

# BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK POŁOŻNYCH

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój

Rzeczpospolita Polska

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



**35 000** bezpłatnych miejsc szkoleniowych na kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych z całej Polski

POWR.07.01.00-00-0004/22

Projekt realizowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szczegóły [nipip.pl/projekt](http://nipip.pl/projekt)

Lider projektu: NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Partner projektu: Centrum Kształcenia Podypłomowego Pielęgniarek i Położnych



## SPIS TREŚCI

- 1 ◆ OD REDAKCJI
  - 2 ◆ OPINIA PRAWNA W SPRAWIE DOPUSZCZALNOŚCI WYBORÓW ORGANÓW OIPIP ORAZ NIPIP W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA STANU ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO ALBO STANU EPIDEMII
  - 3 ◆ II EDYCJA PROJEKTU „WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH”
  - 4 ◆ KONFERENCJA OKRĘGOWYCH RAD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO „KWALIFIKACJE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE PACJENTÓW”
  - 6 ◆ STANOWISKA KONSULTANTÓW  
KONSULTANTA KRAJOWEGO DS. PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO  
KONSULTANTA KRAJOWEGO DS. PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO  
KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PEDIATRII DOTYCZĄCE PODAWANIA INIEKCJI DOŻYLNICH /DOMIĘŚNIOWYCH U DZIECI 0–18 LAT W DOMU PACJENTA: W OPIECE AMBULATORYJNEJ (W GABINECIE ZABIEGOWYM), W DOMU DZIECKA
  - 10 ◆ KOMUNIKAT MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ZMIAN W WYKAZIE WYROBÓW MEDYCZNYCH NA ZLECENIE
  - 13 ◆ O SZTUCIE KOMUNIKACJI Z PACJENTEM
  - 18 ◆ Z PRAC NRPIP  
STANOWISKO NR 65 NRPIP  
PISMO WICEPREZES NRPIP DO WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI WYLICZANIA NORM ZATRUDNIENIA
  - 28 ◆ SPOTKANIE KADRY KIEROWNICZEJ
  - 29 ◆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
  - 33 ◆ APEL REGIONU DOLNOŚLĄSKIEGO OZZPIP
  - 36 ◆ STANOWISKO STRONY SPOŁECZNEJ TRÓJSTRONNEGO ZESPOŁU DS. OCHRONY ZDROWIA
  - 38 ◆ STANOWISKO RADY EKSPERTÓW KOALICJI NA RZECZ BEZPIECZEŃSTWA SZPITALI
  - 41 ◆ KOMUNIKATY
  - 43 ◆ OSTATNIE POŻEGNANIE
- III s. okł. ◆ PODARUJ 1,5 %

## KONSULTACI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

- PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO** (od 01.10.2022 r.)  
– dr n. med. MONIKA PRZESTRZELSKA, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, 50-996 Wrocław, ul. Bartła 5, tel.: 71 784 18 24, 608 509 727, e-mail: mprzestrzelska.konsultant@gmail.com
- PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA  
Pogotowie Ratunkowe Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59–220 Legnica, tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl
- PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**  
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53–413 Wrocław, tel.: 71 368 92 60, 603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com
- PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI**  
– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny Poliklinika SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław, tel.: 26 166 02 07, 608 309 310, email: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl
- PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO OPERACYJNEGO**  
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Legnicy ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59–220 Legnica, tel.: 76 721 14 01, 661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl
- PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej Hospicyjnej Będkowo Sp. o.o. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55–100 Trzebnica, tel.: 71 722 29 48, 603 852 669, email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl
- PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO**  
– mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA, Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 500 141 941, e-mail: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO** – mgr JERZY TWARDAK  
Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Nauk Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ** – mgr ANNA SZACHOWSKA  
Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław tel. 793 386 502, e-mail: anna.szchowska@gmail.com

**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

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

**e-mail:**  
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

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

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej:**  
Iwona Michańcio

**Dyżury w siedzibie OIPIP:**  
Pierwszy i trzeci 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

Rok 2022 przechodzi do historii. Jak będzie zapamiętany?

Inwazja na Ukrainę uświadomiła nam, jak bardzo potrafimy być solidarni i ofiarni. Od pierwszych dni wojny – dzień po dniu Polacy pomagali narodowi ukraińskiemu. Kolejny, bardzo dobrze zdany egzamin. W naszych placówkach na podstawie Decyzji Ministra Zdrowia i przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z Ukrainy rozpoczynają nowe życie zawodowe. W krótkim czasie, po 24 lutego do Okręgowej Izby przychodziły pielęgniarki, przerażone, nie znające języka polskiego, najczęściej z osobą, która dała dach nad głową i poczucie bezpieczeństwa. Samorząd Pielęgniarek i Położnych od samego początku wspierał w działaniach, które umożliwiają podjąć pracę w zawodzie, a pięcioletni czas przyznanego prawa wykonywania zawodu wykorzystać na rozwój zawodowy. Aktualnie 16 pielęgniarek z Ukrainy z 18, które złożyły wnioski o przyznanie prawa wykonywania zawodu potwierdziło zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki, jedna położna ubiega się o zatrudnienie. Pomagajmy Koleżankom z Ukrainy wchodzić do zawodu. Ich koszmar ciągle trwa. 28 stycznia 2023 r. weszła w życie ustawa z dnia 13 stycznia 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 185). Przepisy ustawy przewidują dodanie nowej regulacji do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702) – dodanie art. 55 a. Informacja w pełnym brzmieniu na dalszych stronach.

16 maja 2022 r. Minister Zdrowia formalnie zakończył w Polsce stan epidemii. Od tego czasu obowiązuje stan zagrożenia epidemicznego. W Dzienniku Ustaw opublikowane zostało Rozporządzenie Rady Ministrów z 16 grudnia 2022 r., zgodnie z którym stan zagrożenia epidemicznego został przedłużony do 31 marca 2023 r. Czy tak będzie?

20 marca 2020 r. w Polsce wprowadzony został stan epidemii. Niespełna dwa tygodnie przed zaplanowanym i w pełni przygotowanym XXXVI Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych. Dokładnie po trzech latach na mocy Uchwały Nr 46/VII/2023 z dnia 24 stycznia 2023 r. Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, zwołany został XXXVI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu. Poddane pod głosowanie zostaną sprawozdania kadencyjne organów – Okręgowej Rady, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu i Okręgowej Komisji Rewizyjnej, na wniosek której delegaci będą głosować w sprawie udzielenia absolutorium ustępującej radzie.

30 marca 2023 r. Delegaci VIII kadencji dokonają wyboru: Przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych; Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Komisji Rewizyjnej; Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Delegatów na VIII Krajowy Zjazd i Pielęgniarek i Położnych. Przypomnę, że od 15 października do 29 listopada 2019 r. na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, z terenu pięciu powiatów, w ustalonych rejonach wyborczych odbywały się wybory na Delegatów VIII kadencji na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Tych, którzy nie brali udziału w wyborach, nie są delegatami zachęcam do prac w Zespołach i Komisjach. Szczególnie serdecznie zachęcam młode osoby. Nigdy nie jest za późno, to ten czas aby wziąć sprawy w swoje ręce, mieć wpływ na swoją przyszłość zawodową.

Dziękuję za wspólne lata.

Nie zawsze wiatr dmuchał w skrzydła, dzisiaj wiem, że warto było.

Maria Pałeczka  
Przewodnicząca ORPiP

Warszawa, 16 stycznia 2023 r.

Opinia prawna w sprawie dopuszczalności przeprowadzenia wyborów do organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii

1. Stosownie do postanowień art. 8 ust. 1 w zw. z art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 628) kadencja organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych trwa cztery lata, przy czym organy działają do czasu pierwszego posiedzenia organów nowo wybranych.
2. Odstępstwo od powyższej reguły zostało wprowadzone ustawą z dnia 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. 2020, poz. 1493). Mianowicie, na mocy art. 12 ww. ustawy, do przywołanego powyżej art. 8 ustawy o samorządzie dodany został ust. 4 w brzmieniu: „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. Utrzymana została przy tym reguła, iż organy działają do czasu pierwszego posiedzenia nowo wybranych organów.
3. W związku z obowiązującym na całym obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanem zagrożenia epidemicznego, okres kadencji organów izby, zgodnie z treścią art. 8 ust. 4 ustawy o samorządzie, uległ przedłużeniu do czasu wyboru organów na nową kadencję, nie dłużej jednak niż do 60 dni od dnia ewentualnego odwołania stanu zagrożenia epidemicznego.
4. Wyrażnego podkreślenia wymaga, że postanowienia art. 8 ust. 4 ustawy o samorządzie nie wykluczają dopuszczalności przeprowadzenia wyborów w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii. Przedłużenie kadencji, o którym mowa w ww. przepisie, nie jest bowiem powiązane z okresem obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, lecz z wyborem organów na nową kadencję. W świetle art. 8 ust. 4 ustawy obecna kadencja uległa przedłużeniu nie do zakończenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii lecz do czasu wyboru organów izby na nową kadencję. Ustawodawca zatem jednoznacznie przesądził, że przeprowadzenie wyborów do organów izb w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii jest **dopuszczalne**. Z drugiej strony, jeżeli względy bezpieczeństwa sanitarno – epidemicznego i związane z tym ograniczenia organizacyjne i techniczne uniemożliwiają przeprowadzenie wyborów, kadencja organów ulega przedłużeniu do czasu przeprowadzenia wyborów, co umożliwia zapewnienie ciągłości funkcjonowania organów izb w szczególnych warunkach stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii.
5. Obowiązywanie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ma zatem znaczenie dla długości kadencji wyłącznie w dwóch aspektach: po pierwsze, umożliwia dalsze sprawowanie funkcji przez organy obecnej kadencji do czasu wyboru organów nowej kadencji; po drugie – wyznacza granicę czasową długości trwania obecnej kadencji w przypadku ustania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii. W żadnym zakresie jednakże regulacja art. 8 ust. 4 ustawy o samorządzie nie stoi na przeszkodzie przeprowadzeniu wyborów do organów izb.

Bartłomiej Achler  
adwokat

# II EDYCJA PROJEKTU „WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH”

REALIZOWANEGO DLA OBSZARU ZDROWIA  
PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ 2014–2020,  
FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

II edycja organizowana na terenie  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

Kurs specjalistyczny  
Komunikowanie  
interpersonalne  
w pielęgniarstwie

Kurs specjalistyczny  
Opieka nad pacjentem w  
trakcie choroby COVID-19  
oraz po jej przebyciu

Kurs specjalistyczny  
Opieka nad pacjentem  
z chorobami zakaźnymi  
szczególnie niebezpiecznymi  
i wysoce zakaźnymi

Kurs specjalistyczny  
Opieka nad pacjentem  
wymagającym  
wysokoprzepływową  
terapię tlenem

Kurs specjalistyczny  
Wsparcie psychologiczne  
pacjenta i jego rodziny

Kurs specjalistyczny  
Opieka nad pacjentem  
z chorobami układu  
oddechowego

Kurs specjalistyczny  
Opieka nad pacjentem  
z chorobami układu  
oddechowego

Kurs specjalistyczny  
Edukator w chorobach  
układu krążenia

Kurs specjalistyczny  
Monitorowanie dobrostanu  
płodów w czasie ciąży i podczas  
porodu

Kurs kwalifikacyjny  
w dziedzinie pielęgniarstwa  
neurologicznego



Rzeczpospolita  
Polska



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

# WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

17 stycznia 2023 roku we Wrocławiu odbyła się konferencja Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych województwa dolnośląskiego pt.: „Kwalifikacje pielęgniarek i położnych a bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów” w ramach projektu „**WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**” Projekt realizowany dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

2014–2020, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Głównym celem projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w okresie do 31 grudnia 2023 r. Wsparciem w ramach projektu zostanie objętych 35 000 osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej. Zapraszam na relację z wydarzenia: [www.nipop.pl](http://www.nipop.pl)

17 stycznia 2023

Q Hotel Plus Wrocław  
ul. Zaolziańska 2, Wrocław

**PROGRAM**



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Projekt nr POWR.07.01.00-00-0004/22 pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” realizowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

## Konferencja

### KWALIFIKACJE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE PACJENTÓW

#### PROGRAM

- 09.30 - 10.00** Rejestracja uczestników
- 10.00 - 10.35** Otwarcie konferencji  
Powitanie – przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawiciele okręgowych rad pielęgniarek i położnych
- 10.35 - 10.55** Podnoszenie kwalifikacji – większe kompetencje pielęgniarek  
dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego dla województwa dolnośląskiego
- 10.55 - 11.15** Podnoszenie kwalifikacji – większe kompetencje położnych  
dr n. hum. Małgorzata Falcenloben, położna epidemiologiczna, wykładowca w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku
- 11.15 - 11.30** Przerwa kawowa
- 11.30 - 12.30** Debata systemowa: Podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych w kontekście reakcji na COVID-19 a bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w województwie dolnośląskim  
Przedstawiciele NRPIP, przedstawiciele ORPIP województwa dolnośląskiego, przedstawiciele Urzędu Wojewódzkiego, przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego, dyrektorzy placówek medycznych, pielęgniarki i położne, które ukończyły kurs
- 12.30 - 13.00** Briefing dla mediów
- 13.00** Lunch

Organizator: Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych województwa dolnośląskiego



## STANOWISKO

### KONSULTANTA KRAJOWEGO DS. PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO KONSULTANTA KRAJOWEGO DS. PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

#### **w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG przez pielęgniarki pracujące w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej**

Dopęcherzowe podawanie BCG ma zastosowanie w leczeniu pacjentów, u których rozpoznano nieinwazyjnego raka nabłonkowego pęcherza moczowego.

Preparat BCG zawiera żywe, atenuowane (odzjadliwione) prątki gruźlicy i ma postać proszku, do którego dołączony jest rozpuszczalnik, celem przygotowania zawiesiny.

Bezpieczeństwo przygotowania i podawania leku zależne jest od przestrzegania wytycznych zapisanych w Karcie Charakterystyki Produktu Leczniczego (KChPL), ale zawsze należy uwzględnić aktualne zasady dobrej praktyki pielęgniarskiej (w tym zasady aseptyki i antyseptyki).

W związku z powyższym przedstawiamy zalecenia, które pozwolą na osiągnięcie bezpieczeństwa w procesie przygotowywania i podawania preparatów BCG:

1. Produkt nie powinien być przygotowywany do podania przez te same osoby i w tym samym pomieszczeniu, w którym przygotowywane są inne dożylnie produkty lecznicze o działaniu cytotoksycznym.
2. Osoby o obniżonej odporności, kobiety w ciąży i karmiące piersią nie powinny przygotowywać leku.
3. Konfekcjonowanie leku we fiolce znacząco zwiększa bezpieczeństwo dla przygotowującego niż w ampułce.
4. Do przygotowania leku niezbędna jest odzież ochronna jednorazowego użytku, tj. czepek, maska z filtrem Hepa FFP3, fartuch ochronny nieprzepuszczalny dla cieczy, rękawice jednorazowe diagnostyczne.
5. Należy unikać kontaktu produktu BCG ze skórą lub błonami śluzowymi, ponieważ może prowadzić do reakcji nadwrażliwości lub zakażenia zanieczyszczonego miejsca.
6. System zamknięty, dołączony do wyposażenia leku, daje gwarancję bezkontaktowego, bezpiecznego przygotowania zawiesiny do użycia, pod warunkiem przestrzegania zaleceń opisanych w KChPL.
7. W przypadku systemu otwartego, należy zapewnić warunki jałowe, zgodnie z KChPL, rozważając zastosowanie pomieszczeń z klasą czystości A lub B.



8. Szczególnie rozważyć zalecenia przygotowania leku przez kilkukrotne aspirowanie zawartości i ponowie wypuszczanie jej do ampułki lub fiolki po wcześniejszym wpuszczeniu 0,9% NaCl, gdyż zwiększa ryzyko (szczególnie z zastosowaniem ampułki) uzyskania niejałowego roztworu (obecnie nie stosuje się takiego sposobu przygotowywania leku bez zapewnienia warunków czystości mikrobiologicznej pomieszczenia).
9. W każdym przypadku należy zapewnić warunki bezpieczeństwa pacjentowi, u którego jest prowadzone leczenie preparatem BCG drogą dopęcherzową, przy przygotowaniu do zabiegu, zakładaniu cewnika do pęcherza moczowego, podawaniu leku, pozostawienia zawiesiny w pęcherzu moczowym, przekazaniu zaleceń do domu.
10. Właściwe, zgodnie z wytycznymi KChPL, postępowanie po kontakcie preparatu BCG z nieuszkodzoną/uszkodzoną skórą, błonami śluzowymi, jamą ustną. Zaleca się opracowanie procedury postępowania w przypadku skażenia środowiska żywnego i nieżywnego.
11. Po użyciu sprzęt i materiały należy unieszkodliwiać jako odpad medyczny zakaźny (kod odpadów 180103\*) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017 poz. 1975).

Kraków, 7.11.2022

dr n. med. Anna Szczypta  
Konsultant Krajowy  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa  
Epidemiologicznego

dr n. med. Małgorzata Pasek  
Konsultant Krajowy  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa  
Onkologicznego



Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego  
dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A

e-mail: [piskorz@wssd.olsztyn.pl](mailto:piskorz@wssd.olsztyn.pl)

tel. 089 5393 455, 605 055 411

---

L.dz. KKwDPP/5/2023

Data: 7 lutego 2023 r.

Pani

**Zofia Malas**

Prezes NRPiP Warszawa

*Szanowna Pani Prezes,*

W odpowiedzi na pismo z dnia 6 lutego 2023 r, znak: NIPiP-NRPiP-DM-0025.25.2023.JP, w sprawie poszerzenia zakresu kompetencji pielęgniarek w zakresie kwalifikowania i szczepienia dzieci przeciw grypie, pragnę na wstępie serdecznie podziękować zarówno inicjatorom, jak i Pani Prezes za podjęcie się inicjatywy poszerzenia zakresu kompetencji pielęgniarek w obszarze szczepień ochronnych. Głęboko wierzę że wspólnym wysiłkiem merytorycznym wypracujemy zmiany legislacyjne, które to umożliwią.

Popieram poszerzenie zakresu uprawnień do ordynowania i wypisywania recept na produkty lecznicze o szczepionki przeciw grypie, w tym również dla dzieci.

Również popieram wprowadzenie uprawnień dla pielęgniarek specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego do kwalifikowania dzieci do szczepień przeciw grypie.

Proces kwalifikacji dziecka do szczepień jest bardziej skomplikowany niż osób dorosłych, gdyż wymaga nie tylko znajomości badania przedmiotowego i podmiotowego (które to umiejętności posiadają pielęgniarki absolwenci studiów licencjackich), ale również dobrej znajomości kalendarza szczepień w populacji wieku rozwojowego, charakterystyk szczepionek, zasady ich podawania, łączenia, przerw pomiędzy szczepieniami itp. Każde szczepienia dziecka to ingerencja w indywidualny kalendarz szczepień.

Pielęgniarka po ukończeniu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego – w zakresie wiedzy posiada specjalistyczną wiedzę w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego do sprawowania m.in. opieki nad dzieckiem zdrowym, zaś w zakresie szczegółowym jednym z

wielu posiadanych kompetencji z zakresu wiedzy jest: „...W22. omawia szczepienia ochronne wykonywane w populacji wieku rozwojowego, charakteryzuje szczepionki, zasady ich podawania, przechowywania i transportu...”

Również w wykazie świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego jest m.in. „...Wykonywanie szczepień ochronnych u dzieci w ramach kalendarza szczepień i na zlecenie właściwych jednostek organizacyjnych służby zdrowia oraz wystawianie związanych z tym zaświadczeń...”

Zatem podsumowując: Do pełnego wykonywania procesu szczepień ochronnych przeciw grypie u dzieci wraz z kwalifikacją, przygotowuje pielęgniarki w obecnym kształcie kurs specjalizacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, jednakże w dotychczas potencjał specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego nie był w systemie w pełni wykorzystany.

Z poważaniem

Konsultant krajowy w dziedzinie  
pielęgniarstwa pediatrycznego  
dr n. med. Krystyna Piskorz- Ogórek





## Minister Zdrowia

Warszawa, 12 grudnia 2022

### **Komunikat w sprawie zmian w wykazie wyrobów medycznych na zlecenie**

27 października 2022 r. zostało podpisane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 2319). Przepisy zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2023 r.

W zakresie refundacji wyrobów medycznych na zlecenie wprowadzono następujące zmiany:

1. Rozbudowano zasady refundacji wyrobów płaskodziających, zarówno na miarę (69 – 69D, 70-70G) jak i produkowanych seryjnie (lp. 139 – 139A, 140-140B). W kategorii wyrobów płaskodziających produkowanych seryjnie wprowadzono zamiennie nieelastyczną odzież uciskową typu wrap. Zwiększono liczbę wyrobów przysługujących do 2 szt. i częstotliwość wymiany - co 6 miesięcy;
2. Umożliwiono częstszą refundację rurek tracheostomijnych z zapasowym wkładem – do 3 szt. na 6 miesięcy, a także wprowadzono refundację rurek silikonowych – 1 szt. na 6 miesięcy (lp. 89);
3. Podniesiono limit na soczewki okularowe przy wadzie wzroku wymagającej korekcji sferą od  $\pm 6,25$  dptr i cylindrem od 0,00 dptr; sferą do  $\pm 6,00$  dptr i cylindrem od  $\pm 2,25$  dptr, w tym soczewką z mocą pryzmatyczną do 100 zł i zmniejszono udział pacjentów dorosłych w limicie do 10% (lp. 73 i lp. 74);
4. Podniesiono limit na soczewki kontaktowe twarde do 600 zł, zmniejszając udział pacjentów w limicie do 10%. Dodatkowo umożliwiono w ramach kategorii zlecenie soczewek miniskleralnych albo hybrydowych (lp. 75);
5. Podniesiono limit na lupy do 200 zł (lp. 79);
6. Podniesiono limity na monookular, okulary lupowe, okulary lornetkowe do bliży i dali (lp. 80-83);
7. Znacznie zwiększono limity na aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrzne, w populacji do 26 roku życia z 2000 zł/ 1 szt. do 3000 zł/1 szt. W przypadku świadczeniobiorców pow. 26 roku życia limit został zwiększony z 1000 zł do 1500 zł (lp. 84). W przypadku aparatów na przewodnictwo kostne zwiększono limit do 3000 zł (lp. 85);
8. Zmniejszono udział świadczeniobiorców w limicie systemów wspomagających słyszenie z 50% do 30% (lp. 86);
9. Umożliwiono częstszą refundację rurek tracheostomijnych z zapasowym wkładem – do 3 szt. na 6 miesięcy, a także rurek tracheostomijnych silikonowych – 1 szt. na 6 miesięcy (lp. 89);

10. Poszerzono refundację zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej o moduły do pomp bezdrenowych (lp. 91). Wskazanie zostało uzupełnione o cukrzycę typu 3;

11. Zmniejszono współpłacenie do cewników hydrofilowych dla osób dorosłych do 20%

udziału w limicie (lp. 96);

12. W ramach lp. 97 uwzględniono refundację worków do zbiórki moczu dla pacjentów z

nefrostomią do 12 szt./miesiąc, w limicie do 6,5zł/1 szt., a także zamiennie, worków urostomijnych w limicie do 16 zł/ 1 szt.;

13. Lp. 98 została przeznaczona na refundację pasków do worków do zbiórki moczu (zestaw 2 szt.) lub pasów mocująco ochronnych (1 szt.) raz na 6 miesięcy;

14. Zostały podniesione limity na worki i płytki stomijne (lp. 99) dla wszystkich pacjentów ze stomią przy braku dopłat ze strony pacjentów – do 450 zł dla kolostomii/ileostomii/innych stomii i przetok, do 530 zł dla urostomii. Dodatkowo została wydzielona refundacja akcesoriów wspomagających i uszczelniających, z osobnymi limitem 120 zł i współpłaceniem ze strony pacjentów na poziomie 20% (lp. 141). Zmieniono sposób ordynacji wyrobów z wpisywania liczby sztuk na zlecenia ryczału (w sytuacji zlecenia całości ryczału należy wpisać liczbę 1). W przypadku pacjentów z uprawnieniami dodatkowymi 47DN, 47ZN, 47ZND w lp. 99 lub 141 można wypisać wielokrotność ryczału np. 1,1 lub 1,2 lub 1,3 itd. z dokładnością do 1 miejsca po przecinku. System wyliczy jaką kwotę refundacji do wykorzystania pacjent otrzyma (np.  $1,5 \times 450 \text{ zł} = 675 \text{ zł}$ ).

Dodatkowo wprowadzono podwójny limit na podstawowe wyroby stomijne i akcesoria w przypadku pierwszego zlecenia po wyłonieniu stomii (lp. 99A i 141A);

15. W lp. 100 i 101 przyporządkowano limity do kategorii wyrobów i ich chłonności:

- 1 zł – min. chłonność 450 g,
- 1,7 zł – min. chłonność 1000 g w przypadku majtek chłonnych lub 1400 g w przypadku pieluch anatomicznych lub pieluchomajtek,
- 2,3 zł – min. chłonność 1400 g w przypadku majtek chłonnych lub 2500 g w przypadku pieluchomajtek;

16. Rozdzielono refundację aparatów CPAP (lp.102) od masek do aparatów, dla których wprowadzono odrębną częstotliwość wymiany co 6 miesięcy (lp. 102A);

17. Rozdzielono refundację nebulizatorów (lp. 103) i głowic do inhalatora membranowego (lp. 103A), a także inhalatorów pneumatycznych (lp.104) od inhalatorów membranowych (lp. 104A), z odrębnymi limitami i częstotliwością wymiany;

18. Podwyższono do 450 zł limit na sprzęt do indywidualnej fizjoterapii układu oddechowego – urządzenia do drenażu wytwarzające podwyższone lub zmienne ciśnienie wydechowe (lp. 105);

19. Wprowadzono osobny limit dla podstawowego chodzika i tzw. rollera (lp. 123);
20. Podwyższono limit dla pionizatora do 3000 zł (lp. 125);
21. Podzielono refundację wózków inwalidzkich podstawowych na lp. 127 i 127A, z osobnym limitem (650 zł i 1700 zł), z odrębnymi wskazaniem:
- lp. 127 - trwała dysfunkcja ograniczająca samodzielne chodzenie;
  - lp. 127A - trwała dysfunkcja uniemożliwiająca samodzielne chodzenie.
22. Uporządkowano refundację wózków specjalistycznych dla dzieci i dorosłych, zostały wyodrębnione limity dla każdego rodzaju wózka, także elektrycznego (lp. 129, 130 i 131).
23. Podniesiono limit na siedzisko ortopedyczne dla dzieci do 2000 zł (lp. 132).
24. Poszerzono wskazania do zbiorników na insulinę do osobistej pompy insulinowej o cukrzycę typu 3 (lp.134);
25. Dostosowano refundację i limity systemów ciągłego monitorowania glikemii do systemów obecnych na polskim rynku, ze względu na powiązanie refundacji ze świadczeniem gwarantowanym: założenie pompy insulinowej, w populacji pacjentów do 26 roku życia. Ze względu na inną częstotliwość wymiany czujników, refundacja została podzielona na lp. 135, 135A i 135B. Poszerzono refundację o populację pacjentów pow. 26 roku życia z cukrzycą typu 1 lub 3 wymagających intensywnej insulinoterapii, z nieświadomością hipoglikemii z limitem 510 zł miesięcznie i 30% udziałem pacjentów w limicie. Wprowadzono ograniczenie refundacji pasków, w związku z typem stosowanego CGM-RT (zależnie od potrzeby kalibracji) – lp. 135 i 136. Uwzględniono także system wszczepialny wymieniany co 6 miesięcy;
26. Poszerzono refundację systemów monitorowania glikemii flash (FGM) lp. 137 o populację pacjentów niewidomych i kobiety w ciąży. Wprowadzono osobną kategorię refundacji lp. 137A dla pacjentów z cukrzycą na intensywnej insulinoterapii, dla której określono kryteria kontynuacji zlecenia:
- ocena glikemii po upływie min. 4 miesięcy max. 6 miesięcy;
  - ograniczenie zużycia pasków do liczby 25 szt. średniomiesięcznie w okresie poprzedzającym zlecenie;
  - aktywność czujnika przez co najmniej 75% czasu;
  - osiągnięcie celów terapeutycznych we współpracy z lekarzem prowadzącym.

z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Maciej Miłkowski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/

# O SZTUCE KOMUNIKACJI Z PACJENTEM

**BEATA PIETRZAK**  
– psycholog kliniczny

Zacznę od osobistej obserwacji: komunikacja personelu pielęgniarskiego z pacjentami jest naprawdę na dobrym poziomie. Uległa diametralnej zmianie na lepsze (o ile mogę dokonać w tym miejscu tego nieeleganckiego uogólnienia). Mówmy sobie dobre rzeczy, są nam potrzebne tak samo jak wypłata 😊 Pacjenci często mówią o Was dużo dobrego: że uśmiech, uprzejmość, zainteresowanie, wyjaśnienie, empatia. Nie tykajmy bezrefleksyjnie beznadziejnych sloganów w stylu: „jest coraz mniej czasu na wszystko, więc nie da się dobrze komunikować”. Powiedzmy sobie: „jest coraz mniej czasu, coraz więcej pracy, więc tym bardziej potrzebujemy znajomości profesjonalnego komunikowania się”. Poza tym – nie bójmy się tego powiedzieć – coraz częściej spotykamy się z nieodpowiednimi zachowaniami samych pacjentów i/lub ich rodzin. Jest to roszczeniowość, arogancja, wulgarność, lekceważenie, poniżanie, czy nagrywanie nas podczas pracy. Nie ma stuprocentowo skutecznych sposobów pozwalających uniknąć trudności w kontakcie z chorym, czy jego rodziną. Jednak mając odpowiednią wiedzę i umiejętności, które podczas najtrudniejszych nawet spotkań konsekwentnie wykorzystujemy, możemy mieć pewność, iż z naszej strony nie doszło do żadnego uchybienia. Potrafiąc skutecznie komunikować się z pacjentem, dbamy zarówno o jego komfort ale i siebie, co jest skutecznym sposobem przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

## KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z PROFESJONALNEJ KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

- Uzyskiwanie konkretnych danych ułatwiających postawienie trafnej diagnozy w krótszym czasie
- Dostęp do prawdziwych odczuć pacjentów
- Większe zaufanie pacjentów do personelu i tym samym mniejszy opór wobec proponowanej terapii, badań diagnostycznych itd.
- Szybsze odreagowanie stresu przez pacjenta
- Powstawanie relacji umożliwiających współpracę i rozwiązywanie problemów
- Lepszy odbiór i łagodniejsze przyjęcie niepomysłnych informacji przez chorego
- Skuteczniejsze radzenie sobie ze specyficznymi grupami pacjentów – trudnymi, z demencjami, umierającymi, młodymi ale z trudną diagnozą, opóźnionymi w rozwoju, małymi dziećmi itd.
- Większe zadowolenie pacjentów
- Większe przekonanie wśród pacjentów o umiejętnościach pracownika

- W przypadku hospitalizacji mniejsza bezradność chorych, uzależnienia, pograżenia w smutku itp.
- Nie zmienianie miejsca leczenia
- Mniejszy opór wobec reżimu leczenia
- Mniej skarg i procesów sądowych
- Rzadsze poszukiwania znachorów i „cudownych” uzdrowiaczy
- Większy optymizm i chęć życia
- Częstsze oznaki szacunku wobec personelu i ułatwienia organizacji pracy (np. poprzez wykonanie telefonu i poinformowanie o niemożności zgłoszenia się na badanie, do przyjęcia itd.)

## CZYM WŁAŚCIWIE JEST KOMUNIKACJA?

Pojęcie „komunikowanie” pochodzi od łacińskich słów *communicare* – „uczynić wspólnym, połączyć, narodzić się, udzielić komuś wiadomości”, *communicatio* – „wymiana, łączność, rozmowa” oraz *communio* – „wspólność, poczucie łączności”. Spośród wielu istniejących definicji, przyjmijmy dla naszych potrzeb tę, która mówi, iż: „Komunikacja to wymiana werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów podejmowana w określonym kontekście w celu osiągnięcia lepszego współdziałania” (Nęcki 1996).

Z perspektywy teorii komunikacji wszystko, co dostępne jest nam w drodze obserwacji w wyglądzie i zachowaniu innych, także stanowi dla nas komunikat. Zrozumiałe, że sposób dekodowania, (odczytywania) treści komunikatu jest uzależniony od własnych doświadczeń, przekonań, czy kultury stąd niekiedy ten sam komunikat może mieć zupełnie inne znaczenia.

Komunikowanie się przybiera dwie formy: komunikację werbalną i niewerbalną. Czyli tak naprawdę jeśli dwie osoby znajdują się w pobliżu siebie to chcą, czy nie już się ze sobą komunikują. Uśmiech, ściągnięte brwi, mruczenie pod nosem, rzucanie papierami, czy bębnienie palcami w blat biurka to już komunikat. Komunikatem jest także cisza, czasem złowroga, czy niezręczna, czasem zaś, jak to nieraz w mojej praktyce psychologicznej bywa – najlepszy sposób na to, by pacjent sam usłyszał to, co przed chwilą wypowiedział.

## KOMUNIKACJA WERBALNA

Podstawowym jej narzędziem jest język wyrażany w formie słownej bądź pisemnej, dzięki któremu możliwe jest wyrażanie idei oraz uczuć. W odróżnieniu od komunikacji niewerbalnej obowiązują go zasady gramatyczne oraz to, że nie ma charakteru ciągłego (milczenie, pauzy). Rozróżniamy następujące rodzaje komunikatów werbalnych:

- instrukcje, polecenia
- mowa nieformalna
- wyrażanie postaw
- komunikowanie emocji
- zwyczaje społeczne (np. życzenia, pozdrowienia)
- wypowiedzi wykonawcze (sądzenie, głosowanie)
- informacje
- pytania
- tzw. metakomunikaty (wypowiedzi ukryte), które oprócz komunikatu werbalnego niosą ze sobą jeszcze komunikat zakamuflowany, zgodny z nastrojem i nastawieniem nadawcy, np. „dobrze sobie wyglądasz”.

Do funkcji komunikatów werbalnych należą:

- nazywanie, etykietowanie, definiowanie myśli, emocji, doświadczeń czy uczuć w celu wymiany z innymi
- dzielenie się szeroko rozumianą wiedzą z innymi
- ocenianie doświadczeń, rzeczy, bądź myśli
- kreowanie rzeczywistości
- regulowanie stosunków międzyludzkich przez kreowanie komunikatów jedno – lub dwuznacznych

#### KOMUNIKACJA NIEWERBALNA

Komunikacja niewerbalna przebiega głównie na poziomie emocjonalnym, często poza naszą świadomością. Stanowi uzupełnienie komunikacji werbalnej, stanowiąc tło do jej poprawnej interpretacji. Jak wspominałam wyżej kanał niewerbalny jest stale otwarty, stąd nadajemy i odbieramy komunikaty wizualne, zapachowe, dotykowe itd. Bardzo interesujące i godne podkreślenia jest to, iż sposób przetwarzania otoczenia zależy



od naszej uwagi, a ta z kolei koncentruje się tylko na tych informacjach, które są dla nas z jakiegoś powodu ważne, czy znane.

Pośród rozmaitych zachowań niewerbalnych wyróżnić możemy paralingwistykę, proksemikę oraz kinezytykę.

**Paralingwistyka** to sposób mówienia, wpływający na znaczenie słów (np. tempo, siła głosu, akcent, tonacja wypowiedzi, artykulacja). Wypowiedzenie zdania „zapraszam do gabinetu” może mieć niewątpliwie odbiór zarówno zachęcający do wejścia, ale też w niektórych przypadkach zmotywować odbiorcę do rychłej ucieczki.

**Proksemika** dotyczy zależności przestrzennych między rozmówcami oraz sposobów zagospodarowania przestrzeni (rozmszczenie mebli w pomieszczeniu, aranżacja, itp.)

Wyróżniamy cztery strefy komunikacji z innymi ludźmi, które są uwarunkowane różnicami indywidualnymi oraz różnicami kulturowymi.

- 1. Strefa intymna**, wynosi 0–45 cm i zarezerwowana jest dla osób będących ze sobą w bliskich, zażytych relacjach (partnerzy, dzieci, rodzina, przyjaciele). Warto zaznaczyć, iż strefa ta jest przekraczana w sytuacji badania przedmiotowego, bądź np. podczas wykonywania zastrzyków, co zawsze wywołuje emocje. Czasem jest to wstyd, niekiedy zażenowanie, lęk lub nawet złość.
- 2. Strefa osobista**, którą z kolei dzielimy na bliższą i dalszą. Bliższa (45–75 cm), w której możliwy jest kontakt dotykowy, np. podczas spotkania towarzyskiego, oraz dalsza (75–120 cm), tzw. „dystans na wyciągnięci ręki”, umożliwiająca rozmowę bez kontaktu dotykowego, co dla niektórych osób daje komfort i poczucie bezpieczeństwa.
- 3. Strefa społeczna**, która dzieli się także na podstrefę bliższą (1,2–2,1 m) i umożliwia kontakty formalne, oraz podstrefę dalszą (2,1–3,6 m), która dotyczy oficjalnych kontaktów w miejscu pracy (np. biuro typu open space), umożliwiająca przebywanie w jednym miejscu bez konieczności prowadzenia rozmowy.
- 4. Strefa publiczna**, z podstrefą bliższą (3,6–6 m), to dystans w czasie zgromadzeń nieformalnych (szef – pracownicy, nauczyciel – uczniowie), oraz dalszą (ponad 6 m), zarezerwowana do spotkań z osobistościami wyższego szczebla.

O naruszeniu strefy mówimy wtedy, kiedy zostaje ona przekroczona bez zgody, autorytarnie, bez zachowania szacunku dla drugiej osoby, co prowadzi do jej uprzedmiotowienia. Przykładem może być rozpoczęcie badania pacjenta bez zapowiedzi, bądź rozmowa o pacjencie w jego obecności, jak-by go przy tym nie było.

**Kinezytyka**, to komunikowanie ciałem i obejmuje gesty, mimikę twarzy oraz ruchy ciała. W dużym stopniu jest wyuczona przez modelowanie, przykładem jest powstanie z miejsca i podanie ręki, kiedy pacjent wchodzi do gabinetu, uśmiech, wskazywanie miejsca.

Komunikaty niewerbalne także pełnią szereg istotnych funkcji, takich jak:

- przekazywanie emocji (uniesione, bądź ściągnięte brwi, zmarszczone czoło)
- wyrażanie postaw (np. pochylenie się i skierowanie sylwetki w stronę pacjenta oznacza gotowość słuchania i zaangażowanie się w rozmowę)



- pozdrowienia i inne rytuały społeczne (np. podanie dłoni)
- podtrzymywanie rozmowy (poprzez np. potakiwanie)
- uwiarygodnienie komunikatu werbalnego (poprzez odpowiednią mimikę, czy gesty możemy bez słów przekazać pacjentowi, że nie do końca dajemy wiarę jego świetnemu samopoczuciu)
- stworzenie interpretacji dla słów (np. zdanie „jak mi przykro” będzie miało różne znaczenie w zależności od zastosowanej mimiki, tonu i modulacji głosu oraz akcentu).

Efektywna komunikacja to taka, którą charakteryzuje spójność, tzn. komunikaty werbalne powinny być uzupełnione odpowiadającym im komunikatami niewerbalnymi, tworząc czytelny, zrozumiały, jednoznaczny przekaz. Często tak nie jest. Nie zawsze zdajemy sobie z tego sprawę. Musimy jednak wiedzieć, iż w sytuacji niespójnego przekazu, odbiorca weźmie za prawdziwy częściej komunikat niewerbalny, uznawany za naturalny, nieudawany. Dla nas, osób prowadzących rozmowę z pacjentami, dostrzeżenie sprzeczności w przekazie może być dobrym wskaźnikiem umożliwiającym dopytanie o treści, których pacjent pierwotnie nie chciał ujawnić (bądź bał się, krępował). Dążenie do uzyskania spójności w nadawanym komunikacie stwarza przestrzeń do lepszego zrozumienia intencji obu stron.

### Skuteczne słuchanie

Wbrew temu, co się potocznie sądzi słuchanie nie należy do prostych czynności. Pamiętam to z własnej praktyki zawodowej. Początkujący psycholog ma z tym nie lada trudności, bo oto musi słuchać obcego człowieka, który pokłada w nim większe bądź mniejsze nadzieje, często ów człowiek komunikuje się specyficznie (prawie nie mówi, cały czas mówi, mówi w sposób niezrozumiały, chaotycznie, zmienia wątki, reaguje gwałtownymi emocjami itd.). Początkujący psycholog czuje na sobie presję trafnego zdiagnozowania i stworzenia planu i to go pogrąża. Dlaczego? Bo zamiast słuchać – myśli, co zrobi za chwilę. Słyszy, owszem odbiera bodźce ale nie słucha, czyli nie jest w pełni zaangażowany, nie odbiera i nie wysyła informacji zwrotnych. Nie można wówczas mówić o aktywnym współtworzeniu procesu komunikacji. Na to potrzeba czasu i doświadczenia aby nie skupiać się na celu ale na tu i teraz.

Kluczem do skutecznego słuchania jest chęć zaangażowania się. Jeśli owej intencji nie ma, nie pomogą najwyższe tytuły zawodowe. Duża skuteczność cudownych „uzdrowicieli” polega głównie na tym, że traktują pacjenta podmiotowo, słuchają i okazują zrozumienie, a to są już czynniki leczące... Skuteczne słuchanie umożliwia zauważenie i zrozumienie komunikatów rozmówcy, uchwycenie tego, co jest ważne z punktu widzenia wspólnego celu oraz tego jeszcze, czego nie potrafi nasz rozmówca zwerbalizować samodzielnie.

W społecznej, zwykłej komunikacji dobrego słuchacza charakteryzują następujące cechy:

- silna motywacja do słuchania,
- brak sztywnych, stereotypowych przekonań,
- zdolność do pełnego odbioru i trafnej interpretacji,
- brak poczucia wszechwiedzy,
- koncentracja na znaczeniu komunikatu,
- umiejętność odróżniania obserwacji od wniosku,



- otwartość i życzliwość wobec nadawcy, co stwarza atmosferę do swobodnego,
- umiejętność wychwytywania istotnych fragmentów wypowiedzi,
- ujawnianie reakcji zarówno na aspekt treściowy, jak i emocjonalny wypowiedzi.

W pracy z pacjentem ta lista umiejętności nie wystarczy. Efektywne słuchanie diagnosty to znacznie więcej. Wyróżnia się cztery podstawowe rodzaje skutecznego słuchania, są to: słuchanie aktywne, empatyczne, otwarte i świadome.

### Aktywne słuchanie

to starania, które podejmowane są w celu pełnego zrozumienia treści i znaczenia tego, co mówi pacjent (lub jego rodzina). Jest nacechowane szacunkiem i pozytywnym nastawieniem wobec nadawcy komunikatu. Obejmuje zarówno werbalne jak i niewerbalne zachowania wobec rozmówcy, takie jak np.:

- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- otwarta postawa ciała,
- dystans (40–120 cm).
- potakiwania

wysyłanie sygnałów zachęcających do kontynuowania wypowiedzi i potwierdzających słuchanie (np. rozumiem, aha, proszę kontynuować itp.)

Istnieje szereg praktycznych technik bardzo przydatnych w pracy z pacjentem, które potwierdzają aktywne słuchanie. Wymieńmy kilka z nich:

### Parafrazowanie

Oznacza ni mniej ni więcej tylko streszczenie własnymi słowami treści wypowiedzianych przez pacjenta. Parafrazowanie



przydaje się aby przekonać rozmówcę o tym, że go naprawdę słuchamy, stanowi sprawdzenie tego, czy dobrze odebraliśmy przekaz ale też umożliwia pacjentowi usłyszenia tego, co sam przed chwilą powiedział (co nierzadko jest już sukcesem w postaci autorefleksji). Parafrazę zazwyczaj rozpoczynamy następująco:

- „O ile Pana dobrze zrozumiałam, to...”,
- „Zatem chodzi o to, że...”,
- „A więc sądzi Pani, że...”.

*Pacjent: Nie wiem, co się ze mną dzieje od ostatniej chemii. Nie mogę jeść, wymiotuję, czuję się rozbity, drażliwy, to znów chce mi się płakać. Prawdopodobnie stracę pracę a mam dzieci na studiach. Prawie nie śpię. Sam już nie wiem, czy to chemia tak na mnie działa, czy stres, a może nieodpowiednio się odżywiam?*

*Pielęgniarka: O ile dobrze Pana zrozumiałam, niepokoi się Pan o stan swojego zdrowia i nie wie, czy łączyć to ze stresem, chemioterapią czy odżywianiem?*

*Albo*

*Pielęgniarka: Powiedział Pan, że po ostatniej chemii zauważył Pan u siebie kilka niepokojących objawów i zastanawia się Pan nad ich przyczyną. Proszę powiedzieć coś więcej o swoich dolegliwościach.*

### **Klaryfikacja**

To technika przydatna szczególnie wtedy, gdy treść wypowiedzi, bądź jakiś jej fragment jest niezrozumiały, a także gdy nie mamy pewności, który wątek wypowiedzi rozmówcy jest wątkiem głównym. Komunikat formułowany przez pacjenta nierzadko jest chaotyczny, wielowątkowy, trudny do zrozumienia i składać się na to może wiele przyczyn, między innymi stres, ale też podenerwowanie wynikające np. z długiego oczekiwania na swoją kolej, albo silna motywacja, by opowiedzieć jak najwięcej i jak najdokładniej w krótkim czasie. Klaryfikacja

jak sama nazwa wskazuje, sprawia, iż wypowiedź staje się klarowna. Aby zmniejszyć napięcie pacjenta, możemy zasugerować mu, iż przyczyna niemożności zrozumienia leży po naszej, nie jego stronie i zacząć np. w taki sposób:

- „Nie jestem pewna czy dobrze zrozumiałam...”.

Klaryfikacja pozwala uniknąć także błędu pochopnej interpretacji. Jeśli na przykład pacjent powie: „*Mam już tego wszystkiego dość!*” a rozmówca zareaguje: „*Czy to oznacza, że chce Pan przerwać leczenie?*” mogłoby się okazać, że pacjent wcale nie miał tego na myśli. Jeśli jednak odbiorca komunikatu zastosuje klaryfikację i zapyta: „*Co ma Pan na myśli mówiąc, że ma Pan tego wszystkiego dosyć?*” ma szansę dowiedzieć się na przykład o tym, że syn nie chce już przywozić go co tydzień do szpitala własnym autem.

### **Odzwierciedlenie**

Odzwierciedlenie uczuć to komunikowanie pacjentowi zrozumienia dla jego emocjonalnych reakcji na różne wydarzenia życiowe, o których opowiada, oraz podczas np. badania. Okazanie empatii i zrozumienia sprzyja budowaniu zaufania i zachęca pacjenta do otwartości. Odzwierciedlenie uczuć wymaga rozumienia komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Wyraz twarzy, tembr głosu, ruchy rąk czy wyraz oczu mówią często o wiele więcej niż słowa. Oto przykłady odzwierciedlenia:

- „Rozumiem, że trudno jest Pani o tym mówić”. (Zauważmy jak inny klimat wnosi ze sobą odzwierciedlenie w odróżnieniu od chłodnej obserwacji : „Widzę, że drżą Pani ręce” lub dystansu: „Dlaczego się Pani denerwuje?”),
- Empatyczne zrozumienie pozwala też na zwerbalizowanie tych emocji, które nie zostały przez pacjenta nazwane. Spróbujmy pokazać różnicę między odzwierciedleniem uczuć wyrażonych werbalnie i niewerbalnie:

- Pacjent (mówi podniesionym, poirytowanym głosem, zaciskając usta): *Po konsylium lekarskim wnioskuję, że w ogóle nie będę miał tej operacji. Do tej pory słyszałem, że najpierw operacja a potem radioterapia. Jeśli nie będzie tej operacji to już koniec, nie wiem, co zrobić.*
- Odbiorca komunikatu: (na podstawie wypowiedzi): *Rozumiem, że decyzja o odstąpieniu od operacji bardzo Pana niepokoi?*
- (Na podstawie reakcji niewerbalnych): *Rozumiem, że nagła zmiana planu terapeutycznego wzbudza w Panu złość?*

Technika ta musi być używana z dużą uwagą i rozważaniem i stosowaniem tylko i wyłącznie emocji wyrażnie obecnych w ekspresji i nie powinna przybierać formy domyślania się, co czuje pacjent. W przeciwnym razie może dojść do zasugerowania pacjentowi emocji, które w ogóle nie zostały przez niego wyrażone.

### Podsumowanie – wyłanianie tematów

Dobrą praktyką porządkującą rozmowę z pacjentem jest dokonywanie podsumowań. Zazwyczaj bowiem po pewnym czasie rozmowy w przekazie pojawiają się pewne powtarzające się schematy, czyli tematy. Są to wątki z jakiegoś powodu ważne dla pacjenta, dlatego powraca i nawiązuje do nich przy różnych okazjach. Celem podsumowania jest powiązanie różnych elementów przekazu. Jest to jednocześnie informacja zwrotna dla pacjenta polegająca na wydobyciu znaczenia z rozmaitych informacji. Niekiedy podsumowanie pozwala domknąć jakiś nadmiernie rozbudowany wątek i skierować rozmowę na inny tor. Dobra metodą jest także podsumowaniem ostatniego spotkania otworzyć kolejne, uzyskując w ten sposób płynną kontynuację.

### Milczenie

Umiejętnie stosowanym milczeniem można poprawić klimat rozmowy i dać na przykład pacjentowi chwilę do namysłu. Milczenie w odpowiedzi na pytanie pacjenta, może stanowić delikatne potwierdzenie, np. czegoś niechcianego przez pacjenta. Może także być doskonałym zaakcentowaniem bardzo istotnych kwestii. Stąd powiedzenie, że niekiedy cisza zastępuje tysiąc słów. W tym momencie ważne są komunikaty niewerbalne. Na pewno nie popchnie do refleksji zaprzestanie rozmawiania na rzecz pisania smsów z kimś innym, czy spoglądanie na zegarek. Ale jeśli przy tym patrzymy rozmówcy w oczy i jesteśmy z nim, milczenie może mieć duże znaczenie. Nie powinno ono jednak trwać zbyt długo.

### Konfrontacja

Jest techniką docierania do informacji o ewentualnych konfliktach oraz poszerzania wiedzy o sobie samym przez pacjenta. Polega ona na tym, że przekazujemy pacjentowi wychwycone przez nas sprzeczności pomiędzy przekonaniem, uczuciami i zachowaniami pacjenta. Zwracamy uwagę na niespójności lecz nie podajemy żadnych wyjaśnień co do nich. Niezgodność może zachodzić pomiędzy:

- tym, kim osoba jest a kim chciałaby być
- tym co mówi a tym co robi
- dwoma przekonaniem
- tym jak osoba siebie opisuje a tym jak spostrzegamy ją my podczas obserwacji
- zachowaniami werbalnym a niewerbalnymi

Oto przykłady:

1. Przekaz werbalny i niewerbalny: *Powiedział Pan, że prowadzi Pan zdrowy tryb życia i że zdrowie jest dla Pana najważniejsze ale widzę jednocześnie u Pana zabarwione od papierosów palce?*
2. Przekaz słowny i zachowanie: *O ile dobrze pamiętam była Pani zdecydowana wykonać te badania a do tej pory nie pojawiła się Pani u lekarza?*
3. Między dwoma przekazami: *Mam wrażenie, że ostatnio mówił Pan, iż nie zależy Panu na dalszym leczeniu i że robi Pan to wyłącznie dla rodziny. Jednocześnie widzę, że dopytuje Pan o wyniki badań pozwalające Panu kontynuowanie leczenia?*
4. Między przekazami niewerbalnymi. *Uśmiecha się Pani mówiąc, że jest Pani pozytywnie nastawiona do leczenia ale widzę, że ukradkiem wyciera Pani tzę?*

### Blokady komunikacyjne

Nie zawsze, nawet mimo szczerych chęci komunikacja z pacjentem, przebiega tak, jakby się chciało. Wydawałoby się, że pocieszenie go w trudnej dla niego sytuacji powinno przynieść pozytywny skutek dlaczego więc jest odwrotnie? Dlaczego się zdenerwował i już ze mną nie rozmawia? Powodów może być wiele, najczęstszymi powodami są: zareagowanie z pozycji własnej, bez próby zrozumienia drugiego (innego od nas) człowieka, albo nieradzenie sobie z cierpieniem.

Thomas Gordon wymienia 12 tzw. blokad komunikacyjnych, których poznanie umożliwi nam wyczulenie się na nie podczas trudnej rozmowy z pacjentem:

1. nakazy, polecenia („Ma Pan od dzisiaj nie palić”),
2. ostrzeżenia i groźby („Jeżeli natychmiast nie dowiesz ktoś Pani reszty wyników badań, może się Pani pakować do domu – leczenia nie będzie!),
3. moralizowanie („Jak Pan tak może robić dzieciom?”),
4. doradzanie, sugerowanie („Na Pańskim miejscu zrobilibym tak...”),
5. pouczanie, dostarczanie logicznych argumentów („Panie Węgrzyn, ile razy Panu mówiłam, że palenie szkodzi zdrowiu, no ile?”),
6. krytykowanie, wydawanie sądów („Jak Pani mogła nie wyczuć tak dużego guza?”),
7. inwektywy, ośmieszanie („Z taką oponką to nic dziwnego, że jest nadciśnienie”),
8. interpretowanie, analizowanie, diagnozowanie („tacy pacjenci jak Pan nigdy nie stosują się do zaleceń”),
9. wydawanie ocen pozytywnych („Bardzo dobrze, że nie zadaje Pan głupich pytań”),
10. pocieszanie, uspokajanie („Proszę nie płakać, wszystko będzie dobrze”),
11. wypytywanie, zadawanie zbyt wielu pytań naraz (Bardzo często praktykowane!!!),
12. odwracanie uwagi, sarkazm, ironizowanie, dowcipkowanie

### LITERATURA:

- M. Nowina Konopka, W. Feleszka, Ł. Matecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018.
- A. Suchańska, *Rozmowa i obserwacja w diagnozie psychologicznej*. Wydawnictwa Naukowe i Profesjonalne, Warszawa 2007.

# Z PRAC NRPIP



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

## STANOWISKO NR 65 NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 14 GRUDNIA 2022 R.

w sprawie stosowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych po 1 lipca 2022 roku

Mając na uwadze wpływające do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych („NRPIP”) informacje o działaniach pracodawców polegających na wręczaniu wypowiedzeń warunków pracy i płacy pracownikom zatrudnionym dotychczas na stanowiskach magister pielęgniarstwa ze specjalizacją, magister położnictwa ze specjalizacją albo na stanowiskach pielęgniarka specjalista albo położna specjalista oferując stanowisko pracy pielęgniarka lub położna z jednoczesną zmianą zakresu obowiązków, lub pozostawiając z tym samym zakresem, NRPIP przedstawia poniższe stanowisko w sprawie stosowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (dalej jako „Ustawa”).

1. Przepisy Ustawy nie dają podstaw do tego, aby pracownikom, z których kwalifikacji do tej pory pracodawcy korzystali, dokonywać wypowiedzeń warunków pracy i płacy oferując pracę na innym stanowisku za wynagrodzeniem bez uwzględnienia podniesionych kwalifikacji.
2. Powyższe działania nie wytrzymują krytyki. Ich konsekwencje mogą być daleko idące zarówno dla pacjentów, jak i dla osób, które podejmują decyzje o wyborze zawodu pielęgniarki, położnej, a tym samym dla nas wszystkich, bo każdy z nas wcześniej czy później stanie się pacjentem – zarządzający podmiotami leczniczymi także.
3. Jeśli pracodawca do tej pory zatrudniał pracownika na stanowisku magister pielęgniarstwa lub magister położnictwa ze specjalizacją albo na stanowisku pielęgniarka specjalista albo położna specjalista to znaczy, że korzystał z posiadanych przez pracownika kwalifikacji, a zatem je uznawał. Jeśli ten sam pracownik miałby po okresie wypowiedzenia warunków pracy i płacy zostać zatrudniony na stanowisku pielęgniarki, położnej i nie wykorzystywać już zdobytych kwalifikacji w stosunku do pacjentów, to znaczy, że pracodawca zamierza nie tylko zdegradować kadrę medyczną, ale także odebrać pacjentom możliwość opieki nad nimi przez personel zgodnie z posiadanymi kompetencjami.

4. Taki stan rzeczy doprowadzi w szybkim tempie do ogromnego kryzysu w opiece nad pacjentami, przyczyni się także bezpośrednio do braku motywacji kadry pielęgniarskiej, położniczej do podnoszenia kwalifikacji. Zdobycie wiedzy i umiejętności przez pielęgniarki, położne stanie się nieoptyczne, nieatrakcyjne, wręcz zbędne, a zarządzający podmiotami leczniczymi staną się ofiarami własnych decyzji na skutek cięższej na nich odpowiedzialności karnej, cywilnej i zawodowej.
5. Zatem, NRPIP sprzeciwia się dalszemu, uporczywemu niestosowaniu Ustawy przez zarządzających podmiotami leczniczymi. Dokonywanie wypowiedzeń zmieniających warunki pracy i płacy najwyższemu wykwalifikowanemu personelowi pielęgniarek i położnych na tej podstawie, że zdobyty tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa, magister położnictwa oraz uzyskany tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia były tylko i wyłącznie wolą pracownika a nie wymaganiami pracodawcy jest bulwersującym procederem, wyrazem braku odpowiedzialności za pacjentów i personel medyczny.

### UZASADNIENIE

Jeśli zarządzających podmiotami leczniczymi, którzy obecnie wypowiadają warunki pracy i płacy pielęgniarkom i położnym, które zdobyły tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa oraz uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, nie jest w stanie przekonać istnienie przepisu art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którym „*Pielęgniarka i położna mają obowiązek **stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego** w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego*”, to należy przypomnieć także rozwiązania **w prawie międzynarodowym i europejskim w zakresie ustawicznego kształcenia**.

W dniu 9 października 1980 r. Polska ratyfikowała Konwencję Międzynarodowej Organizacji Pracy przyjętą w Genewie w dniu 21 czerwca 1977 roku a dotyczącą zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego (Dz.U. z 1981 r. Nr 2, poz. 4).

**Konwencja zobowiązała Polskę** do podjęcia niezbędnych kroków w celu zapewnienia personelowi pielęgniarskiemu:

- a) **wykształcenia i wykszolenia** odpowiadającego wykonywanym funkcjom oraz
- b) **warunków zatrudnienia i pracy, w tym również perspektyw zawodowych i wynagrodzenia**, które umożliwiłyby przyciągnięcie personelu do tego zawodu i pozostanie w nim.

Było to ponad 40 lat temu. Należy zatem zadać retoryczne pytanie: Czy obecne działania zarządzających podmiotami leczniczymi są zgodne z powziętymi przez Państwo Polskie zobowiązaniami cztery dekady temu?

W ocenie reprezentowanego przez nas środowiska pielęgniarek i położnych – oczywiście nie. Dlatego też opisane w niniejszym stanowisku działania należy jak najszybciej zakończyć dla dobra pacjentów, personelu oraz samych zarządzających.

Jeżeli również prawo międzynarodowe miałyby nie stanowić odpowiedniego argumentu dla zakończenia procedury wypowiedzeń zmieniających, to przywołać należy także regulacje prawa europejskiego.

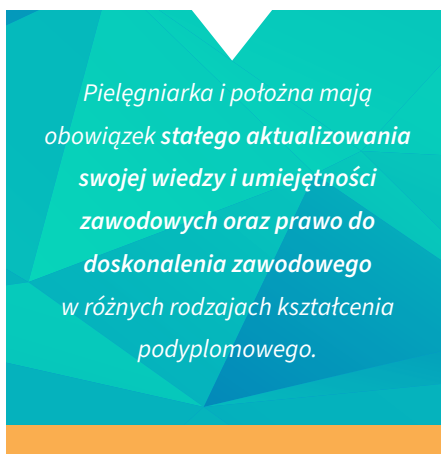
Otóż Rada Europy uwzględniła założenie edukacji ustawicznej w art. 10 Europejskiej Karty Społecznej (Dz.U.1999.8.67) sporządzonej w Turynie dnia 18 października 1961 r., a także w Europejskim porozumieniu w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek z dnia 25 października 1967 r. Rady Europy (Dz.U. z 1996 r. Nr 83, poz. 384).

Do koncepcji edukacji ustawicznej nawiązuje także Unia Europejska w Karcie Podstawowych Praw Pracowników (art. 15) i Traktat z Maastricht (art. 127 pkt 2).

Mając powyższe na uwadze w kategorii ciekawostki należy traktować argument przedstawiany przez pracodawców stosujących wypowiedzenia zmieniające jakoby uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa i tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, było tylko i wyłącznie wolą pracownika a nie wymaganiami pracodawcy.

Jeśli pracownik nie miałby woli podnoszenia kwalifikacji i pracodawca nie miałby wymagań w tym zakresie, to oznaczałoby, że jedna i druga strona narusza swoje podstawowe obowiązki.

Dla osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej obowiązek doskonalenia zawodowego jest zarówno powinnością etyczną, jak i obowiązkiem prawnym, nie tylko wynikającym z powołanego wyżej przepisu art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.



Zgodnie bowiem z treścią przyrzeczenia zawodowego (pkt 6 Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej – dalej jako „KEPP”), osoba wykonująca zawód pielęgniarki, położnej **zobowiązana jest do systematycznego doskonalenia swoich umiejętności i wiedzy dla dobra zawodu**, a w części szczegółowej KEPP wskazano, że: „**Obowiązkiem pielęgniarki, położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych**” (Część II, pkt 1 KEPP).

„(...) Pielęgniarka, położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo-badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje, które powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji” (Część II, pkt 15 KEPP). Każda pielęgniarka, położna mająca większe doświadczenie zawodowe jest zobowiązana do przekazywania młodszym koleżankom i kolegom swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Natomiast, „Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki, położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych” (Część IV, pkt 1 i 5 KEPP).

Z kolei zarządzający podmiotami leczniczymi jako pracodawcy muszą realizować jedną z podstawowych zasad prawa pracy jaką jest zasada ułatwiania pracownikom podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Zasada ta została wprowadzona jako obowiązek pracodawcy (art. 94 pkt 6 Kodeksu pracy).

**Zatem, obowiązki pielęgniarki, położnej do ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych odpowiada obowiązek pracodawcy do ułatwiania podnoszenia kwalifikacji zawodowych.**

W sytuacji, gdy pracodawca korzystał już z wyższych kwalifikacji zawodowych pracownika, nie może następnie skutecznie twierdzić, że nie są już one potrzebne, ponieważ postanowił zmienić zakres obowiązków pracownikowi. Jest to czynność dokonana jedynie dla pozorów, w celu wywołania określonych skutków prawnych, tj. przyznania niższego niż należne wynagrodzenia minimalnego na podstawie Ustawy. Tymczasem pozorna czynność jest nieważna na mocy art. 83 Kodeksu cywilnego.

Mając powyższe na uwadze, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w całej rozciągłości podtrzymuje stanowisko nr 62 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 sierpnia 2022 r. i ponownie apeluje do kierowników podmiotów leczniczych o zaprzestanie praktyk poszukiwania rozwiązań w celu niestosowania Ustawy, narażających bezpieczeństwo prawne podmiotów leczniczych i swoje jako zarządzających, a kiedyś pacjentów.

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Zofia Małas



## NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.4.1.2023.MK

Warszawa, dnia 4 stycznia 2023 r.

Pan  
**Jarosław Wojciech Obremski**  
Wojewoda dolnośląski

*Szanowny Panie Wojewodo*

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie określonych działań celem zaszerogowania pielęgniarek systemu posiadających specjalizację zgodnie z kwalifikacjami wymaganymi w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 ze zm.), do właściwej grupy zawodowej wskazanej w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* (Dz. U. z 2021 r., poz. 1801 ze zm.).

W związku z wpływającymi sygnalizowanymi problemami do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zgłaszają się członkowie samorządu, wg których kierownicy podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne w zespołach ratownictwa medycznego niekorzystnie interpretują przepisy ww. ustawy kwalifikując pielęgniarki systemu do grupy 6 określonej w załączniku do ww. ustawy, niezależnie od posiadanych kwalifikacji, czyli jako pielęgniarkę ze średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Powyższe działania argumentują przepisami, w których ratownik medyczny, który nie posiada tytułu specjalisty lub tytułu magistra może być zakwalifikowany wyłącznie do grupy 6 z współczynnikiem pracy – 0,94.

Ponadto, kierownicy podmiotów leczniczych zmieniają tytuły stanowisk pracy: starsza pielęgniarka – specjalista na tytuły: starsza pielęgniarka systemu, co jest niezgodne z przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. *w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896 ze zm.).

Zgodnie z art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 ze zm.) pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

**Pielęgniarka ze specjalizacją w wymaganych ustawowo dziedzinach pielęgniarstwa, o których mowa powyżej, a która została zatrudniona w jednostkach PRM zostaje pielęgniarką systemu i zgodnie z przepisami ustawy przy określaniu współczynnika wynagrodzenia powinna zostać zakwalifikowana do grupy 5, czyli zgodnie z kwalifikacjami na wymaganym zajmowanym stanowisku – ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub do grupy 2, jeżeli posiada tytuł magistra pielęgniarstwa i tytuł specjalisty.**

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niedopuszczalne i niezasadne jest interpretowanie przez kierowników podmiotów leczniczych przepisów przedmiotowych ustaw i stosowanie praktyk uznających najniższe kwalifikacje jako wymagane na danym stanowisku, czyli określonych w grupie lp. 6 z współczynnikiem pracy 0,94 - w grupie osób, które nie posiadają ustawowego tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, pomimo iż przed dniem wejścia w życie aktualnej ustawy uznawali posiadane kwalifikacje jako wymagane.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o interwencję w przedmiotowej sprawie i wskazanie podległym jednostkom właściwej interpretacji przepisów ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, tj. objęcia pielęgniarek systemu, które posiadają tytuł specjalisty w określonej ustawowo dziedzinie pielęgniarstwa, współczynnikiem pracy 1,02 lub 1,29 zgodnie z nowelizacją ww. ustawy.

*Z wyrazami szacunku*  
Wiceprezes NRPIP



Mariola Łodzińska

Do wiadomości:

- Pan Adam Niedzielski – Minister Zdrowia.



# Praktyczne wskazówki wyliczania norm zatrudnienia w poszczególnych komórkach organizacyjnych w podmiotach leczniczych

Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2018 r., poz. 2012) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. *w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1196).

Rodzaj komórki organizacyjnej o profilu zachowawczym - udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej

rodzaj komórki organizacyjnej	wskaźniki zatrudnienia	uwagi
<b>alergologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	<b>Przykłady liczenia norm zatrudnienia dla oddziałów z osobami dorosłymi:</b>
<b>angiologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko	1.
<b>choroby płuc</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	40 łóżek x 0,6 etatu na 1 łóżko = 24 etaty. 24 etaty ÷ 4 zespoły = <b>6 etatów na 1 zmianę.</b>
<b>choroby wewnętrzne</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko	2.
<b>choroby zakaźne</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	20 łóżek x 0,6 na 1 łóżko = 12 etatów. 12 etatów ÷ 4 zespoły = <b>3 etaty na 1 zmianę.</b>
<b>dermatologia i wenerologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	3.
<b>diabetologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	10 łóżek x 0,6 na 1 łóżko = 6 etatów. 6 etatów ÷ 4 zespoły = <b>1,5 etatu na 1 zmianę.</b>
<b>endokrynologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	
<b>gastroenterologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	
<b>geriatria</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko	
<b>hematologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko	
<b>immunologia kliniczna</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	Przy obliczaniu norm zatrudnienia nie uwzględniono zwolnień i urlopów wynikających z Kodeksu Pracy.
<b>kardiologia</b>	leczenie osób, które ukończyły 18 rok życia – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie osób, które nie ukończyły 18 rok życia – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	<b>wymagania formalne:</b>
	- w sali lub salach intensywnego nadzoru kardiologicznego – pielęgniarki – równoważnik co najmniej jednego etatu na jedno łóżko intensywnego nadzoru kardiologicznego	oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego z salą lub salami intensywnego nadzoru kardiologicznego, albo co najmniej 4 łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego lub oddział intensywnej terapii co najmniej 4 łóżkowy – w lokalizacji
		<b>Przykład liczenia norm zatrudnienia dla oddziału 20 łóżkowego bez intensywnego nadzoru dla dorosłych:</b> 20 łóżek x 0,6 etatów na 1 łóżko = 12 etatów. 12 etatów ÷ 4 zespoły = <b>co najmniej 3 etaty na 1 zmianę.</b>



		<p>Przykład liczenia norm zatrudnienia dla oddziału 20 łóżkowego i 4 łózkami intensywnego nadzoru dla dorosłych:  <math>24 \text{ łóżek} \times 0,6 \text{ etatu na 1 łóżko} = 14,4 \text{ etatów} + 4 \text{ etaty na 4 łóżka intensywnego nadzoru.}</math>  <math>18,4 \text{ etatów} \div 4 \text{ zespoły} = \text{co najmniej } 4,6 \text{ etaty na 1 zmianę.}</math></p>
<b>nefrologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	
<b>neurologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	
<b>onkologia i hematologia dziecięca</b>	leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	
<b>onkologia kliniczna</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko	
<b>pediatria</b>	leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	$25 \text{ łóżek} \times 0,8 \text{ etatu na 1 łóżko} = 20 \text{ etatów.}$ $20 \text{ etatów} \div 4 \text{ zespoły} = \text{co najmniej } 5 \text{ etatów na 1 zmianę.}$
<b>reumatologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	
<b>radioterapia/brachyterapia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko	
<b>terapia izotopowa</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko	
<b>toksykologia kliniczna</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko	
<b>chemioterapia – hospitalizacja</b>	równoważnik 3 etatów (wydzielonych wyłącznie do chemioterapii)	<b>organizacja udzielania świadczeń</b> całodobowy oddział szpitalny: onkologiczny, onkologiczny dla dzieci, onkologii klinicznej, chemioterapii, ginekologii onkologicznej, hematologiczny, hematologiczny dla dzieci, nowotworów krwi, chirurgii onkologicznej, chorób wewnętrznych, endokrynologiczny, endokrynologiczny dla dzieci, gastroenterologiczny, gastroenterologiczny dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, chorób płuc, chorób płuc dziecięcy, pediatriczny, chirurgiczny ogólny, chirurgii dziecięcej, otolaryngologiczny, otolaryngologiczny dziecięcy, urologiczny, urologiczny dziecięcy, transplantologiczny, radioterapii
<b>chemioterapia – leczenie jednego dnia</b>	równoważnik 3 etatów (wydzielonych wyłącznie do chemioterapii)	<b>organizacja udzielania świadczeń</b> oddział jednego dnia lub całodobowy oddział szpitalny: onkologiczny, onkologiczny dla dzieci, onkologii klinicznej, chemioterapii, ginekologii onkologicznej, hematologiczny, hematologiczny dla dzieci, nowotworów krwi, chirurgii onkologicznej, chorób wewnętrznych, endokrynologiczny, endokrynologiczny dla dzieci, gastroenterologiczny, gastroenterologiczny dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, chorób płuc, chorób płuc dziecięcy, pediatriczny, chirurgiczny ogólny, chirurgii dziecięcej, otolaryngologiczny, otolaryngologiczny dziecięcy, urologiczny, urologiczny dziecięcy, transplantologiczny, radioterapii

Liczba personelu pielęgniarskiego (na dyżurze) niezbędnego dla zapewnienia opieki powinna być ustalana przez świadczeniodawcę z uwzględnieniem:

- profili oraz intensywności pracy oddziałów szpitalnych,
- wielkości i topografii oddziałów szpitalnych (system pawilonowy lub kondygnacyjny).

**Rodzaj komórki organizacyjnej o profilu zabiegowym - udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej**

rodzaj komórki organizacyjnej	wskaźniki zatrudnienia	uwagi
<b>blok operacyjny</b>	obecność co najmniej 2 pielęgniarek lub położnych na każdy stół operacyjny odpowiadającą czasowi udzielania świadczeń określmemu w harmonogramie pracy	
<b>chirurgia dziecięca</b>	leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	<b>Przykład liczenia norm zatrudnienia dla oddziału 25 łóżkowego</b> 25 łóżek x 0,9 etatu na 1 łóżko = 22,5 etatu 22,5 etatu ÷ 4 zespoły = <b>co najmniej 5,62 etatów na 1 zmianę.</b>
<b>chirurgia klatki piersiowej</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>chirurgia naczyniowa</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko	
<b>chirurgia naczyniowa II poziom referencyjny</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko	
<b>chirurgia ogólna</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko	
<b>chirurgia onkologiczna</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>chirurgia plastyczna</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>chirurgia szczękowo-twarzowa</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>kardiochirurgia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>neurochirurgia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>okulistyka</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>otolaryngologia, audiologia i foniatria</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>ortopedia i traumatologia narządu ruchu</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>transplantologia kliniczna</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	
<b>urologia</b>	leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko leczenie dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko	

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1 (wykaz w Załączniku nr 1 do rozporządzenia świadczenia w chemioterapii, programy lekowe przysługujące świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy), w trybie leczenia jednego dnia powinien spełniać następujące warunki:

- równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określmemu w harmonogramie pracy – pielęgniarka lub położna odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń.

**Wskaźniki zatrudnienia w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, położnictwa i ginekologii, izbach przyjęć, szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz wyjazdowego zespołu sanitarnego typu N**

rodzaj komórki organizacyjnej	wskaźniki zatrudnienia	uwagi
<b>oddział anestezjologii i intensywnej terapii/ oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddział anestezjologii/oddział anestezjologii dla dzieci, w skład którego wchodzi w szczególności:</b> a) stanowiska intensywnej terapii (dotyczy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii/ oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci), b) stanowiska znieczulenia, c) stanowiska nadzoru	1) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna 2) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu 3) bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzą pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii 4) stosunek liczby pielęgniarek anestezjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie do liczby faktycznie obłożonych stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinien być niższy niż 1:4	na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2016 r., poz. 2218)  warunki ogólne dla wszystkich poziomów referencyjnych.  <b>Przykład liczenia norm zatrudnienia dla oddziału 15 stanowiskowego IT.</b> 15 stanowisk IT x 2,2 etatu na 1 stanowisko = 33 etaty.

poznieczuleniowego	<p>5) ustala się trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii:</p> <p>a) najniższy poziom opieki - potrzeba ciągłego monitorowania z powodu zagrożenia niewydolnością narządową – co najmniej 1 pielęgniarka na 3 stanowiska intensywnej terapii na zmianę,</p> <p>b) pośredni poziom opieki - pacjent z 1 niewydolnością narządową, która bezpośrednio zagraża życiu i wymaga mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej 1 pielęgniarka na 2 stanowiska intensywnej terapii na zmianę,</p> <p>c) najwyższy poziom opieki - pacjent z co najmniej 2 niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej 1 pielęgniarka na 1 stanowisko intensywnej terapii na zmianę.</p>	<p>33 etaty ÷ 4 zespoły = <b>co najmniej 8,25 etatów na 1 zmianę. Przy obliczaniu norm zatrudnienia należy uwzględnić poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej oraz stanowiska nadzoru poznieczuleniowego.</b></p> <p>W przypadku udzielania świadczeń z zakresu anestezji dodatkowo należy zapewnić równoważnik co najmniej 1 etatu na stanowisko.</p>
<p><b>1. anestezjologia i intensywna terapia</b> - pierwszy poziom referencyjny</p>	<p>Leczenie dorosłych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii</li> <li>- wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I</li> </ul> <p>Leczenie dzieci:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii, w tym co najmniej 1 dla noworodków</li> <li>- wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I</li> </ul>	warunki szczegółowe
<p><b>2. anestezjologia i intensywna terapia</b> - drugi poziom referencyjny</p>	<p>Leczenie dorosłych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii</li> <li>- wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I</li> </ul> <p>Leczenie dzieci:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 3 dla noworodków</li> <li>- wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I</li> </ul>	warunki szczegółowe
<p><b>3. anestezjologia i intensywna terapia</b> - trzeci poziom referencyjny</p>	<p>Leczenie dorosłych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii</li> <li>- wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</li> </ul> <p>Leczenie dzieci:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 4 dla noworodków</li> <li>- co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków</li> </ul>	warunki szczegółowe

	- wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I	
<b>neonatologia</b>	równoważnik co najmniej 0,8 etatu pielęgniarki lub położnej na 1 łóżko (stanowisko) noworodkowe (w tym, w systemie „matka z dzieckiem”)	
<b>neonatologia – drugi poziom referencyjny</b>	Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze: 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka 2) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji 3) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego	Pozostałe wymagania - w miejscu udzielania świadczeń: - co najmniej 2 stanowiska intensywnej terapii noworodka - co najmniej 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka na 800 noworodków leczonych rocznie - wydzielone stanowiska ciągłej opieki dla noworodków po sztucznej wentylacji - wydzielone stanowiska opieki pośredniej dla noworodków nie wymagających wsparcia oddechowego
<b>neonatologia – trzeci poziom referencyjny</b>	Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze: 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka 2) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji 3) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego	Pozostałe wymagania - co najmniej 20 łóżek noworodkowych - co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii noworodka - co najmniej 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka na 250 noworodków leczonych rocznie - wydzielone stanowiska ciągłej opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji - wydzielone stanowiska opieki pośredniej dla noworodków nie wymagających wsparcia oddechowego
<b>położnictwo i ginekologia</b>	pielęgniarki lub położne równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko	organizacja udzielania świadczeń: - wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla <b>sali porodowej</b> w miejscu udzielania świadczeń Pozostałe wymagania: - prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji <b>Poza ilością łóżek przy obliczaniu norm zatrudnienia należy wziąć także epod uwagę specyfikę oddziału, organizację pracy oraz liczbę porodów</b> <b>W przypadku łóżek porodowych należy zastosować wskaźniki zatrudnienia położnych w wymiarze 0,7 – dla oddziałów zabiegowych</b>
<b>położnictwo i ginekologia – drugi poziom referencyjny</b>	pielęgniarki lub położne równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko	organizacja udzielania świadczeń: - wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla <b>sali porodowej</b> w miejscu udzielania świadczeń Pozostałe wymagania: - prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji <b>Poza ilością łóżek przy obliczaniu norm zatrudnienia należy wziąć także epod uwagę specyfikę oddziału, organizację pracy oraz liczbę porodów</b> <b>W przypadku łóżek porodowych należy zastosować wskaźniki zatrudnienia położnych w wymiarze 0,7 – dla oddziałów zabiegowych</b>
<b>położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny</b>	pielęgniarki lub położne równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko	organizacja udzielania świadczeń: - wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla <b>sali porodowej</b> w miejscu udzielania świadczeń Pozostałe wymagania: - prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji

		<p>Poza ilością łóżek przy obliczaniu norm zatrudnienia należy wziąć także pod uwagę specyfikę oddziału, organizację pracy oraz liczbę porodów</p> <p>W przypadku łóżek porodowych należy zastosować wskaźniki zatrudnienia położnych w wymiarze 0,7 – dla oddziałów zabiegowych</p>
<p><b>położnictwo i ginekologia/ginekologia onkologiczna</b> (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia w rodzaju ginekologia)</p>	<p>pielęgniarki lub położne - równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko</p>	
<p><b>izba przyjęć</b></p>	<p>pielęgniarki – zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń położne – w przypadku świadczeń położniczo-ginekologicznych i neonatologicznych zapewnienie całodobowej opieki położnej we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń (może być łączona z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w sposób określony w przepisach porządkowych)</p>	<p>Zapewnienie całodobowej opieki położnych w izbach przyjęć o profilu położniczo-ginekologiczno-neonatologicznym nie może odbywać się kosztem obsady na oddziałach położniczo-ginekologicznych lub neonatologicznych, dla których określone są odrębne wskaźniki</p>
<p><b>szpitalny oddział ratunkowy</b></p>	<p>pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w § 6 ust. 7–11, 14 i 15 (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019 r., poz. 1213))</p>	
<p><b>Wyjazdowy zespół sanitarny typu N</b></p>	<p>Pielęgniarki lub położne: specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarstwa ratunkowego z co najmniej rocznym stażem pracy w OITN lub oddziale patologii noworodka lub pielęgniarka lub położna z co najmniej trzyletnim doświadczeniem w pracy w OITN lub w oddziale patologii noworodka.</p>	<p>Pozostałe wymagania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej 3-osobowy skład zespołu, w tym lekarz i kierowca;</li> <li>2) środek transportu sanitarnego spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane;</li> <li>3) wyposażenie każdego środka transportu sanitarnego dostosowane do udzielania medycznych czynności ratunkowych podczas transportu noworodka określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.</li> </ol>

**Od 1 stycznia 2019 roku** obowiązują nowe normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Na oddziałach o profilu zachowawczym na jedno łóżko przypada **0,6 etatu**, na oddziałach zabiegowych – **0,7**. Zmiany norm objęły również oddziały pediatryczne.

Na dziecięcym oddziale zachowawczym to **0,8 etatu** pielęgniarstwa, na zabiegowym **0,9**.

Celem wprowadzenia wskaźnikowych norm zatrudnienia było zapewnienie właściwych liczby pielęgniarek i położnych, co za tym idzie zapewnienia wysokiej jakości opieki, bezpieczeństwa pacjentów oraz właściwych warunków pracy.

**Od 1 stycznia 2022 roku** ponownie obowiązują normy zatrudnienia personelu pielęgniarstwa i położniczego (również lekarskiego), określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.).

Przypomnienia wymaga fakt, iż na podstawie § 10 a, ww. rozporządzenia, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji w okresie od dnia 20 października 2020 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. był zwolniony z obowiązku spełniania wymagań określonych w załączniku nr 3, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarstwa.

# SPOTKANIE KADRY KIEROWNICZEJ

8 lutego 2023 r. w ramach prewencji, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zorganizowała spotkanie dla kadry kierowniczej z udziałem Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

W spotkaniu uczestniczyło ponad 70 osób, Pielęgniarki Naczelne, Przełożone, Koordynujące oraz Pielęgniarki Oddziałowe z podmiotów działających na terenie działania OIPIP w Wałbrzychu. Spotkanie organizacyjnie podzielone zostało na dwie części.

Pierwsza – wykład ORZOZPiP – Pani Iwony Michańcio. W drugiej części spotkania omawiane były sprawy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Na zaproszenie w spotkaniu uczestniczyły również Pani Małgorzata Przydatek – Kierownik Centrum Szkoleń Akademii Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, z Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku – Pani Dyrektorka Generalna dr n. ekon. Magdalena Krawiec oraz mgr Marta Bernat Dyrektorka Centrum Szkoleń. Omawiany był Projekt „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” realizowany dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach którego, realizowane będą kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne z zakresu chorób i powikłań po chorobach zakaźnych, w tym COVID-19, poprawa umiejętności sprawowania opieki nad rodziną pacjenta z powikłaniami. Celem projektu jest podniesienie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych.



# ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH - NAJWAŻNIEJSZE AKTY PRAWNE

Treści skierowane są głównie do kadry zarządzającej. Wyszczególniono cztery akty prawne, które są podstawą do zapewnienia bezpiecznej pracy w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. Uwzględniono głównie zapisy stanowiące problemy w organizacji pracy oraz powody skarg kierowanych do *Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej*.



## **USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej**

Art. 1. 1. Ustawa określa zasady:

- 1) wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej;
- 2) **uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej;**
- 3) kształcenia zawodowego pielęgniarki i położnej;
- 4) kształcenia podyplomowego pielęgniarki i położnej

Art. 4. 1. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

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

Art. 5. 1. Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;

2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;

3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;

4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;

5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

8) **realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;**

9) **samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;**

10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,

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

Art. 16. Pielęgniarka i położna są obowiązane:

1) **informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 oraz z 2022 r. poz. 64);**

2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i porodu;

3) zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub

podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

**Art. 19. 1. Pielęgniarka i położna mogą 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 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**2. Pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formach, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, są obowiązane, w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:**

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- 2) datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony – datę zakończenia umowy;
- 3) miejsce wykonywania zawodu

**Art. 61. 1. Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego** w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego

Art. 66. 1. Ustala się następujące rodzaje kształcenia podyplomowego:

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

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**

§ 4. 1. Wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w **dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.**

2. Wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej zgodnie z § 10 pkt 3.

3. Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

4. Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego.

5. Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem.

**6. Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 pkt 3.**

§ 10 pkt 3.

oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:

- a) imię (imiona) i nazwisko,
- b) tytuł zawodowy – nie dotyczy osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- c) **numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany,**
- d) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – w przypadku osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 tej ustawy,
- e) **podpis.**

§ 18.

**3. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.**

**KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYwych I MARTWYCH**

2. Poronieniem określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

3. Urodzeniem żywym określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

4. Urodzeniem martwym określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

**USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta**

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

**Art. 21. 1. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.**



2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi **może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo** zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

**Art. 23. 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. 27. 1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- 3) **przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;**
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- 5) na informatycznym nośniku danych.

**Art. 42. 1. Rzecznik jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów** określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

2. Prezes Rady Ministrów sprawuje nadzór nad działalnością Rzecznika.

**3. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej „biurem”**

**Art. 50. 1. Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta, obejmującą w szczególności:**

- 1) oznaczenie wnioskodawcy;
- 2) oznaczenie pacjenta, którego prawa są naruszone;
- 3) zwięzły opis stanu faktycznego.

2. Wniosek kierowany do Rzecznika jest wolny od opłat.

**3. Rzecznik może wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta.**

**USTAWA z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych**

Art. 2. 1. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, zwany dalej „samorządem”, **reprezentuje osoby wykonują-**

**ce zawody pielęgniarki i położnej oraz** sprawuje pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

**Art. 5. 1. Członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę.**

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

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

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

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

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

**Art. 35. 1. Okręgowy rzecznik:**

- 1) prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej;
  - 2) **sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami pielęgniarek i położnych;**
  - 3) składa okręgowemu zjazdowi roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności;
  - 4) organizuje dla członków samorządu szkolenia z zakresu odpowiedzialności zawodowej.
2. Zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej działa w imieniu i na rzecz okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej

**Art. 36. 1. Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.**

**Art. 37. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo,** postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Może jednak być ono zawieszona do czasu ukończenia postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub postępowania w sprawie o wykroczenie.

**Art. 41. 1. Za osobę obwinioną uważa się pielęgniarkę lub położną, wobec której w toku postępowania wyjaś-**

**niającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydać postanowienie o przedstawieniu zarzutu lub przeciwko której skierował do sądu pielęgniarek i położnych wniosek o ukaranie.**

**2. Osoba obwiniona może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród pielęgniarek i położnych, adwokatów lub radców prawnych.**

3. W czasie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, na uzasadniony wniosek osoby obwinionej, właściwy sąd pielęgniarek i położnych ustanawia jej obrońcę z urzędu spośród pielęgniarek i położnych, adwokatów lub radców prawnych.

4. W przypadku gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności osoby obwinionej i nie ma ona obrońcy z wyboru, właściwy sąd pielęgniarek i położnych ustanawia jej obrońcę z urzędu spośród pielęgniarek i położnych. W postępowaniu wyjaśniającym okręgowy sąd ustanawia obrońcę na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Art. 50. Jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na fakt popełnienia przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o przedstawieniu pielęgniarsce lub położnej zarzutów.

Art. 51.1. Jeżeli postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania bez konieczności uprzedniego zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego i bez postanowienia o zamknięciu postępowania.

2. W postanowieniu o umorzeniu postępowania wskazuje się przyczyny umorzenia.

3. Jeżeli umorzenie następuje po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, postanowienie o umorzeniu zawiera także imię i nazwisko osoby obwinionej oraz określenie zarzucanego jej czynu.

Art. 52.1. Jeżeli istnieją podstawy do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej zawiadamia osobę obwinioną i jej obrońców o terminie końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzenia akt.

2. W terminie 14 dni od dnia zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego może ona składać wnioski o uzupełnienie postępowania.

3. Termin zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego powinien być tak wyznaczony, aby od doręczenia zawiadomienia o nim osobie obwinionej i jej obrońcom upłynęło co najmniej 14 dni.

4. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo osoby obwinionej lub jej obrońcy nie wstrzymuje dalszego postępowania.

5. Jeżeli nie zachodzi potrzeba uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o jego zamknięciu.

6. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej, w terminie 14 dni od dnia wydania postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego, składa do sądu pielęgniarek i położnych wniosek o ukaranie.

Art. 56. 1. Postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych odbywa się na rozprawie jawnej.

**2. Sąd pielęgniarek i położnych może wyłączyć jawność rozprawy, jeżeli jawność mogłaby:**

**1) naruszyć tajemnicę zawodową;**  
**2) wywołać zakłócenie spokoju lub porządku publicznego;**

**3) obrażać dobre obyczaje;**  
**4) ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy;**

**5) naruszyć ważny interes prywatny.**

**3. Sąd pielęgniarek i położnych wyłącza jawność rozprawy także na wniosek pokrzywdzonego.**

**Art. 60.1. Sąd pielęgniarek i położnych może orzec następujące kary:**

**1) upomnienie;**  
**2) naganą;**  
**3) karę pieniężną;**  
**4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat;**

**5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat;**

**6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat;**

**7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat;**

**8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.**

2. Sąd pielęgniarek i położnych, orzekając karę przewidzianą w ust. 1 pkt 6 albo 7, może dodatkowo orzec karę wymierzoną w ust. 1 pkt 4.

Art. 62. 1. Karę pieniężną orzeka się w wysokości od 1000 zł do 10 000 zł na cel społeczny związany z ochroną zdrowia.

2. Karę pieniężną orzeka się samoistnie lub obok kar wymierzonych w art. 60 ust. 1 pkt 4–7.

Art. 64.1. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu orzeka się w miesiącach i latach.

2. Bieg kary rozpoczyna się z dniem uprawomocnienia się orzeczenia.

3. Na poczet kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu zalicza się okres tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

4. Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pociąga za sobą skreślenie z rejestru, o którym mowa w art. 5.

5. Pielęgniarka lub położna, wobec której została orzeczona kara pozbawienia wykonywania zawodu może ubiegać się ponownie o uzyskanie tego prawa po upływie 10 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia, w którym wymierzona została kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Iwona Michańcio*

*Dyżury w siedzibie OIPiP:  
pierwszy i trzeci wtorek miesiąca od godz. 14:00–15:00  
po wcześniejszym zgłoszeniu w biurze OIPiP 74 842-56-05  
Anna Stanicka*



## OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD KRAJOWY

Warszawa, 16 grudnia 2022r.

ZK-3349/VII/2022

Sz. P.  
Andrzej Duda  
Prezydent  
Rzeczypospolitej Polskiej

dot. prośba w sprawie skorzystania z uprawnień Prezydenta Rzeczypospolitej opisanych w art. 122 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i skierowanie do Sejmu wniosku o ponowne rozpatrzenie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Sejmowy nr druku 2768)

Działając w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie zwracam się z prośbą do Pana Prezydenta o wykorzystanie swojego uprawnienia przewidzianego w art. 122 ust. 5 Konstytucji RP i skierowanie do Sejmu wniosku o ponowne rozpatrzenie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw.

Ustawa w dniu 15-12-2022r. w godzinach wieczornych zakończyła proces legislacji na etapie Sejmu i Senatu RP (Sejm odrzucił sprzeciw Senatu).

Ustawa ta przewiduje przeniesienie z budżetu państwa i obciążenie od 2023r. Narodowego Funduszu Zdrowia nowymi obowiązkami, które spowodują w NFZ zobowiązanie finansowania kosztów m.in. w zakresach :

- a) świadczeń wysokospecjalistycznych,
- b) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które przysługują bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia,
- c) leków, które przysługują bezpłatnie świadczeniobiorcom w okresie ciąży,
- d) realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia programów polityki zdrowotnej w zakresie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych dokonanego przez tego ministra,
- e) szczepionek służących do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych,
- f) szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii,
- g) zadań zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

Dodatkowo od 2023r. NFZ ma przejąć obowiązek ponoszenia kosztów leczenia osób, które nie opłacają składek zdrowotnych, przy rezygnacji opłacania tych kosztów z budżetu państwa.

Te zadania szacuje się, że w 2023r. obciążą dodatkowo plan finansowy NFZ kwotą 7 mld. 100 mln. zł.

Niestety, to nie wszystko. W/w ustawa zakłada również ustanowienie obowiązku przekazania w 2023r. przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, środków z funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia w kwocie 5 mld. 500 mln. zł na zasilenie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z przeznaczeniem, w szczególności, na finansowanie szczepień ochronnych związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz na finansowanie kosztów związanych z działalnością infolinii Narodowego Programu Szczepień.

Zatem w 2023r. plan finansowy NFZ zostanie obciążony nowymi obowiązkami pokrywania wydatków na łączną kwotę co najmniej 12 mld. 600 mln. zł. Jednocześnie nie przewiduje się żadnych działań w celu zwiększenia obciążenia obywateli wyższą składką zdrowotną, a zatem nie ma żadnych perspektyw wzrostu planu finansowego NFZ w 2023r.

Pan Prezydent ma z całą pewnością wiedzę i świadomość zapaści podmiotów leczniczych jaka nastąpiła po 30-06-2022r. tj. po wdrożeniu ostatniej nowelizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz.U. z 2022 poz. 2139). Mimo zapewnień Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, że podmiotom leczniczym zostanie zapewnione właściwe finansowanie umożliwiające im podłożenie zobowiązaniom płacowym wywołanym w/w nowelizacją to niestety nie zostało zrealizowane. Podmioty lecznicze pomimo upływu prawie 6 miesięcy od wdrożenia nowelizacji nie wykonują w całości zobowiązań finansowych, a te które z kolei wdrożyły zapisy tej ustawy z miesiąca na miesiąc zwiększają swoje zadłużenie.

Jesteśmy ogólnopolską organizacją związkową i posiadamy w swoich strukturach organizacje zakładowe praktycznie we wszystkich Szpitalach w Polsce. Z całą odpowiedzialnością możemy zatem stwierdzić, że zaniechania we właściwym finansowaniu podmiotów leczniczych jakie nastąpiły od lipca 2022r. spowodują zapaść prowadzenia działalności leczniczej, a konflikty jakie nowelizacja ustawy wywołała pomiędzy pracownikami a pracodawcami spowoduje masowe protesty, wnioski o kontrole i spory sądowe. Zresztą spory zbiorowe już są prowadzone w wielu podmiotach leczniczych, a sprawy sądowe są składane sukcesywnie już od września 2022r.

Fakt niższego finansowania przez NFZ podmiotów leczniczych, które nie pozwala im pokryć i wykonać kosztów znowelizowanej od 01-07-2022r. ustawy regulującej wynagrodzenia został już zdiagnozowany i potwierdzony. Dodatkowo podmioty lecznicze nie mają środków na pokrycie pozostałych kosztów wygenerowanych przez inflację, wzrosty cen, wzrosty kosztów zatrudniania pracowników na umowach cywilno – prawnych. Mamy zatem problem we właściwym finansowaniu podmiotów leczniczych przez narodowego płatnika jakim jest NFZ w roku bieżącym, a przecież w przyszłym roku od 01-07-2023r. będzie musiała być wykonana kolejna znacząca podwyżka wynagrodzeń zaszyta już w obowiązujących przepisach ustawowych.

Jeżeli zatem – przy tej skali problemów finansowych podmiotów leczniczych - NFZ zostanie obciążony kolejnymi wydatkami to w przekonaniu OZZPiP doprowadzi to do ostatecznego załamania ochrony zdrowia naszych obywateli w 2023r. Przymus ekonomiczny wywołany brakiem właściwego finansowania podmiotów leczniczych spowoduje wymuszoną ekonomicznie likwidację szpitali, głównie szpitali powiatowych i stanie się to bez jakiegokolwiek ustawy (przypominam projekt ustawy

o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, który jest obecnie w Sejmie, został wstrzymany). Restrukturyzacja szpitali nastąpi zatem w wyniku presji ekonomicznej NFZ, będzie niekontrolowana, bez żadnego konsensusu społecznego, naruszy spokój i bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców tzw. Polski powiatowej, bowiem to właśnie Szpitale powiatowe będą masowo likwidowane.

Jak na te problemy nałoży się w lipcu 2023r. dodatkowo brak możliwości wykonania kolejnej podwyżki wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych - która jest już zapisana w ustawie - to medycy tej sytuacji już nie zaakceptują, bowiem będzie to zamach na ich prawa nabyte.

Jesteśmy organizacją związkową i w zasadzie powinno nam być obojętne czy nasi pracodawcy mają zapewnione finansowanie czy nie. Skoro mają nałożone ustawą zobowiązania płacowe to my je wcześniej czy później wyegzekwujemy sporami zbiorowymi lub procesami sądowymi. Tylko czy tak powinna wyglądać rzeczywistość?

Te zabierane w 2023r. ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw środki finansowe przeznaczone na ochronę zdrowia będą dopełnieniem problemów jakie występują w systemie ochrony zdrowia. Według naszej wiedzy na funduszu rezerwowym NFZ znajduje się obecnie ok. 16 mld. zł. Gdyby te środki zostały uwolnione i przekazane do podmiotów leczniczych w 2022r. praktycznie od ręki wygasłyby konflikty w podmiotach leczniczych. Niestety zapadła decyzja polityczna o niewydawaniu tych środków przez NFZ w 2022r. tylko przeniesieniu ich na 2023r. celem przejęcia w/w zobowiązań budżetu państwa. To również z tych środków w 2023r. ma być pokryte własne zobowiązanie budżetu państwa czyli wyprowadzenie 5 mld. 500 mil. zł. z panu finansowego NFZ.

Bardzo proszę Pana Prezydenta przed podjęciem decyzji co do dalszego losu ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw o skonsultowanie opisanych faktów w NFZ i MZ i poproszenie tych podmiotów o złożenie wyjaśnień. W naszej ocenie Minister Zdrowia powinien być strażnikiem środków finansowych przeznaczonych na leczenie pacjentów.

Proszę również o skonsultowanie swojej decyzji z centralami zrzeszającymi pracodawców, w których strukturach znajdują się podmioty lecznicze.

Wiemy, że lokalnie w Polsce są podejmowane inicjatywy przez Wojewódzkie Rady Dialogu Społecznego oraz Konwenty Powiatów apelujące o pilne zwiększenie poziomu finansowania świadczeń medycznych. Działania takie podejmują również Wojewodowie. Jako przykład można wskazać Województwo Podkarpackie, czyli województwo w całości rządzone przez Prawo i Sprawiedliwość. W zakresie braków właściwego finansowania podmiotów leczniczych zajęły bardzo ostre stanowisko Podkarpacka Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego oraz Konwent Powiatów Województwa Podkarpackiego, a Pani Wojewoda Podkarpacka zobowiązała pismem z dnia 24-11-2022r. znak S.II-960.47.2022.TM Dyrektorów wszystkich Szpitali w Województwie Podkarpackim do przekazania w trybie pilnym informacji o stanie implementacji ustawy o wynagrodzeniach w kierowanych przez nich podmiotach oraz o stwierdzonych trudnościach związanych z niedoszacowaniem środków kontraktowych. Proszę Pana Prezydenta przed podjęciem ostatecznej decyzji co do losów w/w ustawy o sprawdzenie tych faktów przynajmniej w tym jednym województwie.

Proszę również Pana Prezydenta o analizę legalności proceduralnej uchwalania w/w ustawy. W naszej ocenie fakt całkowitego zaniechania konsultacji publicznych i opiniowania projektu w/w ustawy na etapie rządowego procesu legislacyjnego skutkuje tym, że jest ona obarczona nieusuwalnymi wadami konstytucyjnymi natury proceduralnej. Jako Wiceprzewodnicząca Forum Związków Zawodowych oświadczam, że projekt tej ustawy nie był uprzednio konsultowany w Radzie Dialogu Społecznego. Wiemy również, że takich konsultacji nie było w Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, ale także z reprezentatywnymi organizacjami związków zawodowych i pracodawców. Kontaktowaliśmy się z samorządem lekarskim i również mogę potwierdzić, że projekt tej ustawy nie był konsultowany nawet z Naczelna Radą Lekarską.

Ponadto nieusuwalne wady konstytucyjne tego projektu wynikają z faktu wprowadzenia tak istotnych zapisów do tekstu jej projektu na etapie sejmowego postępowania ustawodawczego z naruszeniem wymogów wykonywania inicjatywy ustawodawczej i rozpatrywania projektu ustawy w trzech czytaniach. Dodatkowo krytyczną ocenę opiniowanej ustawy pogłębiają zastrzeżenia co do jej *vacatio legis* – tak w sferze proceduralnej, jak i materialnej. Ustawodawca pozbawia Pana Prezydenta konstytucyjnego terminu 21 dni od dnia przedstawienia ustawy na jej podpisanie i zarządzenie jej ogłoszenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej.

Uwzględniając powyższe Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie prosi o zawetowanie przez Pana Prezydenta skierowanej do podpisu ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.

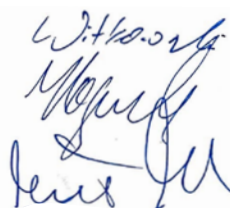
Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
  
Krystyna Ptak

---

**Stanowisko strony społecznej Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia  
w sprawie trybu procedowania zmian legislacyjnych dotyczących systemowych rozwiązań  
z zakresu ochrony zdrowia**

1. Strona społeczna uważa, że akty prawne wpływające na sytuację pacjentów, pracowników oraz pracodawców muszą być przyjmowane zgodnie z zasadami dialogu społecznego, we współpracy rządu z partnerami społecznymi.
2. Strona społeczna wnosi o procedowanie zmian prawnych zgodnie z obowiązującym w Polsce porządkiem prawnym w zakresie legislacji.
3. W myśl art. 20 Konstytucji RP, podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej stanowi społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej, solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych. Oznacza to, że dialog społeczny jest wartością konstytucyjną.
4. Odpowiednio art. 16 ustawy o organizacjach pracodawców oraz art. 19 ustawy

4. Odpowiednio art. 16 ustawy o organizacjach pracodawców oraz art. 19 ustawy o związkach zawodowych określają, iż reprezentowana w rozumieniu ustawy o Radzie Dialogu Społecznego organizacja pracodawców oraz związków zawodowych ma prawo opiniowania projektów założeń i projektów aktów prawnych. Organy władzy i administracji rządowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, kierują projekty aktów prawnych do konsultacji w terminie nie krótszym niż 30 dni. Ze względu na ważny interes publiczny, termin ten może zostać skrócony do 21 dni – wymaga to jednak szczególnego uzasadnienia.
5. Strona społeczna uznaje za niezbędne zapewnienie odpowiedniego okresu konsultacji projektów:
  - a. nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw;
  - b. projektu nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
6. Strona społeczna stwierdza, że nie należy procedować jakichkolwiek zmian legislacyjnych, które mogą doprowadzić do ograniczenia środków pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. Wobec długu zdrowotnego związanego z epidemią COVID-19, konieczności zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zabezpieczenia środków niezbędnych do wdrożenia ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, strona społeczna uważa za niedopuszczalne dodatkowe obciążanie budżetu płatnika, tym bardziej, że planowane rozwiązania w projekcie nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw nie przyczynią się do poprawy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.
8. Tryb procedowania z pominięciem konsultacji społecznych oraz informacja o proponowanych rozwiązaniach systemowych w projektowanej nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw są niekorzystne dla pacjentów i świadczeniodawców.
9. Strona społeczna wnioskuje do Ministra Zdrowia o przedstawienie kompleksowej informacji o projekcie budżetu państwa na 2023 r. w części działu 46 Zdrowie i 851 Ochrona zdrowia, w zakresie przeniesienia wydatków z tych części budżetowych do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2023 r.
10. Wnosimy o realizację konstytucyjnej zasady dialogu i współpracy z partnerami społecznymi oraz respektowanie zapisów ustawy o Radzie Dialogu Społecznego.




*Informacja prasowa*

Warszawa, 07.12.2022 r.

## **Bezpieczeństwo personelu medycznego to nasza wspólna sprawa. Stanowisko Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.**

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, nad którym aktualnie trwają prace w Komisji Prawniczej, to przełomowy dokument w kontekście podwyższania jakości w polskich szpitalach, wymagającym jednak dalszych prac. Eksperci Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali zwracają uwagę na istotną kwestię, jaką jest brak uwzględnienia w zapisach tematu bezpieczeństwa personelu medycznego. Pracownicy ochrony zdrowia są grupą szczególnie narażoną m.in. na wystąpienie zdarzeń niepożądanych oraz ekspozycję na materiał biologiczny, zakażenia i zranienia ostrymi narzędziami, czy kontakt z toksycznymi lekami oraz stres.

Badanie IPSOS<sup>1</sup>, którym objęto 300 tys. pracowników ochrony zdrowia w całej Europie, wykazało znaczny wzrost o 276 000 (23%) liczby zranień ostrymi narzędziami wśród pracowników służby zdrowia w związku z pandemiczną sytuacją. Grupą zawodową, której najbardziej dotyczy problem okazały się pielęgniarki (82%) i lekarze (54%). Aż 75% pracowników medycznych z Polski jako powód zranień wskazało brak urządzeń zabezpieczających. Niebezpieczne warunki pracy skutkujące chorobami zawodowymi, urazami i nieobecnością w pracy stanowią znaczny koszt dla sektora opieki zdrowotnej (szacowany nawet na 2% wydatków na zdrowie).

Zmiana procedur, które wpłyną na bezpieczeństwo personelu, jest od początku priorytetem działania Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali. Jest to problem, który wymaga pracy całego środowiska medycznego. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, w którego opiniowaniu Koalicja brała czynny udział, jest dobrym początkiem zmian systemowych w omawianym zakresie, potrzebne są jednak dalsze działania legislacyjne, które uwzględnić będą poniższe wytyczne opracowane przez ekspertów.

1. **Bezpieczeństwo personelu medycznego** – priorytetem we wdrażaniu norm jakościowych i ocenie szpitali powinno być zarówno bezpieczeństwo pacjenta, jak i personelu medycznego. Według proponowanych zapisów w projektach zmian ustawowych rejestr zdarzeń niepożądanych nie obejmuje zdarzeń dot. pracowników medycznych. Warto zwrócić uwagę, że pracownik ochrony zdrowia po ekspozycji na zdarzenie niepożądane, które nie zostało zareportowane i wobec którego nie zostały podjęte środki zaradcze, może stanowić zagrożenie dla pacjenta.
2. **Elektroniczne rejestry zdarzeń niepożądanych** – ważne, aby zapisać konieczność tworzenia elektronicznych rejestrów zdarzeń niepożądanych, obejmujące zarówno zdarzenia z udziałem pacjentów, jak i personelu medycznego. Nasz program certyfikacyjny wykazał problem w tym zakresie – aż 75% szpitali nie posiada takiego rejestru w formie elektronicznej.
3. **Raportowanie wszystkich zdarzeń niepożądanych, na każdym szczeblu funkcjonowania placówek medycznych** – przykładowo, nie powinno dochodzić do sytuacji, w której zgłaszane



są jedynie obowiązkowe zakażenia odcewnikowe dot. cewników centralnych, a pomijane są obwodowe, co do których obecnie placówki medycznie nie mają obowiązku raportowania.

4. **Analiza finansowa związana z zagadnieniem jakości** – w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest bardzo istotny element – analizy klinicznej kwestii jakościowych. Zapis ten pozwoli na stałe reagowanie i sprawniejszą poprawę jakości, dostosowaną do danych pochodzących ze szpitali z całej Polski. Z naszej perspektywy istotną kwestią – aktualnie nieobecną w projekcie – powinno być również wykonywanie analiz finansowych dot. zagadnień jakościowych, czyli jakie koszty ponoszą za sobą występujące zdarzenia niepożądane.
5. **Szkolenia** – edukacja personelu medycznego powinna być jednym z priorytetów w kontekście wdrożenia nowych zasad dot. bezpieczeństwa i jakości. Cieszymy się, że w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta szkolenia zostały wspomniane. Proponujemy natomiast, uszczegółowienie tego punktu – z jakiego zakresu szkolenia powinny być prowadzone, a także jak często. Z perspektywy Ekspertów – praktyków branży medycznej, takie szkolenia powinny być organizowane co najmniej raz na kwartał. Zakres szkoleń powinien dotyczyć m.in. ryzyka ekspozycji na materiał biologiczny, ekspozycji na leki cytotoksyczne, prawidłowych praktyk rejestracji zdarzeń niepożądanych dot. pracowników i pacjentów.
6. **Korzystanie ze sprzętu bezpiecznego** – bezpieczny szpital powinien korzystać z bezpiecznego sprzętu. Rada Ekspertów zaleca weryfikację w tym zakresie – nie powinien bowiem być akredytowany szpital, który takiego sprzętu zapewnia mniej niż połowę z całego sprzętu stosowanego w placówce. Według wytycznych UE, co dokładnie ukazuje opublikowany przez Komisję Europejską terminarz: Medical Devices and in vitro Diagnostic Medical Devices, docelowo do 2025 roku cały sprzęt powinien być zastąpiony sprzętem bezpiecznym i tylko taki będzie dostępny w obrocie.
7. **Kryteria jakości** – Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali opracowała formularz dla placówek medycznych, zawierający parametry oceny jakości szpitali. Mogą one być wykorzystane w obszarze zapewnienia bezpieczeństwa w ramach ogólnopolskiej akredytacji szpitali. W zapisach zawarto ponad 24 kryteria, które oceniają m.in.: monitorowanie bezpieczeństwa personelu medycznego, rejestrowanie działań niepożądanych dotyczących również dotyczących personelu medycznego, procedury związane z zapobieganiem skażeniom lekiem cytotoksycznym, szkolenia w zakresie podnoszenia bezpieczeństwa i jakości oraz wykorzystanie sprzętu bezpiecznego.

#### **Eksperci Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali zaangażowani w opracowanie Stanowiska:**

- Dr n. med. i n. o zdr. Paweł Witt – Przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Wieloletni Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
- Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski – Krajowy Konsultant w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej, kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej w bydgoskim Centrum Onkologii
- Prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz – Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu
- Dr n. med. Anna Szczypta – Krajowa Konsultant w dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego
- Dr n. o zdr. Maria Kołatek – Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych
- Dr n. med. Mirosława Malara – Prezes Europejskiego Stowarzyszenia „Czyste Leczenie”
- Mgr Zofia Małas – Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

- Mgr Mariola Łodzińska – Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Mgr Maciej Latos – Pielęgniarz, Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
- Mgr Marzena Janowska – Naczelną Pielęgniarką Szpitala Klinicznego im. H. Świącickiego w Poznaniu
- Mgr Marcin Bicz – Zastępca Kierownika, Apteka Szpitalna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku
- Mgr Jerzy Ostrouch – Prezes Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim

Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali została zawiązana w 2021 roku, a głównym jej celem jest zwiększanie bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy, m.in. poprzez promowanie i zachęcanie szpitali do korzystania z bezpiecznego sprzętu medycznego. Głównym projektem koalicji jest program Deklaracji „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, do którego przyłączają się polskie placówki medyczne, przestrzegające zaleceń zawartych w Deklaracji. W poprzednim roku do Koalicji dołączyło ponad 40 instytucji (szpitali, powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, centrów zdrowia, ośrodków rehabilitacyjnych), w tym roku liczba zgłoszeń na ten moment wynosi ponad 90. W tym roku ruszyła pierwsza w Polsce certyfikacja bezpieczeństwa i jakości szpitali, w wyniku której przyznano 52 certyfikatów placówkom w całej Polsce.

Patronat nad projektem objęły: Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Naczelną Izba Pielęgniarek i Położnych, Polska Federacja Szpitali, Naczelną Izba Lekarska, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polski Klub Dostępu Naczyniowego, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Naczelną Izba Aptekarska, Europejskie Stowarzyszenie Czyste Leczenie oraz Towarzystwo Chirurgów Polskich.

**NIPIP-NRPiP-OIE.060.18.2023 Warszawa, 3.02.2022 r.**

**Pani / Pan  
Przewodnicząca / Przewodniczący  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowni Państwo,**

Informujemy, iż z dniem 28 stycznia 2023 r. weszła w życie ustawa z dnia 13 stycznia 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 185).

Przepisy ww. ustawy przewidują dodanie nowej regulacji do ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2022r. poz. 2702) – dodanie art. 55a w następującym brzmieniu:

**Art. 55a.**

1. Studia, o których mowa w art. 52 ust. 2 pkt 1 i art. 53 ust. 2 pkt 1, są prowadzone w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej dla pielęgniarki lub położnej posiadającej zgodę, o której mowa w art. 35a, która uzyskała kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki prowadzenia studiów dla pielęgniarki lub położnej posiadającej zgodę, o której mowa w art. 35a, która uzyskała kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, mając na uwadze konieczność zapewnienia wyrównania poziomów kwalifikacyjnych do wymogów unijnych.

Powyższy przepis oznacza, iż pielęgniarka lub położna posiadająca zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej, o której mowa w art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej będzie mogła odbywać studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej. Warunki prowadzenia tych studiów dla ww. osób zostaną określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z uwzględnieniem zapewnienia wyrównania poziomów kwalifikacyjnych do wymogów unijnych.

*Z poważaniem*

*(-) Mariola Łodzińska  
Wiceprezes NRPiP*

NIPiP-NRPiP-OIE.060.17.2023

Warszawa, 6.02.2022 r.

**Pani / Pan  
Przewodnicząca / Przewodniczący  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowni Państwo,**

W związku ze zgłoszonymi podejrzeniami sfalszowania dyplomów ukończenia studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo informujemy, iż sprawdzając dokumenty załączone do wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki **w przypadku powstałych wątpliwości** należy dokonać weryfikacji dyplomu ukończenia studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo wydanego przez uczelnię.

Po pierwsze prosimy o sprawdzenie czy uczelnia, która wydała dyplom prowadzi lub prowadziła ww. kształcenie w dacie wydania dyplomu i czy uczelnia ta posiada lub posiadała akredytację Ministra Zdrowia na prowadzenie studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo na dzień wydania dyplomu.

Poniżej przekazujemy link do strony MZ, na której można znaleźć informację, które uczelnie posiadają akredytację Ministra Zdrowia na prowadzenie studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-uczelni-ktore-uzyskaly-akredytacje-dla-kierunku-pielęgniarstwo>

W przypadku gdy uczelnia nie ma na ww. liście sugerujemy wystosowanie pisma/maila do MZ z zapytaniem czy ta uczelnia, która wydała ww. dyplom posiada/posiadała akredytację Ministra Zdrowia na prowadzenie studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w dacie wydania dyplomu. Z takim samym pismem proponujemy zwrócić się do tej uczelni.

Analogicznie postępowanie dotyczy będzie oczywiście także dyplomów ukończenia studiów I stopnia na kierunku położnictwo oraz dyplomów ukończenia studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (w przypadku powstałych wątpliwości).

Uzyskanie ww. informacji jest niezbędne do podjęcia dalszych działań przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych. W przypadku uzyskania formalnego potwierdzenia, że uczelnia nie prowadziła kształcenia na danym kierunku i poziomie studiów w dacie wydania dyplomu albo nie po-

siadała akredytacji Ministra Zdrowia na prowadzenie tych studiów na dzień wydania dyplomu należało będzie w drodze uchwały odmówić wnioskodawcy stwierdzenia prawa wykonywania zawodu odpowiednio pielęgniarki lub położnej oraz złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa.

Jednocześnie **w przypadku powstałych wątpliwości** sugerujemy weryfikację elementów zawartych na dyplomie ukończenia studiów. Należy wskazać, iż zgodnie z § 32 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 661 ze zm.) **niezbędnymi elementami dyplomu ukończenia studiów są:**

- 1) nazwa dokumentu: „dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia”, „dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia” albo „dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich”;
- 2) informacja o treści: „wydany w Rzeczypospolitej Polskiej”;
- 3) nazwa i siedziba uczelni;
- 4) godło uczelni umieszczone w widocznym miejscu;
- 5) (uchylony);
- 6) informacje dotyczące absolwenta:
  - a) imiona i nazwisko,
  - b) data i miejsce urodzenia;
  - 7) numer dyplomu;
  - 8) informacje dotyczące studiów, w tym:
    - a) forma studiów,
    - b) nazwa kierunku studiów, profil oraz dyscyplina, do której jest przyporządkowany kierunek studiów, a w przypadku gdy kierunek jest przyporządkowany do więcej niż jednej dyscypliny – dyscyplina wiodąca,
    - c) słownie określony wynik ukończenia studiów;
    - 9) tytuł zawodowy i data jego uzyskania;
    - 10) znak graficzny określony w przepisach wydanych na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji:
      - a) dla kwalifikacji pełnej na poziomie 6 Polskiej Ramy Kwalifikacji – w przypadku ukończenia studiów pierwszego stopnia,
      - b) dla kwalifikacji pełnej na poziomie 7 Polskiej Ramy Kwalifikacji – w przypadku ukończenia studiów drugiego

stopnia lub ukończenia jednolitych studiów magisterskich;

11) pieczęć imienna albo nadruk informacji odpowiadających danym zawartym na pieczęcie oraz podpis rektora albo osoby upoważnionej pełniącej funkcję kierowniczą w uczelni;

12) nazwa miejscowości i data wydania dyplomu;

13) pieczęć urzędowa uczelni.

Ww. rozporządzenie weszło w życie 1 października 2018 r. **Tym samym od dnia 1 października 2018 r. każdy złożony do Państwa dyplom ukończenia studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo musi zawierać ww. elementy.** Brak ww. elementów rodzi uzasadnione wątpliwości co do prawdziwości dyplomu.

Ponadto informujemy, iż zgodnie z § 29 pkt 3 i 4 ww. rozporządzenia absolwentom studiów pierwszego stopnia nadaje się tytuły zawodowe równorzędne tytułom licencjata i inżyniera:

3) **licencjat pielęgniarstwa** – po uzyskaniu efektów uczenia się określonych dla studiów na kierunku pielęgniarstwo;

4) **licencjat położnictwa** – po uzyskaniu efektów uczenia się określonych dla studiów na kierunku położnictwo.

Analogicznie w myśl § 30 pkt 3 i 4 ww. rozporządzenia absolwentom studiów drugiego stopnia nadaje się tytuły zawodowe równorzędne tytułom magistra i magistra inżyniera:

3) **magister pielęgniarstwa** – po uzyskaniu efektów uczenia się określonych dla studiów na kierunku pielęgniarstwo;

4) **magister położnictwa** – po uzyskaniu efektów uczenia się określonych dla studiów na kierunku położnictwo.

**Wnioski aktualne na gruncie obowiązujących przepisów ww. rozporządzenia:**

**1. Jeżeli na dyplomie ukończenia studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo zawarty jest zapis licencjat a nie licencjat pielęgniarstwa, to jest to sprzeczne z zapisami ww. rozporządzenia i rodzi podejrzenia co do prawdziwości dyplomu!!!!!!!!!!!!!! Analogicznie nieprawidłowy jest sam zapis magister na dyplomie.**

**2. Na dyplomie musi być zawarta nazwa dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia albo dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia!**

**3. Na dyplomie ukończenia studiów pierwszego stopnia albo studiów drugiego stopnia musi być podana wybrana dyscyplina naukowa – nauki o zdrowiu lub nauki medyczne jako dyscyplina wiodąca. Wpis pielęgniarstwo/położnictwo jest błędny, gdyż nie ma takiej dyscypliny naukowej i rodzi podejrzenia co do prawdziwości dyplomu.!**

**4. Na dyplomie ukończenia studiów pierwszego stopnia albo studiów drugiego stopnia musi być podany profil studiów – praktyczny lub ogólnoakademicki (jeden z nich). Brak tego zapisu także rodzi podejrzenia co do prawdziwości dyplomu.!**

**Jeżeli zauważą Państwo ww. nieprawidłowości sugerujemy kontaktować się w przedmiotowej sprawie z uczelnią, która wydała dyplom w celu ich wyjaśnienia.**

W przypadku powstałych wątpliwości mogą Państwo również zażądać przedstawienia przez wnioskodawcę suplementu do dyplomu w celu sprawdzenia np. liczby godzin kształcenia zawodowego.

*Z poważaniem*

*(-) Zofia Małas  
Prezes NRPIP*





*Pokój Ci wieczny w cichej krainie,  
gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie płynie,  
gdzie słyszysz Boga głos serdeczny,  
Pokój Ci wieczny.*



*Z wielkim żalem przyjęliśmy informację o śmierci*

## **Ludmiła Domagała**

Pierwszej Przewodniczącej Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu I i II kadencji (1991–1999).

Ludmiła Domagała aktywnie współtworzyła samorząd zawodowy, była Członkiem Komitetu Organizacyjnego Samorządu Pielęgniarek i Położnych najpierw w regionie dolnośląskim, później dla województwa wrocławskiego i legnickiego, aż do Krajowego Komitetu Organizacyjnego pełniącego wówczas rolę Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do czasu wyników wyborów I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Ludmiła w swojej działalności zawodowej i społecznej zawsze kierowała się sprawiedliwością i prawością. Dążyła do podniesienia prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych i uzyskanie przez nie samodzielności zawodowej.

Szanowała każdą pielęgniarkę i położną.

Ludmiła Domagała była pielęgniarką, ale również absolwentką Wydziału Prawa i Administracji na Uniwersytecie Wrocławskim, studiów podyplomowych dla członków rad nadzorczych i licznych kursów doskonalących.

Od 1991 w wyniku wyboru Delegatów I Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu została wybrana Przewodniczącą ORPIP, pełniła tę funkcję do 1999 r.

Po upływie II kadencji, Ludmiła Domagała podjęła pracę na stanowisku głównego specjalisty w Wydziale Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego i realizowała zadania związane z ochroną zdrowia, zwłaszcza w zakresie psychiatrii, współpracy Urzędu z organizacjami związkowymi oraz samorządami zawodowymi.

Odpowiadała również za współpracę z Oddziałem Wojewódzkim Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, którego była członkiem.

Dzięki zaangażowaniu Ludmiły w 2019 roku Urząd Marszałkowski rozpoczął program stypendialny dla najlepszych studentów kierunku pielęgniarstwo na terenie województwa dolnośląskiego, który rozszerzono na inne zawody medyczne i realizowany jest z powodzeniem do tej pory.

Sprawy ochrony zdrowia i dobro pielęgniarek i położnych były dla niej zawsze najważniejsze.

Odnaczona wieloma odznaczeniami państwowymi i samorządowymi, w tym między innymi:

- Złotym Krzyżem Zasługi,
- Honorową Odznaką za Zasługi dla Ochrony Zdrowia
- Medalem Marszałka Województwa Dolnośląskiego,
- Złotą i Honorową Odznaką za Zasługi dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych,
- Medalami 15-lecia i 20-lecia, 25-lecia i 30-lecia Dolnośląskiej
- Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu,
- Medalem 40-lecia Solidarności,

Trudno wymienić wszystkie zasługi Ludmiły Domagały, była osobą dobrą i życzliwą dla ludzi. Odeszła osoba prawa i skromna. Zawsze angażowała się w to co robiła całą sobą, miała duszę społecznika. Kochała podróże, zwiedziła wiele miejsc w kraju i na świecie. Interesowała się sztuką, literaturą, muzyką. Nie opuściła żadnej ważniejszej wystawy, koncertu czy też innego wydarzenia kulturalnego.

**Z żalem i smutkiem żegnamy Cię Ludmiło, byłaś niezwykła. Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci.**

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Wałbrzychu*



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

**Z głębokim żalem informujemy,  
że zmarła nasza Koleżanka**

## ***Pielęgniarka Arleta Moczulska***

**Szanowna Rodzino**

Śmierć postawiła Was w obliczu bezsilności, obezwładniła. Pojawiła się kradnąc ukochaną osobę. Przeszyła serca bólem i odznaczyła w nich swoje piętno, które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni.

***Arleta, pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci.***

Dyrekcja „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku  
Pielęgniarki, Ratownicy Medyczni,  
Położne oraz współpracownicy



## **WIRTUALNA CZYTEL尼亚**

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni dla pielęgniarek i położnych wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim na platformie IBUK LIBRA.



**Korzystaj** z platformy IBUK Libra:

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu,
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie,
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz dostęp do Internetu.

**Stwórz** własną półkę z książkami myIBUK:

- dodawaj zakładki,
- rób notatki bezpośrednio w tekście,
- wyszukuj słowa i frazy,
- taguj ważne fragmenty,
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.

**PROCEDURA NADANIA KODU PIN**

- Członek samorządu składa wniosek do OIPiP (do pobrania na naszej stronie internetowej ([www.oipip.walbrzych.pl](http://www.oipip.walbrzych.pl))).
- Kod PIN zostanie przesłany na adres poczty elektronicznej.
- Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu libra. ibuk.pl.
- Jeśli konto zostało już założone wcześniej, NIE TRZEBA ROBIĆ TEGO PO RAZ DRUGI. Wystarczy, że do swojego konta doda się nadany nowy kod PIN.



PODARUJ

1,5 %

Zostań  
Aniołem Hospicjum



POMÓŻ UKOIĆ BÓL

Wałbrzyskie Hospicjum  
Podaruj nam

1,5 %

KRS 0000047710

FUNDACJALEMURA.PL

PRZEKAŻ 1,5% PODATKU NA  
WSPARCIE PACJENTÓW  
ONKOLOGICZNYCH

KRS 0000726533

Szyjemy poduszki rehabilitacyjne, które wspierają  
kobiety po mastektomii na Dolnym Śląsku



Fundacja  
Lemura



DLA WIZJI PRZED NAMI

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

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

Pomóż nam rozwinąć skrzydła  
dzieciom niepełnosprawnym

Przeznacz nam Twój **1,5%** podatku  
to 100 % serca

KRS 0000 350036

www.psouu.swidnica.pl

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





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

Edward L. Trudeau

