia; 3) wydanie informacji o zaleceniach położnej. 7. Wykonywanie oraz interpretacja badania KTG u kobiet ciężarnych: <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie wywiadu lub przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego; 2) wykonywanie badania KTG przez minimum 20 minut; 3) ocena zapisu KTG; 4) wydanie informacji o zaleceniach położnej.
	Miejsce udzielania świadczeń	1) gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub 2) miejsce pobytu świadczeniobiorcy.
	Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze	Zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 w części III „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej”, ust. 4.

4) w załączniku nr 4 w części III „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej” w ust. 4 w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

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

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

PRAWA PACJENTA A ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Iwona Michańcio
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

USTAWA Z DNIA 6 LISTOPADA 2008 R.
O PRAWACH PACJENTA
I RZECZNIKU PRAW PACJENTA
(T.J. DZ.U. 2020, POZ. 849)



Rozdział 5

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Art. 15. [Zakres stosowania przepisów]

Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art. 16. [Prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 17. [Przedmiot zgody; forma zgody lub sprzeciwu; uprawnienia osób małoletnich, ubezwłasnowolnionych, upośledzonych]

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Art. 18. [Wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzające podwyższone ryzyko]

1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.

1a. W przypadku wyrażenia zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702), lub przy użyciu podpisu osobistego, wymagana jest forma dokumentowa.

2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 i 1a pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.

3. Przepisy art. 17 ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.

Art. 19. [Udzielanie świadczeń zdrowotnych pomimo sprzeciwu pacjenta]

Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, ratownika medycznego oraz pielęgniarkę systemu pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i art. 18, określają odpowiednio przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art.

11 ust. 10a-10c ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 374 i 567).

Podstawą działania pielęgniarki, położnej jest dobrowolnie, świadomie i swobodnie wyrażona zgoda pacjenta na wszystkie zabiegi terapeutyczne i diagnostyczne, pielęgnacyjne. Prawo do zgody chroni autonomię chorego, zobowiązuje pielęgniarkę, położną do jej poszanowania. Stanowi ono powszechnie akceptowaną przesłankę postępowania medycznego. Nadaje cechy prawności interwencji pielęgniarki, położnej, wyznaczając granice jej legalności. Powoduje, że chory akceptuje ryzyko zabiegu, przyjmując je na siebie. Prawo do zgody musi spełniać przesłanki podmiotowe i przedmiotowe dla swojej skuteczności. W tym zakresie stosuje się ogólne zasady prawa cywilnego i wymaga się od pacjenta oraz przedstawicieli chorych niezdolnych do świadczenia woli, posiadania zdolności do wyrażenia zgody. Przedmiot zgody nie może być sprzeczny z prawem. Obowiązujące ustawodawstwo nie precyzuje formy zgody. Zależy ona od praktyki przyjętej w danym środowisku lub szpitalu. Zgoda pacjenta powinna być wyrażona zwłaszcza przy zabiegach o podwyższonym ryzyku. Zgodę dorozumianą uznaje się za wystarczającą, gdy przeprowadzenie zabiegu leży w interesie pacjenta, który wyraziłby na niego zgodę, gdyby był w stanie jej udzielić. Zgoda poprzedzona rzetelnym poinformowaniem pacjenta nie oznacza, że pielęgniarka, położna ma prawo dokonać każdego zabiegu. Winna ona być uzasadniona stanem zdrowia chorego.

Pacjent ma prawo do kulturalnego oraz życzliwego traktowania, poszanowania godności osobistej, decydowania o postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i zapobiegawczym, które poza wyjątkami ustawowymi odbywać się może tylko za jego zgodą, rzetelnej informacji o stanie swego zdrowia i leczenia, czy kontaktów z duchownym.

Rozdział 3

Prawo pacjenta do informacji

Art. 9. [Zakres prawa do informacji]

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2.
5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.
6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.

7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.

Art. 10. [Prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia]

W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Art. 11. [Prawo do informacji o prawach pacjenta]

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych.

3. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa w ust. 1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art. 12. [Prawo do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych]

Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Zgoda pozostaje w ścisłym związku z problematyką prawa do informacji. Prawo to łączy się z autonomią pacjenta, dobrami osobistymi i prywatnością życia. Zasadą jest, że chory ma prawo do prawdy, ale zakres podawanych informacji może być zróżnicowany w zależności od jego inteligencji, stanu psychicznego oraz rodzaju zabiegu.

Pielęgniarka, położna jest to zawód szczególny, którego właściwe wykonywanie wymaga nawiązania odpowiedniej więzi z pacjentem, więzi opartej na zaufaniu. Nie chodzi tu jednak o takie zaufanie, jakie przewidywał paternalistyczny model stosunków pacjenta z pielęgniarką, położną czy lekarzem. Nie chodzi o bezgraniczne zaufanie i posłuszeństwo ze strony pacjenta; o bezwzględne uznanie autorytetu pielęgniarki, położnej, która – jego zdaniem – potrafi najlepiej ocenić potrzeby chorego. Dzisiaj stosunek pacjenta do pielęgniarki, położnej powinien być oparty na zaufaniu wyni-

kającym z przekonania chorego, że pielęgniarka, położna w każdej sytuacji potraktuje go z należytą uwagą, nie jako przedmiot zabiegów pielęgnacyjnych, lecz jako partnera w procesie pielęgnowania, dzieląc się z nim uzyskanymi informacjami o jego stanie zdrowia oraz odpowiedzialnością za ostateczny efekt leczenia i pielęgnowania. Obecnie istniejące regulacje normatywne związane są z szerszą przemianą poglądów dotyczących stanowiska pacjenta wobec pielęgniarki, położnej na rzecz świadomego uczestnictwa tego pierwszego w procesie pielęgnowania oraz poszanowania jego autonomii i wynikającego z niej prawa do informacji.

Dlatego artykuł 10 Europejskiej Konwencji o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny stanowi w punkcie drugim, iż Każdy ma prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi na temat jego zdrowia. Należy jednak respektować życzenie osób, które nie chcą zapoznać się z tymi informacjami.

Postanowienia konwencji formułują więc to zagadnienie w kategorii prawa pacjenta, dopuszczając jednocześnie w punkcie trzecim to, że w wyjątkowych przypadkach prawo wewnętrzne może wprowadzić w interesie osoby zainteresowanej ograniczenia w wykonywaniu praw określonych w ustępie drugim.

Rozdział 7

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Art. 23. [Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej]

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Art. 24. [Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej; przetwarzanie danych]

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

2. Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25 ust. 1, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:

1) osoby wykonujące zawód medyczny;

2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

3. Osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

4. (uchylony).

5. Jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zawarł umowę o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”, realizacja tej umowy nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zapewnienia, bez zbędnej zwłoki, dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.

6. Podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych w związku z realizacją umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 rozporządzenia 2016/679, jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją tej umowy. Podmiot ten jest związany tajemnicą także po śmierci pacjenta.

7. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on zobowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, który powierzył przetwarzanie danych osobowych.

Elementem informowania pacjenta jest przysługujące mu prawo dostępu do dokumentacji medycznej. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta zapewniła dostęp chorego do jego dokumentacji medycznej. Regulacja ta nakłada na podmiot leczniczy obowiązek udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej.

Dane o stanie zdrowia, ze względu na swe znaczenie, zawsze były przedmiotem szczególnej uwagi i ochrony, czego wyrazem jest tajemnica lekarska, pielęgniarska traktowana jako jedna z najważniejszych tajemnic zawodowych.

Obecnie wprowadzane, zarówno w prawodawstwach międzynarodowych, jak i krajowych, rozwiązania prawne rozszerzają zakres podmiotów zobowiązanych do ochrony danych, w tym danych o stanie zdrowia. Ochrona danych o stanie zdrowia nie jest już bowiem wyłącznie problemem zachowania tajemnicy lekarskiej, pielęgniarskiej, ale generalnie zabezpieczenia danych przed nieuprawnionym ich ujawnieniem przez wszystkie osoby i podmioty przetwarzające dane, zwłaszcza w systemach informatycznych, zarówno z uwagi na postęp w rozwoju medycyny, dzięki któremu możliwe jest zbieranie szczegółowych informacji o człowieku na podstawie wyników badań i diagnoz, jak też ze względu na łatwość dowolnego ich zestawiania i przekazywania za pomocą systemów informatycznych. Z tego względu ważne jest ustawodawstwo z zakresu ochrony danych osobowych. RODO czyli rozporządzenie unijne o ochronie danych osobowych, jakkolwiek niedoskonałe, już w chwili obecnej stanowi istotny instrument ochrony danych, w tym danych medycznych, na co wskazuje ilość i jakość sygnalizowanych Prezesowi Urzędu Ochrony Danych Osobowych spraw dotyczących ochrony danych o stanie zdrowia.

SZTUCZKA Z LORNETKĄ, CZYLI O POCZUCIU WŁASNEJ WARTOŚCI

BEATA PIETRZAK
– psycholog kliniczny

*Nikt nie może sprawić, że będziesz czuł się gorszy,
bez twojej własnej zgody.*

Eleanor Roosevelt

Otrzymałam hasło – „Pani Beato, może o poczuciu własnej wartości tym razem? Są sygnały, że w swojej pracy pielęgniarki i położne nie zawsze utrzymują poczucie własnej wartości. Pomoc i wsparcie w tej kwestii wydaje się ważne”. – Pewnie, że ważne. Zaczynam szukać w głowie odpowiedniego wstępu. Mam wrażenie, iż chciałabym zacząć od uzmysłowienia Paniom, że nie są w tej kwestii wyjątkowe. Że kłopoty z poczuciem własnej wartości mogą mieć wszyscy, niezależnie od stanowiska w pracy. Wtedy przypomina mi się zabawna – niezabawna historia...

To było dawno temu. Byłam świeżo po studiach i o dziwo dostałam etat nauczyciela akademickiego na jednej z uczelni. O ile pamiętam, opowiadałam przedmiot „psychologia niedostosowania społecznego”. Rozpoczęłam zajęcia od zadania pracy domowej, która polegała na napisaniu pracy pisemnej pt.: „Mój pierwszy raz”. Szczerze mówiąc byłam przekonana, że zaraz usłyszę sprzeciw, że mnie wygwizdzą (a nie należeli do potul-

nych uczniów). Tym czasem najpierw zapadła cisza. Niektóre dziewczyny popatrzyły tylko zniesmaczone. Potem pojawił się nerwowy chichot chłopaków. Reszta wyglądała na przerażoną. Wreszcie padło pytanie: „Ale o jaki pierwszy raz właściwie chodzi?” A ja na to: „Przecież dobrze państwo wiecie. – „Aaa, no tak, dziękuję”. Pytanie następne: „Czy to będzie TYLKO dla Pani, czy będziemy czytać na forum?”. Nie wierzyłam własnym uszom i oczom ale robię poważną minę i gadam: Nie ma przymusu, ale śmiazków doceniam (taka jestem wspaniałomyślna). Pytanie kolejne: „Czy MAMY opisywać wszystko, czy TYLKO doznania emocjonalne?” I wreszcie pytanie, które mnie dobiło i kazało natychmiast zakończyć eksperyment: „A co z kimś, kto nie miał pierwszego razu?” Wtedy dopiero napisałam temat na tablicy. Brzmiał on chyba mniej więcej tak: „Brak poczucia własnej wartości a zagrożenia niedostosowania społecznego”. „O jaaaaaa!” – usłyszałam. „Jak nas pani wkręciła, jest mi teraz strasznie głupio”. Czyli: zrozumieli.



Zajęcia były bardzo udane. Dużo rozmawialiśmy, wręcz nie chciały się wychodzić z sali, mimo że minęło półtora godziny. Mówili, o swoich odczuciach, jak gdyby usprawiedliwiając się, że nie sprzeciwili się mojemu karygodnemu poleceniu. Byłam wtedy kilka lat starsza od nich, nowozatrudniona i czasem nie mniej wystraszona od nich. Poprosiłam aby nie zdradzali tematu zajęć kolejnej grupie. Pewnie, że nie zdradzili. Wręcz pytali mnie później, czy tamci też się „wkręcili”. A jakże...

Wnioski są wcale niezabawne. Na około siedemdziesiąt osób tylko jeden chłopak powiedział: „Przepraszam, ale to nie jest dla mnie zadanie. Nie wykonam go.” Jedna osoba, która zachowała się racjonalnie i w zgodzie z samym sobą.

Ostuchaliśmy się ze stwierdzeniem: „pozostań sobą”. Co jednak oznacza bycie sobą? Czy znaczy to tyle, by zachowywać się w przewidywalny, powtarzalny sposób mimo zmieniających się warunków, czy też może bycie sobą to umiejętność elastycznego dopasowywania się do różnorodnych środowisk? Analizując co oznacza bycie sobą można skoncentrować się właśnie na poczuciu własnej wartości, która kształtuje się w toku rozwoju struktury „ja” obok poczucia tożsamości. Jest to przekonanie o autonomicznej wartości własnej osoby a także oczekiwanie jego potwierdzenia ze strony innych ludzi i od samego siebie. Uformowanie się poczucia własnej wartości następuje pod wpływem informacji od otoczenia społecznego (np. w formie aprobaty, uznania, akceptacji), że osoba jest traktowana jako wartość (dobro), że jest cenną częścią grupy i posiada w tej grupie określony status. Kształtuje się w końcu na podstawie oceny położenia „ja” w systemie wartości. Inaczej mówiąc chodzi tu o poczucie bycia „dopasowanym”, spójnym z innymi w określonym systemie wartości.

Chwilowe lub względnie trwałe zmiany poczucia własnej wartości są czymś zupełnie naturalnym i wynikają choćby z tego, że zmieniamy się w toku indywidualnego rozwoju. Zmieniają się także wartości innych osób, z którymi się porównujemy. Psycholog powiedziała, że prawidłowa osobowość stale wykazuje niewielkie oscylacje w zakresie poczucia własnej wartości. Inaczej jest gdy amplituda tych oscylacji staje się duża, albo gdy postrzeganie wartości „ja” są nieadekwatne (zanizone lub zawyżone poczucie własnej wartości). Wtedy mówimy o zaburzeniach osobowości. Problem staje się poważny, gdy to co w naszej ocenie nie mieści się w systemie wartości własnych, w grupie dla nas istotnej zajmuje centralne miejsce...

POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI A MATERIALIZM

Fakt, cenię różne materialne rzeczy. Chcę tego i owego. Czasem przepłacę za kieckę, której tak naprawdę nie potrzebuję, a właściciele centrów ogrodniczych zacierają ręce na mój widok. Kupujemy, wydajemy, gromadzimy. Nie ma w tym nic nadzwyczajnego. Człowiek posługiwał się rzeczami od zarania dziejów. Nawet zażarty krytyk konsumpcji i postawy „mieć” – Erich Fromm przyznaje, że naturalną koniecznością związaną z życiem w cywilizowanym świecie jest dążenie do zapewnienia sobie materialnego zaplecza własnej egzystencji. Zaspokajanie potrzeb poprzez różnorodne dobra na pewno gwarantuje nam, przynajmniej w pewnej części, poczucie psychicznego dobrostanu. Problem zaczyna się wtedy, gdy zainteresowanie dobrami materialnymi wykracza poza to, co nazywamy narzę-

dziem do zaspokojenia potrzeby. Problemem są już następujące zjawiska:

- nadmierna koncentracja na gromadzeniu dóbr materialnych (np. chwywanie dodatkowych prac kosztem zaniechania rodziny, własnego zdrowia. Są to domy, w których dzieci zapisywane na kilka kótek zainteresowań, bo tak naprawdę nie ma dla nich opieki).
- posiadanie dóbr w nadmiarze (czterdziesta para butów, sześćdziesiąta koszula).
- dążenie do tego, by mieć więcej od innych (cieszy mnie moja stawka kontraktowa dopóty, dopóki kolega nie dostanie wyższej).
- gromadzenie rzeczy dla samego gromadzenia, bez celu. Zasoby materialne jako cel same w sobie.
- dążenie do zaspokajania własnych sfrustrowanych potrzeb poprzez dobra materialne, kosztem innych, bardziej odpowiednich sposobów (np. próby podnoszenia własnej wartości poprzez posiadanie niedostępnego dla większości samochodu, zamiast budowania trwałych wartości dzięki utrzymywaniu dobrych relacji interpersonalnych).
- ocenianie siebie i innych poprzez kalkulację ilości zgromadzonych zasobów materialnych oraz traktowanie rzeczy materialnych jako podstawowy wskaźnik wartości człowieka.

Nie owijajmy w bawełnę, to jest choroba, która w literaturze popularnonaukowej nosi nazwę affluenza. J. de Graaf, D. Wann, T.H. Naylor (2005) w ten sposób ją definiują: **„bolesny, zaraźliwy, przenoszony społecznie stan nadmiaru (przesytu), zadłużenia, lęku i marnotrawstwa, wynikający z nieustannego dążenia do więcej”**.

W ujęciu Kassera materializm polega zatem na koncentrowaniu się na wartościach zewnętrznych, co z kolei pociąga za sobą zewnętrznie motywowane poszukiwanie satysfakcji w pieniądzu, zadowalającym odbiciu własnej twarzy w lustrze, oraz poczuciu bycia celebrytą, czy po prostu byciu podziwianym przez innych. Autor ten spreparował bardzo trafne porównanie zaspokajania potrzeb egzystencjalnych do zaspokajania potrzeby głodu. Według niego zaspokajanie najistotniejszych potrzeb człowieka poprzez materializm, ma się jak zaspokajanie głodu poprzez śmieciowe jedzenie. W przypadku jednego i drugiego głód zostaje zaspokojony, pojawia się nawet zadowolenie. Skutki dla zdrowia i psychicznego dobrostanu bywają jednak opletane.

Współczesny człowiek niekiedy nie chce już posiadać, chce doświadczać. „Odziani i syci” nie wywrą większego wrażenia nowym, drogim samochodem, który jutro nie będzie już nowy, a znajomy w tym czasie znajdzie droższy. Dziś ludzie wydają pieniądze na niematerialne dobra, które w założeniu mają wzbogacać. Ja. Posiadanie rzeczy mocno się spopularyzowało – większość z nas posiada podobne rzeczy. Dziś każda dziewczynka posiada już lalkę Barbie a każdy chłopiec ma tony klocków Lego. Przez doświadczenie możemy stać się wyjątkowi. Mamy szansę stać się popularni i podziwiani. Zarówno gromadzenie rzeczy jak i doświadczeń ma jednak w tym przypadku wspólny mianownik – motywację zewnętrzną, której celem jest poprawianie samooceny przez wzbudzenie zazdrości, podziwu u innych osób. Dziś nie wyciągamy starego

roweru aby spokojnie się przejechać, pooglądać wrześniowe krajobrazy, przewietrzyć głowę po pracy. Dziś kupujemy rower droższy od sprzętu sąsiada, odpowiednio (i drogo) się stylizujemy i wykupujemy osobistego trenera. Takie i podobne im zachowania świadczą o niskim poczuciu własnej wartości oraz o blokadzie możliwości zaspokajania istotnych potrzeb i realizowania wewnętrznych wartości.

Orientacja materialistyczna wydaje się wywodzić z chorej wizji świata, w której poczucie własnej wartości i świadectwem odniesienia w życiu mniejszego bądź większego sukcesu są dobra materialne, którymi człowiek może dysponować. Dodajmy do tego jeszcze piękny (zgodny z najnowszymi trendami medycyny estetycznej) wizerunek oraz popularność (odpowiadająca np. ilości podniesionych kciuków w mediach społecznościowych). Całe to trio ma prowadzić do szczęścia, satysfakcji i nieśmiertelności. Człowiek przestaje wręcz czekać na sympatię otoczenia, wyznając zasadę: „albo się jest bogatym, albo lubianym”. Materialiści nie liczą więc na jakiegokolwiek gratyfikacje ze strony innych ludzi, co tym bardziej skłania ich do ucieczki w świat rzeczy.

Jak rozumieć człowieka, który wybiera przedmiot od osoby, czym tłumaczyć ten sposób bycia- niebycia? Tu sięgnąć by trzeba do dzieciństwa tych osób i do ich nieprawidłowo funkcjonujących rodzin. Dość prawdopodobne jest, że nie otrzymały zaspokojenia najbardziej podstawowych potrzeb człowieka, dziecka.

Współczesna kultura wzmacnia i afirmuje takie cechy człowieka jak: indywidualizm, niezależność, samowystarczalność, wewnątrzsterowność i wolność. Ten dominujący w kulturze indywidualizm wyznacza charakterystyczny sposób myślenia o sobie, innych i świecie, opierający się na założeniu, że każdy jest „samotną wyspą”, a świat jest sumą takich wysp wyraźnie od siebie oddzielonych. Wszystko jest rozbite na atomy, wyodrębnione. Oczywiście poszczególne elementy wpływają jakkolwiek na siebie, jednak są to proste bodźce – reakcje. Konsekwencją jest m.in. poczucie niemocy oraz brak świadomości własnych działań, ponieważ brakuje nam informacji zwrotnych od otoczenia. Każdy żyje na własną rękę, we własnym egoizmie. Życie według takich zasad musi opierać się na rywalizacji z innymi. Philip Cushman mówi o „pustym ja”. Oznacza to, iż wraz z uniezależnieniem się człowieka i zwiększaniem swej wolności, człowiek pozbawia się jednocześnie podstawowego poczucia więzi ze światem, z innymi ludźmi. Pojawia się osamotnienie, zagubienie i lęk jako następstwa zerwanych więzi.

Środowisko pracy również jest miejscem budowania (lub rujnowania) poczucia własnej wartości. Jeśli mówimy o konstruktywnych oddziaływaniach, muszą być spełnione konkretne zasady organizacji pracy i traktowania pracowników. Wymieńmy najważniejsze:

- jasne, zrozumiałe dla wszystkich reguły postępowania, zapewniające przewidywalność, wzajemne zaufanie, poczucie bezpieczeństwa i sprawiedliwości
- przydzielanie obowiązków adekwatnie do możliwości konkretnej osoby: jej sytuacji życiowej, kwalifikacji, cech osobowościowych itd.
- lojalność i solidarność między pracownikami (nie musimy się przyjaźnić, nie musimy się nawet lubić, ale musimy się wzajemnie szanować)

- troska o przyjazną atmosferę w pracy
- dostrzeganie i nagradzanie wysiłków i starań pracowników (nie mówimy tu jedynie o nagrodzie materialnej, niezwykle ważne są słowa uznania, które sprawiają, że czujemy się kompetentni, potrzebni, szczególnie)
- wzajemna, bezinteresowna pomoc w sytuacjach trudnych
- uprzejmość i życzliwość wobec siebie, umiejętność współdziałania bez względu na pełnione stanowisko

Tymczasem coraz częściej zapominamy, że tworzymy zespół. Nie można dobrze wykonywać swojej pracy opiekując się chorym w pojedynkę (nawet jeśli mamy najlepsze chęci i kwalifikacje). Dotyczy to całego zespołu medycznego, bez wyjątku. Nie można też czuć się dobrze walcząc w pojedynkę w pracy z ludźmi – chorymi, trudnymi, samotnymi, oczekującymi od nas niekiedy więcej aniżeli możemy im dać. To nie prawda, że wnoszenie prywatnego życia do miejsca pracy powoduje obniżenie jej jakości. O wiele łatwiej jest uzyskać pomoc w postaci np. oddania dyżuru osobie, która nas zna i która wie, że dziecko jest chore. O wiele łatwiej jest też o taką pomoc poprosić. Organizacja pracy w takim przypadku toczy się bez zawracania głowy szefowi. Bez lęku pytamy koleżankę bardziej doświadczoną w razie wątpliwości, a wiadomo, że pomyłka w pracy z pacjentem bywa katastrofalna.

Najgorsze co może nam się przytrafić, to uwierzyć, że osobno znaczy lepiej. Że „robię swoje i nic mnie więcej nie obchodzi”. Póki jeszcze pamiętamy sytuacje kiedy dzięki drugiej osobie było nam raźniej, bezpieczniej, nie dajmy się emocjonalnie zamrozić.

OD CZEGO ZALEŻY POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI?

- od innych ludzi
- porównań społecznych
- bilansu osiągnięć i porażek
- aktywności własnej

Budowanie poczucia własnej wartości rozpoczyna się już w dzieciństwie, zanim staniemy się tego w pełni świadomi. Otrzymujemy od osób znaczących szereg sygnałów, które kształtują w nas opinię na swój temat. Czyli dzieje się to bez naszego większego udziału i rzutuje na całe późniejsze życie. Jeśli dziecko otrzymuje komunikaty, że nie spełnia (często wygórowanych) oczekiwań ważnych dla siebie osób, kształtować się może zanizzone poczucie własnej wartości.

Niskie poczucie własnej wartości może również wynikać z nieumiejętności wglądu w siebie i dostrzegania własnych mocnych stron przy jednoczesnych zbyt wysokich oczekiwaniach wobec siebie. Poczucie własnej wartości pozostaje w ścisłym związku z poziomem samooceny, rozumianej jako przewidywanie zakresu swoich możliwości. Samoocena odgrywa nadrzędną rolę w regulacji zachowania, ponieważ angażując się w jakiegokolwiek działania, szczególnie jeśli wymagają one dużego wysiłku, i są rozciągnięte w czasie, człowiek zwykle ocenia swoje możliwości. W różnych dziedzinach doświadczeń człowieka, kształtują się odpowiednio różne samooceny, które wahają się nieco w zależności od okoliczności, nastroju, opinii innych ludzi. Utworzenie się jednej, globalnej samooceny, świadczącej o tym, że jednostka nie różnicuje samooceny w zależności od rozmaitych

doświadczeń, uważane jest również za patologię. Nie można być świetnym we wszystkim, tak samo jak nie istnieje możliwość by „nie nadawać się do niczego”. Przeszczenie lub niedocenywanie własnej wartości, czyli nieprawidłowa ocena swoich możliwości jest charakterystyczna dla osób z zaburzeniami osobowości i nerwicami. Jeśli samoocena jest prawidłowa, to podejmowane działania odpowiadają realnym możliwościom jednostki.

ZANIŻONE / ZAWYŻONE POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI (SAMOOCENY):

Zaniżona samoocena to jak powiedzieliśmy wyżej stan, w którym człowiek przypisuje sobie zdecydowanie mniejsze możliwości aniżeli w rzeczywistości posiada, a w samoocenie zawyżonej dzieje się dokładnie odwrotnie.

Aspiracje osób z zaniżoną samooceną są poniżej poziomu realnych osiągnięć, wykazują ponadto małą odporność na stres. Zaniżonej samoocenie towarzyszy też często poczucie winy

i depresyjny nastrój. Nierzadką konsekwencją ujemnej samooceny (samoodtrącenia) i obniżonego

poczucia własnej wartości (samodeprecjacji) jest ograniczenie własnej aktywności i unikanie wyzwań, trudniejszych sytuacji wymagających nastawienia zadaniowego. W przypadkach znacznie obniżonego poczucia własnej wartości i zaniżonej samooceny występuje objaw błędnego koła: komunikaty od innych osób, które podwyższają samoocenę są odrzucane jako niepasujące, rozbieżne z tymi informacjami, które przez lata zakorzeniły się w strukturze „ja”, natomiast informacje potwierdzające niekorzystne myślenie o własnej wartości są odbierane jako zgodne, potwierdzające, stąd pogłębiają jeszcze nierealistyczną ocenę siebie. Kula śnieżna własnych kompleksów robi się coraz większa.

Mamy wśród nas koleżanki godzące pracę z samotnym wychowywaniem dzieci, bo mąż za granicą, opieką nad leżącą matką, uprawą pomidorów i Bóg jeszcze raczy wiedzieć z czym ale na moje słowa „to, co zrobiłaś dla tego pacjenta to mistrzostwo świata, jęć tobie bardzo wdzięczny” odpowiada: „jaaa? To nic takiego.” A to jest właśnie COŚ. I za każdym razem kiedy coś takiego którejś z Was powiem, mam nadzieję, że tego nie wykreślicie z głowy a zapakujecie do plecaka na przyszłość. Bo każdy z nas potrzebuje informacji zwrotnych, nie tylko w postaci upomnień. Potrzebujemy słyszeć, że to co robimy komuś się przydaje. W pracy psychologa nie jest inaczej. Jeśli myślicie, że skuteczna pomoc pacjentowi w szpitalu polega tylko na trudnych technikach terapeutycznych, to jesteście Panie w błędzie. Kilka dni temu byłam na konsultacji u starszego pana, który „podupał” psychicznie leżąc długi czas w szpitalu bez widzenia rodziny. Wnioski konsultacji były następujące „Pacjent pragnie krupniku swojej żony. Zaleca się przejście zupy od rodziny i podanie choremu”. Ot i co.

Nadmiar też nie jest niczym dobrym. Osoby z zawyżoną samooceną podejmują się z kolei zadań przekraczających ich możliwości, co w konsekwencji prowadzi do frustracji i życiowych niepowodzeń. Człowiek zawodzi siebie i otoczenie. Pojawia się niezrozumienie, stres, napięcie. W rezultacie włączają się mechanizmy obronne niwelujące tę rozbieżność. Taka oso-



ba nie ocenia siebie realistycznie, jako nie mającą odpowiednich umiejętności, jako osobę, która poniosła niepowodzenie ale jako pokrzywdzoną, nierozumianą i niedocenywaną przez środowisko. Przy zawyżonej samoocenie ludzie ponadto mają tendencję do spostrzegania porażek jako mniejszych niżeli jest w rzeczywistości oraz do dewaluowania innych osób.

W poprawianiu samopoczucia osoby z zawyżoną samooceną stosują niekiedy tzw. strategię samoutrudniania. Polegają one na przykład na tym, że osoba gromadzi celowo realne przeszkody w celu zminimalizowania rzeczywistych szans na osiągnięcie sukcesu. Podejmując się zadań uważanych (po modyfikacji) za niezwykle trudne dla innych osób, dostarczają sobie i otoczeniu usprawiedliwienia dla ewentualnych porażek. Mówimy niekiedy o kimś: „robi wszystko aby sobie skomplikować życie”. Być może działając w ten sposób chce zminimalizować oczekiwane niepowodzenie, czy to na polu zawodowym, czy osobistym.

W KIERUNKU POPRAWY POCZUCIA WŁASNEJ WARTOŚCI

W odpowiedzi na zgłoszone zapotrzebowanie postaram się teraz podpowiedzieć, jak próbować zwiększać nadszarpnięte w którymś momencie życia poczucie własnej wartości.

Zacznij od analizowania swoich myśli, czy przypadkiem nie utkwily w nich następujące błędy myślowe:

- **myślenie w kategoriach: wszystko albo nic** (myślenie czarno – białe). Jeśli czegoś nie wiem, to oznacza, że jestem głupia. Jeśli nie dam rady czegoś zrobić na 100%, lepiej żebym wcale tego nie robiła.
- **myślenie katastroficzne**: „Nie idę na tę specjalizację, nie poradzę sobie, zrobię z siebie pośmiewisko i po co mi to?”
- **wnioskowanie na podstawie emocji a nie obiektywnych faktów**: „Skoro czuję lęk, oznacza to, że coś mi grozi.”
- **Stwierdzenia „muszę” i „powinam”**: „Muszę być szanowana, muszę odnosić sukcesy, muszę być atrakcyjna, w przeciwnym razie nie będę szczęśliwa. Świat powinien być sprawiedliwy”, itd.



- **Selektywna uwaga:** wyłapywanie tych informacji, które pasują do naszej wizji świata przy jednoczesnym pominięciu bądź negowaniu informacji, które do tej wizji nie pasują (przykład z efektem śnieżnej kuli w niskiej samooceny).
- **Pomijanie pozytywów:** „Co z tego, że ludzie mnie chwala, ja i tak wiem swoje.”
- **Nadmierne uogólnianie:** To wyciąganie z pojedynczych zdarzeń zbyt daleko idących wniosków. Bardzo charakterystyczne dla tego błędu myślowego są sformułowania: *zawsze, wszyscy, każdy, żaden, nikt, nigdy* itp. Np. „Ja to zawsze mam pecha!”, „Nikommu nie jestem potrzebna”, „Zawsze wszystko robię źle”.
- **Wyolbrzymianie / minimalizowanie:** to wyolbrzymianie wad, porażek, czy słabszych stron oraz umniejszanie zalet, sukcesów, mocnych stron.
- **Etykietowanie:** nadawanie ogólnych etykiet sobie i / lub innym ludziom. Etykietując stawiamy znak równości między człowiekiem a zachowaniem pomijając równocześnie kontekst sytuacji i danego zachowania.

W następnej kolejności warto przyjrzeć się swoim **automatycznym myślom**. Pojawiają się one w naszych umysłach automatycznie i spontanicznie w odpowiedzi na wydarzenia, dźwięki, zapachy, doznania fizyczne itd. Współwystępują z myślami, których jesteśmy świadomi, którymi sami kierujemy. Myśli automatyczne tworzą interpretację tego, co się dzieje. Czekając na spóźniające się dziecko, jedna z nas może wpadać w panikę, że coś złego mu się stało, druga zaś złościć i planować okrutną karę za przewidywane szwędanie się z kolegami. Warto uczyć się rozpoznawania swoich własnych myśli automatycznych, a następnie każdorazowo sprawdzać ich autentyczność.

Innym ciekawym zjawiskiem psychologicznym istotnym także z punktu widzenia poczucia własnej wartości jest **samospełniające się proroctwo**. Są to oczekiwania, które mogą zmienić nasze zachowanie w taki sposób, że uzysku-

jemy to, czego oczekiwaliśmy. Czasem zakładamy bezpodstawnie, że ktoś nas nie lubi. Takie nastawienie będzie powodowało, że nasz umysł nastawiony jest na wyłapywanie wszelkich sygnałów to potwierdzających i ignorowanie sygnałów sprzecznych. Zwrócimy uwagę i zapamiętamy fakt, że ta osoba popatrzyła na nas dłużej i jakoś dziwnie, że potrąciła nas na korytarzu, nie przytrzymała szpitalnej windy. Myśląc, że ten ktoś nas nie lubi, zaczynamy same zachowywać się w stosunku do tej osoby podobnie. Wówczas to on zauważa naszą niechęć i daje realne sygnały antypatii. Wtedy myślimy: „nie myliłam się!” Pamiętajmy, że samospełniające się proroctwo działa też w drugą stronę!

Wreszcie należy zdać sobie sprawę z siły nawyków i przekonań które sprawiają, że działamy mechanicznie, bezrefleksyjnie. Przypomnijmy sobie moich studentów, którzy prawdopodobnie wykonaliby nieetyczne zadanie domowe. Najprawdopodobniej zadziałali nawykowo: „trzeba to napisać, żeby uzyskać zaliczenie” oraz kierując się przekonaniem: „Studenti powinni zawsze wykonywać polecenia nauczycieli”.

W pracy z pacjentem też niejednokrotnie zachowujemy się kierując się jedynie nawykami i irracjonalnymi przekonaniem. Czasem popatrzymy na coś jakby od innej strony i zastanawiamy się: „dlaczego właściwie działamy w tak irracjonalny sposób?” „kto to wymyślił?”, ale nikomu nie chce się zastąpić starego nawyku nowym, irracjonalnego przekonania racjonalnym. Często tkwimy w irracjonalnym przekonaniu, pod tytułem: „tak po prostu ma być” nawet jeśli płacimy za to wypaleniem zawodowym i brzydzimy się siebie za kolejne poniżenie, które w ciszy przyjmujemy.

Poprawianie samooceny to w końcu chęć ciągłego samorozwoju. Czasem zamiast narzekać i zazdrościć innym, warto zainwestować w tą nową kieckę i pojechać na konferencję czy szkolenie. Zmiana otoczenia, przerwanie rutyny, kontakt z innymi osobami, które wykonują ten sam zawód i wciąż potrafią się śmiać potrafią sprawić, że następnego dnia patrzy na siebie jakby drugą stroną lornetki. Poczucie bycia mocnym w swojej dziedzinie, świadomość swoich mocnych ale i słabych stron i dobre nastawienie do innych ludzi nie tylko podnosi poczucie własnej wartości ale ułatwia zrozumienie, co nie jest moje, co nie jest w stanie mnie przygnębić, bo mi przecież na tym zupełnie nie zależy.

Zostawiam Panie z refleksją ilustrowaną krótką opowieścią:

Pewien profesor na jednym ze swych wykładów wyciągnął z kieszeni banknot o wysokim nominale i zapytał: „Czy ktoś z państwa chciałby ode mnie dostać ten banknot?” – Wielu studentów podniosło ochoczo ręce w górę. Profesor zgniół banknot i spytał ponownie: „Czy teraz, chciałby ktoś z państwa wziąć ode mnie ten banknot?” – Podniosły się te same ręce. Profesor rzucił banknot na podłogę i przydeptał go. „A teraz znajdzie się chętny na mój sponiewierany banknot?” – Wciąż podniosła się ta sama ilość rąk...

Bibliografia:

- M. Górnik – Durose –Psychologia Edukacja i Społeczeństwo, 2007 – researchgate.net. Nowe oblicze materializmu czyli z deszczu pod rynnę.
- A. Jakubik (2003) – Zaburzenia osobowości. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

RANY SILNIE SĄCZĄCE – JAK Z NIMI POSTĘPOWAĆ?

Produkcja wysięku to naturalna reakcja organizmu na uraz, a jednocześnie objaw procesu zapalnego. Obecność wydzieliny w środowisku rany to zjawisko pożądane, jednak jej brak lub nadmiar może wpłynąć na opóźnienie gojenia. Jak należy postępować z ranami, w których występuje nadmierny wysięk? Jakie opatrunki warto stosować przy ranach silnie sączących?

Nadmierny wysięk może stanowić problem terapeutyczny w przypadku ran trudno gojących się o zróżnicowanej etiologii, w tym owrzodzeń żylnych, odleżyn, oparzeń, a także owrzodzeń o podłożu cukrzycowym, ran nowotworowych oraz ran po przeszczepach.

POSTĘPOWANIE Z RANAMI SILNIE SĄCZĄCYMI

W przypadku ran silnie sączących **odpowiednie i skuteczne zarządzanie wysiękiem to jeden z najistotniejszych elementów pielęgnacji i terapii owrzodzeń**. Odpowiedni poziom wilgotności w środowisku rany jest niezbędny dla prawidłowego gojenia, ponieważ odpowiada on za prawidłowy przebieg wielu procesów regeneracyjnych, takich jak wydzielanie czynników wzrostu, tworzenie ziarniny czy synteza kolagenu. Podstawowym narzędziem pomocnym w zarządzaniu wysiękiem są specjalistyczne opatrunki. Opatrunki stosowane na rany silnie sączące powinny się charakteryzować konkretnymi właściwościami.

ABSORPCJA I RETENCJA

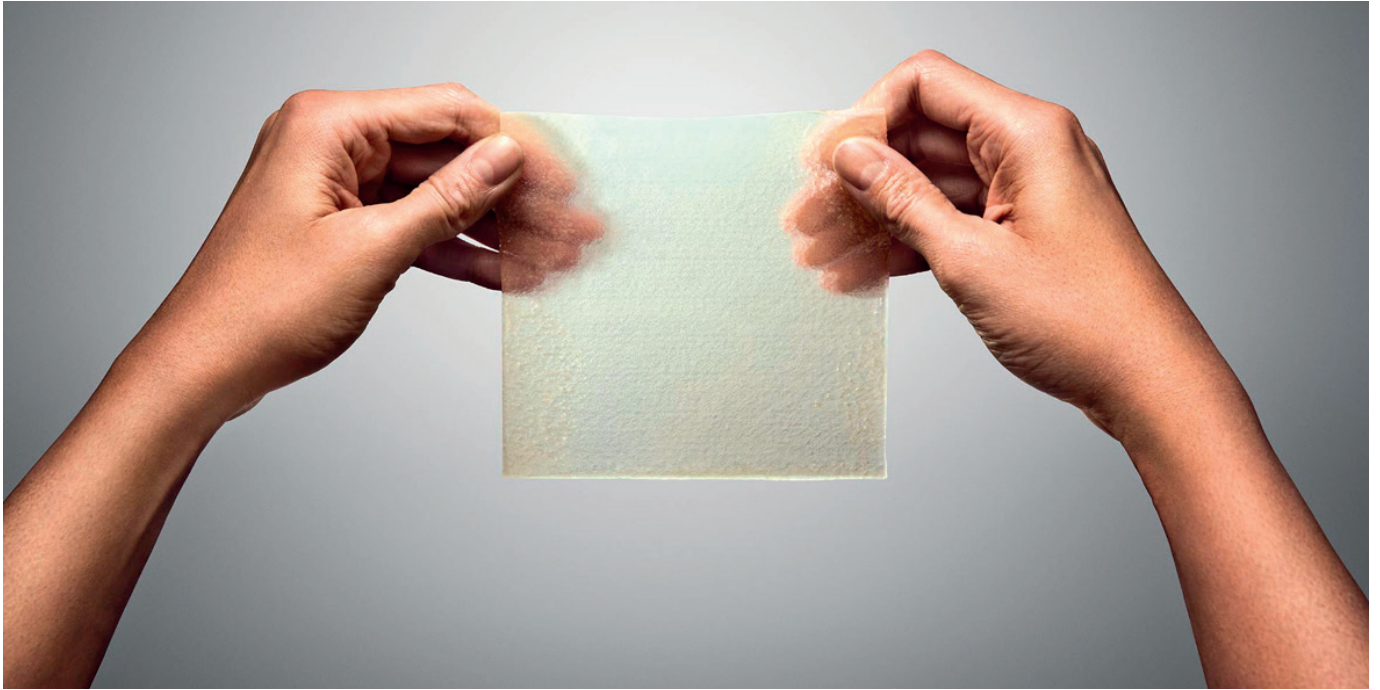
Nadmierna ilość wysięku powinna być skutecznie i trwale odprowadzana, ponieważ nieodpowiednie zarządzanie

wilgotnym środowiskiem rany **może doprowadzić do opóźnienia gojenia**, a także do wtórnych uszkodzeń tkanki (np. maceracji skóry). Z tego powodu opatrunek stosowany na rany silnie sączące powinien mieć zdolność absorbowania i zatrzymywania w swojej strukturze (retencja) nadmiaru płynu. Jednocześnie powinien cechować się paro- i gazoprzepuszczalnością, tak by wilgoć mogła ulegać parowaniu na zewnątrz.

Takimi właściwościami charakteryzują się specjalistyczne opatrunki żelujące, które w kontakcie z wysiękiem z rany zamieniają się w żel. Przykładem takiego opatrunku jest opatrunek **Exufiber® Ag+** z technologią **Hydrolock®**.

Opatrunek **Exufiber® Ag+** tworzą mechanicznie wzmocnione, ciasno splecione włókna alkoholu poliwinylowego, które w kontakcie z płynem tworzą żelową, zwartą strukturę, w której zatrzymywany jest wysięk. Dzięki takiej budowie opatrunek charakteryzuje się **wysoką absorpcją i retencją**. Wysięk jest skutecznie odprowadzany z rany, a jednocześnie nie ulega wyciekaniu poza opatrunek. Dzięki tym właściwościom **opatrunek skutecznie ogranicza ryzyko maceracji i zapewnia optymalne środowisko gojenia rany**.





DZIAŁANIE ANTYBAKTERYJNE

W skład wysięku wchodzi wiele elementów – woda, elektrolity, substancje odżywcze, krwinki, cytokiny, enzymy, w tym proteazy, ale również pozostałości rozkładanych tkanek i drobnoustroje. Obecność bakterii w środowisku rany może doprowadzić do rozwoju lub zaostrzenia infekcji, a w konsekwencji do opóźnienia procesów gojenia. Z tego powodu opatrunki stosowane na rany z dużym wysiękiem powinny mieć właściwości antybakteryjne.

Opatrunek **Exufiber® Ag+** firmy **Mólnlycke** zawiera siarczan srebra, dzięki czemu **wykazuje skuteczność przeciwko szerokiemu spektrum drobnoustrojów**. Opatrunek eliminuje ze środowiska rany zarówno bakterie Gram-dodatnie, jak i Gram-ujemne, w tym również szczepy odporne takie jak VRE czy MRSA. Dzięki tym właściwościom opatrunek pozwala również na skuteczne zniwelowanie nieprzyjemnego zapachu z rany. Exufiber Ag+ jest zalecany przez międzynarodowe grupy eksperckie jako element postępowania przeciwbiofilmowego, uzupełniającego strategię TIME. W badaniach in vivo na modelu zwierzęcym opatrunek **Exufiber® Ag+** wykazał działanie zapobiegające procesowi odbudowy struktury biofilmu *Ps. aeruginosa* i *S. aureus*.

BEZBOLESNA ZMIANA OPATRUNKU

Zmiana opatrunku w ranie trudno gojącej się powinna następować co 3-7 dni, jednak rany silnie sączące w początkowej fazie leczenia mogą wymagać częstszych zmian opatrunku. Z tego powodu stosowane opatrunki powinny być zbudowane w taki sposób, by nie uszkadzały delikatnych tkanek w łóżysku rany. Ich aplikacja, noszenie, jak również zdjęcie nie powinny zmniejszać komfortu życia pacjenta, nie powinny sprawiać bólu ani powodować stresu związanego z wizytą. **Opatrunek Exufiber® Ag+ firmy Mólnlycke**, zachowujący trwałą strukturu-



nę nawet po nasiąknięciu, **nie rozwarstwia się ani nie przykleja do rany**, dzięki czemu jego zdejmowanie i zmienianie jest łatwe i komfortowe zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego.

EFEKTY TERAPII NA WAGĘ ŻŁOTA

Opatrunek Exufiber® Ag+ zalecany jest zarówno do ran głębokich, przetok, tuneli, jak i do ran powierzchniowych. Trwała, integralna struktura opatrunku, duża chłonność i aż do 23% wyższa w porównaniu do innych opatrunków włóknistych retencja zapewniają prawidłowe zarządzanie wysiękiem. **Synergia technologii Hydrolock® i siarcznanu srebra – to terapia, której efekty są na wagę złota.**

LECZENIE RAN A KOMFORT PACJENTA – JAK ZMINIMALIZOWAĆ BÓL?

Leczenie ran trudno gojących się to długotrwały, skomplikowany proces, który dla pacjenta często wiąże się z obniżeniem jakości życia. Z tego powodu skuteczne minimalizowanie bólu to jeden z istotnych elementów procesu leczenia ran – mogą w tym pomóc odpowiednio przystosowane specjalistyczne opatrunki, takie jak np. Mepilex Border Ag.

Ból w przebiegu terapii ran trudno gojących się może mieć różne przyczyny. Dolegliwości mogą być związane z chorobą lub urazem, z powodu którego doszło do powstania rany, jak również być objawem zaostrzenia stanu zapalnego w obrębie rany i świadczyć o rozwoju zakażenia. Pielęgnacja i leczenie rany również mogą spowodować ból, np. podczas oczyszczania łóżyska rany lub zmiany opatrunku.

Nowoczesne metody leczenia ran i zastosowanie innowacyjnych rozwiązań umożliwiają znaczne ograniczenie dolegliwości bólowych pacjenta. Ważną rolę odgrywają specjalistyczne opatrunki, które powinny się charakteryzować określonymi właściwościami, pozwalającymi na skuteczną kontrolę bólu odczuwanego przez pacjenta.

BUDOWA OPATRUNKU

Pierwsza ważna właściwość opatrunku, która ma ogromne znaczenie dla skutecznego ograniczania dolegliwości bólowych pacjenta, to jego budowa. **Opatrunek powinien być zbudowany z materiałów, które zapewniają szczelne wypełnienie łóżyska rany, ale jednocześnie się nie przyklejają.** Przywieranie opatrunku do tkanek sprawia, że kiedy opatrunek jest zmieniany, tkanki ulegają uszkodzeniu. Wiąże się to z zaburzeniem procesu gojenia rany i znacznymi dolegliwościami bólowymi pacjenta.

Opatrunkiem, który pozwala dokonać atraumatycznej pielęgnacji rany, jest **Mepilex Border Ag** firmy **Mölnlycke**. Jest to pięciowarstwowy, przeciwbakteryjny opatrunek wysokochłonny typu All-in-one. Posiada **warstwę kontaktową Safetac®**, zrobioną z miękkiego silikonu, która nie przywiera do łóżyska rany, lecz wyłącznie do suchej skóry. Dzięki warstwie kontaktowej Safetac® zmiana opatrunku jest bezbolesna, nie powoduje urazów rany i uszkodzeń ziarniny.

Dodatkowo w budowie wyróżniamy warstwę z pianki poliuretanowej **zawierającą srebro i węgiel aktywowany,**



warstwę chłonną z superabsorbentem oraz folię poliuretanową paroprzepuszczalną, wodoodporną, natomiast nieprzepuszczalną dla bakterii, wirusów i płynów.

Opatrunek pochłania duże ilości wysięku i zamyka w swojej strukturze dzięki właściwościom chłonnym pianki poliuretanowej i warstwie superabsorbentu. Wspomaga oczyszczanie rany. Dlatego znajduje zastosowanie w terapii zakażonych ran powierzchniowych ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii, takich jak owrzodzenia łydki, odleżyny, owrzodzenia cukrzycowe, owrzodzenia nowotworowe, oparzenia niepełnej grubości skóry, rany pooperacyjne i pourazowe.



WŁAŚCIWOŚCI ANTYBAKTERYJNE

Rozwój zakażenia w łóżysku rany wiąże się ze znacznym zwiększeniem dolegliwości bólowych pacjenta. Z tego powodu **opatrunek stosowany na rany trudno gojące się powinien skutecznie zmniejszać obciążenie biologiczne w ranie zakażonej, a jednocześnie zmniejszać ryzyko ponownej infekcji.**

Opatrunek **Mepilex Border Ag** zawiera **siarczan srebra**, dzięki czemu pod wpływem kontaktu z wysiękiem uwalniane są kationy srebra o szybkim i długotrwałym działaniu antybakteryjnym. Zgodnie z wynikami badań in vitro inaktywacja patogennych drobnoustrojów następuje już **w ciągu 30 minut i utrzymuje się do 7 dni.**

Ochrona przed uszkodzeniem i maceracją

Nadmierny wysięk z rany może stanowić przyczynę maceracji skóry wokół rany, czyli uszkodzenia skóry w wyniku działania wilgoci. Wiąże się to z dodatkowymi dolegliwościami bólowymi dla pacjenta i dalszym wydłużeniem procesu gojenia. Dzięki stosowaniu odpowiednio dobranych opatrunków można zapobiec tym powikłaniom i zapewnić pacjentowi większy komfort.

Mepilex Border Ag charakteryzuje się dużą chłonnością, dzięki czemu skutecznie pochłania i odprowadza nadmiar wysięku z rany. Uszczelnia brzegi rany i zmniejsza ryzyko maceracji. W ten sposób skutecznie chroni skórę wokół rany przed niekorzystnym działaniem wysięku i maceracją, zapewniając jej optymalne środowisko gojenia. W efekcie pacjent nie jest narażony na dodatkowe dolegliwości bólowe, a rana goi się szybciej i skuteczniej.

Mepilex Border Ag umożliwia kąpiel bez konieczności zmiany opatrunku. Nie wymaga zabezpieczenia opatrunkiem wtórnym. **Mepilex® Border Ag** może być stosowany w połączeniu z kompresjoterapią.

Źródło : Evereth News
Artykuł powstał we współpracy z firmą Mölnlycke

Srebro na wagę złota



Otwarte wieloośrodkowe dwuramienne porównawcze randomizowane badanie kliniczne
Liczba włączonych pacjentów z oparzeniem termicznym skóry częściowej n=101

- 40% niższe koszty terapii opatrunkami Mepilex Ag w stosunku do kremu z sulfadiazyną srebra
- Średnia ilość zmiany opatrunków **2,2 vs. 12,4** w trakcie 21 dni terapii

Silverstein P. et al. An open, parallel, randomized, comparative, multicenter study to evaluate the cost-effectiveness, performance, tolerance, and safety of a silver-containing soft silicone foam dressing vs silver sulfadiazine cream. J BurnCareRes. 2011 Nov-Dec; 32(6).

Srebro na wagę złota



Ocena efektów zastosowania Mepilex Transfer Ag u pacjentów z owrzodzeniem w zespole stopy cukrzycowej z cechami infekcji

- Otwarte, wieloośrodkowe, nieporównawcze badanie; case series
- Liczba pacjentów włączonych do badania n=24
- Redukcja cech infekcji o 96% już w 4 tygodniu terapii

Dhataryja K et al. An open, non comparative multicentre evaluation of performance and safety using an antimicrobial exudate transfer dressing on diabetic foot ulcers. A case series. J. Wound Care 2016; 25(5): 256-265.

Srebro na wagę złota



Ocena redukcji infekcji rany pooperacyjnej

Liczba pacjentów włączonych do badania n=61

- 71 % niższe ryzyko infekcji u pacjentów stosujących Mepilex Border Ag w stosunku do wyników standardowego postępowania po zabiegach pomostowania aortalno-wieńcowego

Zurcher S, Krapf L, Burds A. Reducing postoperative surgical site infections in coronary artery bypass graft patients. Poster presentation at the 45th Annual Conference of the Wound Ostomy and Continence Nurses Society, Seattle, WA, US 2013

Srebro na wagę złota



Badania in vivo na modelu świńskim wykazały iż Exufiber Ag+ zapobiega odtwarzaniu struktury biofilmowej *Pseudomonas aeruginosa* i opornego na metycylinę *Staphylococcus aureus* (MRSA) jako element strategii zarządzania biofilmem

Badania in vitro wskazują na 23% wyższą retencję pochłoniętego wysięku w porównaniu z innymi opatrunkami włóknistymi i przekazywanie wysięku do opatrunku wtórnego

Davis, S. C., Li, J., Gil, J., Head, C., Valdes, J., Glinos, G. D., Solis, M., Higa, A. and Pastar, I. (2019), Preclinical evaluation of a novel silver gelling fiber dressing on *Pseudomonas aeruginosa* in a porcine wound infection model. Wound Rep Reg. 27: 360-365
Gil et al. 2017. Evaluation of a Gelling Fiber Dressing with Silver to Eliminate MRSA Biofilm Infections and Enhance the Healing. Poster presented at the Symposium on Advanced Wound Care Spring meeting/Wound Healing Society (WHS) Annual Meeting 2017, Apr 05 - 09, 2017, San Diego, CA, USA.
Surgical Materials Testing Laboratory. BS EN 13726-1:2002. Test methods for primary wound dressings. Mölnlycke Health Care. Data on file. (2014)



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

Edward L. Trudeau

