



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 8 marca 2017 r.

Poz. 497

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 28 lutego 2017 r.

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

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

§ 1. Rozporządzenie określa:

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

§ 2. Pielęgniarka lub położna może samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczyć świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, jeżeli:

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

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

PROJEKT z dnia 30.12.2016 r. g. 12.00

USTAWA

z dnia.....

o podstawowej opiece zdrowotnej¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Ustawa określa cele, organizację i finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej, warunki świadczenia jakości świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu opieki zdrowotnej, w ramach którego świadczone są świadczenia opieki zdrowotnej, w tym świadczenia zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, świadczenia zdrowotnej oraz pielęgnacyjnych, udzielanych przez pielęgniarki i położne.

Podstawowa opieka zdrowotna ma na celu:

- 1) świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 2) świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;
- 3) ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz działań profilaktycznych;
- 4) eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia publicznego;
- 5) świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społeczności.

Ustawa zmienia ustawy: ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku służby zdrowia, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o powołaniu i ustroju sądów powszechnych, ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych, ustawę z dnia 15 lipca 2001 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 15 lipca 2001 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i chorób zakaźnych u ludzi ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy

Sukces czy porażka?

**XXXIII Okręgowy Sprawozdawczy
Zjazd Pielęgniarek i Położnych
w Kielcach
24 marca 2017 r.**



*Święta Wielkanocne
są pełne przeżyć, pięknych polskich tradycji i zwyczajów,
serdecznych spotkań w gronie rodziny i przyjaciół.
Są również symbolem odradzającej się do życia przyrody i wiosny,
która jak co roku niezmiennie napętnia ludzkie serca optymizmem,
radością i nową siłą do energicznego działania.
Z tej okazji życzę samych szczęśliwych chwil
i wszelkiej pomyślności w życiu prywatnym i zawodowym.
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych*

**Przewodnicząca
Ewa Mikołajczyk**



**Z racji zbliżających się
Świąt Wielkanocnych
pragnę życzyć obfitych Bożych łask,
pokoju, radości i spełnienia.
Życzliwości i szacunku od ludzi
i obfitego błogosławieństwa
Jezusa Zmartwychwstałego.
By nigdy się nie poddawać,
ale wraz z Chrystusem
móc iść na przód, ku Niebu i Zbawieniu!**

*Ks. Wojciech Polik
Diecezjalny Duszpasterz Służby Zdrowia*

Koleżance

Elżbiecie Józwik

w związku z przejściem na emeryturę
życzenia zdrowia, radości oraz wszel-
kiej pomyślności w życiu osobistym

składają

**koleżanki z Poradni Specjalistycznych
w Skarżysku-Kamiennej**





Szanowni Czytelnicy

Biuletyn, który oddaliśmy w Wasze ręce jest pierwszym numerem w nowym 2017 roku. Zespół redakcyjny starał się, by znalazły się w nim treści odnoszące się zarówno do spraw i wydarzeń naszych lokalnych jak i na szczeblu kraju.

24 marca będą odbywały się obrady XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych – najwyższego organu samorządu w naszym województwie. To podczas zjazdów delegaci podejmowali strategiczne decyzje dotyczące działalności naszej Okręgowej Izby: uchwały w sprawie budowy siedziby, przyjmowali regulaminy dofinansowania kształcenia, pomocy koleżeńskiej, nagród emerytalnych, wyrażali swoje opinie, sprzeciwy i propozycje rozwiązań kluczowych problemów naszych zawodów poprzez apele, stanowiska i wnioski zjazdowe. Bardzo istotnym celem zjazdu jest przyjęcie sprawozdań z działalności organów izby i uchwalenie budżetu, w ramach którego będzie mogła poruszać się w swoich decyzjach Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w danym roku.

Delegaci uczestniczący w Zjeździe otrzymali specjalne wydanie biuletynu, w którym znajdują się min. roczne sprawozdania z działalności wszystkich organów oraz projekty uchwał zjazdowych.

Dla wszystkich Czytelników, zamieściliśmy w bieżącym numerze Biuletynu sprawozdanie z rocznej działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Z przyczyn oczywistych sprawozdanie nie rozwija i nie omawia szczegółowo zagadnień i problemów, które były przedmiotem całorocznych działań samorządu a jedynie je sygnalizuje. Zachęcam do zapoznania się z jego treścią choćby po to, by mieć w miarę aktualne informacje na temat działalności samorządu.

Szanowne Koleżanki i Koledzy, w Biuletynie zostały zawarte również treści dotyczące projektu ustawy o POZ oraz zamieszczono w całości nowe Rozporządzenie w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Każda pielęgniarka i położna powinna zapoznać się z nową treścią rozporządzenia, gdyż jest to jeden z podstawowych aktów prawnych regulujących wykonywanie naszych zawodów a nieznaną prawo nie zwalnia z odpowiedzialności.

Przy prezentacji ww tematyki macie Państwo również możliwość zapoznania się z uwagami i propozycjami zmian w danym projekcie, które jako Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych kierowaliśmy do Naczelnej Rady, czasem bezpośrednio do Zespołu Parlamentarnego lub konferencji uzgodnieniowej.

Niestety, w przypadku „rozporządzenia o czynnościach samodzielnych” żadna z naszych uwag nie została uwzględniona, a szkoda! Natomiast co do projektu ustawy o POZ na chwilę obecną – nie wiadomo.

Wykorzystując posiadaną bazę lokalową staramy się wyjść naprzeciw oczekiwaniom środowiska w zakresie potrzeb edukacyjnych. Obecnie trwają bezpłatne szkolenia z zakresu terapii infuzyjnej i obsługi portów naczyniowych i cały czas chętnych nie brakuje. W trakcie przygotowań jest kurs z zakresu komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie i położnictwie. Planujemy jego realizację na II półroczu 2017 r. a w przypadku pozytywnego odbioru ze strony uczestników – kontynuację w kolejnych latach.

Dużym zainteresowaniem cieszą się również konferencje szkoleniowe organizowane w siedzibie izby. Ich tematyka jest różnorodna – nie tylko medyczna ale również związana z prawem, odpowiedzialnością zawodową czy ochroną danych osobowych. Kierując się zainteresowaniem i opiniami uczestników będziemy kontynuować ich organizację. W Biuletynie znajdują się zarówno krótkie sprawozdania jak i pokonferencyjny materiał edukacyjny na temat odpo-

wiedzialności karnej, zawodowej i cywilnej pielęgniarki i położnej. Materiały z zakresu prawa pracy, które stanowiły tematykę konferencyjną zostaną zamieszczone w kolejnym numerze Biuletynu.

Polecam do przeczytania artykuły w rubryce „dla położnych” i kontynuację artykułu porównującego pielęgniarstwo w Polsce i Szwajcarii.

Czytelniku, nie pomijaj artykułu na temat higieny rąk myśląc, że „co jak co, ale na ten temat to chyba wiem wszystko po tylu latach pracy”! Prawdopodobnie możesz się zdziwić po jego przeczytaniu, że jednak wszystkiego nie wiedziałeś, lub Twoja wiedza nieco się zdezaktualizowała.

Mamy nadzieję i dokładamy starań, by Biuletyn ŚIPiP stanowił źródło aktualnych informacji szczególnie na temat ważnych spraw dotyczących wykonywania zawodów od strony prawnej i częściowo merytorycznej (zważywszy na ogromny postęp wiedzy specjalistycznej i charakter naszej publikacji nie aspirujemy do czasopisma naukowego).

Zapraszam do współpracy osoby, które chciałyby uczestniczyć w redagowaniu Biuletynu, mają nowatorskie pomysły lub chciałyby zamieścić własne artykuły. Proszę o wybraną przez siebie formę kontaktu i ”działamy”!

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca ŚIPiP
Ewa Mikołajczyk

SPIS TREŚCI

1. Sprawozdanie z działalności ORPiP w Kielcach	5
2. Kalendarium	8
3. Długoterminowa opieka medyczna a zmiany systemowe w Polsce – rekomendacje z debaty eksperckiej OPD.....	10
4. Pismo do Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych	12
5. Projekt ustawy o POZ.....	13
6. Konferencja „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia”	14
7. Rozporządzenie „o czynnościach samodzielnych wykonywanych bez zlecenia lekarskiego” – sukces czy porażka?.....	14
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r.	14
9. Pielęgniarstwo – różne oblicza jednej profesji	21
10. Dyplomatorium absolwentów studiów pielęgniarstwa.....	22
11. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania – „nie tylko od bólu głowy i badań profilaktycznych”.....	23
12. Higiena rąk to bezpieczna opieka	25
13. II etap XII konkursu „Pielęgniarka roku” rozstrzygnięty!.....	27
14. Położna na medal.....	28
15. Karmienie piersią – co jest prawdą a co nie	29
16. Konferencja szkoleniowa z zakresu ochrony danych osobowych oraz systemów informatycznych w ochronie zdrowia	30
17. Dobre praktyki w położnictwie	30
18. Odpowiedzialność karna, zawodowa i cywilna pielęgniarki i położnej – zasady odpierania zarzutów	31
19. Opinia konsultanta wojewódzkiego dla województwa świętokrzyskiego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego w sprawie delegowania pielęgniarki/położnej bez wymaganych kwalifikacji z oddziału szpitalnego na blok operacyjny w charakterze pielęgniarki/położnej asystującej pielęgniarsce/położnej instrumentującej do zabiegu operacyjnego.....	40

Biuro Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych		
Sekretariat tel. 41 300 26 62 izba@sipip.kielce.pl	poniedziałek, środa, czwartek, piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
	wtorek	7 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Prawo wykonywania zawodu, rejestr pielęgniarek i położnych tel. 41 315 61 87 prawo@sipip.kielce.pl	poniedziałek, środa, czwartek, piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
	wtorek	7 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Kasa	środa, czwartek	7 ³⁰ – 14 ⁰⁰
Radca prawny radcaprawny@sipip.kielce.pl	wtorek	8 ⁰⁰ – 10 ⁰⁰
	czwartek	14 ⁰⁰ – 16 ⁰⁰
Biblioteka	wtorek	10⁰⁰ – 17⁰⁰
	czwartek	8⁰⁰ – 15⁰⁰
Przewodnicząca Ewa Mikołajczyk przewodniczaca@sipip.kielce.pl	poniedziałek – piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
Wiceprzewodnicząca Ewa Wojcieszek	poniedziałek – wtorek środa – czwartek	7 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰ 7 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰
Sekretarz Jacek Gawłowski	poniedziałek wtorek	9 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰ 9 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Skarbnik Izabela Oszmiana skarbnik@sipip.kielce.pl	poniedziałek – piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
Okręgowy Rzecznik tel. 604 170 135 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰
Przewodniczący Okręgowego Sądu tel. 600 992 590 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰
Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej tel. 606 390 267 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰
Ośrodek Kształcenia Podyplomowego ŚIPiP ksztalcenie@sipip.kielce.pl	wtorek	9 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
	środa – piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
	tel. 662 282 958	

Wydawca:

Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
NIP 959-10-53-799

NUMERY KONT BANKOWYCH:

PEKAO S.A. o/Kielce 49 1240 4416 1111 0000 4959 3886
BGK o/Kielce 37 1130 1192 0027 6167 3620 0001

Adres wydawcy:

ul. Nowy Świat 32A, 25-522 Kielce
tel. 41 300 26 62, 41 315 61 87
www.sipip.kielce.pl,
e-mail: izba@sipip.kielce.pl
Numer 1 (199) 2017 r.
ISSN 1429-561X
Nakład: 1100 egz.
Data wydania: 17 marca 2017 r.

Zespół redakcyjny:

Ewa Mikołajczyk, Ewa Wojcieszek, Izabela Oszmiana, Jacek Gawłowski, Henryka Majkowska, Aneta Zwierzchowska



Terminy posiedzeń w 2017 roku

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych:

21 lutego, 25 kwietnia, 27 czerwca, 29 sierpnia,
24 października, 19 grudnia

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

11 stycznia, 8 lutego, 22 marca, 12 kwietnia, 17 maja,
14 czerwca, 12 lipca, 9 sierpnia, 20 września, 11 października,
22 listopada, 28 grudnia

Pełnomocnicy:

7 marca, 6 czerwca, 5 września, 5 grudnia

Pielęgniarska kadra kierownicza/konsultanci, szpitale:

28 marca, 29 czerwca, 21 września, 7 grudnia

Pielęgniarska kadra kierownicza POZ:

22 lutego, 28 czerwca, 22 września, 6 grudnia

Komisja Rewizyjna:

12 stycznia, 17 lutego, 21 kwietnia, 2 czerwca, 7 lipca,
14 września, 17 listopada

Komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego:

6 lutego, 20 marca, 10 kwietnia, 15 maja, 12 czerwca,
18 września, 9 października, 20 listopada, 18 grudnia

Komisja socjalno-finansowa:

2 lutego, 16 marca, 6 kwietnia, 11 maja, 8 czerwca,
6 lipca, 3 sierpnia, 14 września, 5 października,
16 listopada, 21 grudnia

Komisja etyki:

19 stycznia, 6 kwietnia, 23 czerwca, 7 września,
12 października, 14 grudnia

Zespół położnych:

10 marca, 9 czerwca, 29 września, 8 grudnia

Zespół pielęgniarek DPS:

13 lutego, 10 marca, 28 kwietnia

Zespół Medycyny Szkolnej:

27 stycznia, 7 kwietnia

Zespół Młodej Pielęgniarki:

16 lutego, 30 marca, 20 kwietnia, 18 maja, 8 czerwca,
28 września, 19 października, 12 grudnia

Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych:

30 marca, 22 czerwca, 28 września, 30 listopada

Regulaminy i wnioski dofinansowania kosztów doskonalenia zawodowego oraz przyznawania pomocy koleżeńskiej dostępne są na naszej stronie internetowej: www.sipip.kielce.pl

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 6 posiedzeń Okręgowej Rady, na których podjęto 281 uchwał. Posiedzenia Okręgowej Rady odbyły się w dniach: 16 lutego, 5 kwietnia, 8 czerwca, 23 sierpnia, 4 października, 13 grudnia.

Prezydium odbyło 12 posiedzeń na których przyjęto 419 uchwał oraz 2 stanowiska:

- „W sprawie sposobu zmiany realizacji podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w POZ” z dnia 23 lutego 2016 roku oraz
- „W sprawie kształcenia w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej” z dnia 28 czerwca 2016 roku,

Posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady odbyły się w dniach: 12 stycznia, 23 lutego, 15 marca, 19 kwietnia, 10 maja, 28 czerwca, 12 lipca, 2 sierpnia, 20 września, 25 października, 22 listopada, 27 grudnia.

Działalność Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach w zakresie zadań przejętych od administracji państwowej w zakresie prawa wykonywania zawodu, rejestru pielęgniarek i położnych, rejestru praktyk pielęgniarek i położnych.

Zestawienie uchwał dotyczących prawa wykonywania zawodu i rejestru praktyk pielęgniarek i położnych podjętych w okresie sprawozdawczym przez Okręgową Radę/Prezydium

Uchwały w sprawie...	Liczba uchwał	Ilość	
		Pielęgniarki	Położne
Stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru	226	188	38
Wymiany prawa wykonywania zawodu	2	2	-
Wpisu do rejestru członków ŚIPiP	52	42	10
Skreślenia z rejestru	66	58	8
Skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu	10	10	-
Powołania komisji egzaminacyjnej do przeprowadzenia egzaminu po przerwie w wykonywaniu zawodu	11	13	2
Wydania nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	18	12	6
Zmiany w treści zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	4	3	1
W sprawie przyjęcia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu	-	-	-
W sprawie wydania zaświadczeń o odbytych przeszkoleniach po przerwie w wykonywaniu zawodu	3	3	-
W sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	-	-	-

Funkcjonowanie Okręgowej Rady, Prezydium, Biura ŚIPiP

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada dwukrotnie przeprowadzała wybory do organów izby. W związku z rezygnacją Skarbnika Okręgowej Rady oraz Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady konieczne było przeprowadzenie wyborów skarbnika, oraz wybory 2 członków Prezydium Okręgowej Rady. W związku z tym konieczne było podjęcie uchwał: składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach, upoważnienia członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach do dokonywania rozliczeń środków budżetowych z Ministrem Zdrowia.

W dniu 22 marca 2016 roku zorganizowano XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

W sprawie organizacji i zabezpieczenia finansowego zjazdu Okręgowa Rada podjęła stosowne uchwały.

Przedstawiciele Okręgowej Rady przewodniczyli oraz uczestniczyli w postępowaniach konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Szpitalach na terenie województwa świętokrzyskiego.

Okręgowa Rada delegowała swoich przedstawicieli do komisji konkursowych powoływanych w celu wyłonienia kandydatów na stanowiska Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w podmiotach leczniczych.

Okręgowa Rada udzieliła pełnomocnictw Pełnomocnikom do reprezentowania ŚIPiP na terenie właściwych okręgów wyborczych.

Powołano komisje problemowe Okręgowej Rady:

- Komisję Kształcenia
- Komisję Socjalno-Finansową
- Komisję Skarg i Wniosków
- Komisję Etyki

Na wniosek Przewodniczącej OR powołano nowy zespół, w nawiązaniu do wieku uczestniczek nazwany Zespołem Młodej Pielęgniarki.

Podjęto uchwały w sprawie zatrudnienia osób pełniących funkcje z wyboru w organach samorządu oraz osób wykonujących zadania na rzecz ŚIPiP w Kielcach.

Stosownie do wniosku przyjętego na XXXII Okręgowym Zjeździe OR podjęła uchwałę w sprawie nie dofinansowywania kursu specjalistycznego „Ordynowanie leków i wypisywanie recept”. Na terenie województwa realizowane były kursy w tym zakresie ze środków unijnych.

Okręgowa Rada i Prezydium OR zapoznawała się z sytuacją w różnych jednostkach zatrudniających pielęgniarki i położne i podejmowała stosowne działania: Szpital w Pińczowie (likwidacja oddziału położniczo-ginekologicznego), szpital w Opatowie (wypowiedzenia umów o pracę pielęgniarkom i położnym, wprowadzanie jednoosobowych obsad), szpital w Starachowicach (wypowiedzenie umów o pracę położnym w związku ze „zdarzeniem” nagłaśnianym przez media, szpital we Włoszczowej (próba wprowadzania dodatkowych obowiązków wprowadzających czynności wykraczające poza zakres czynności pie-

łęgniarskich), „Przychodnie Miejskie” w Skarżysku-Kamiennej (problem niewłaściwego podziału środków z rozporządzenia OWU).

Cyklicznie odbywały się spotkania z osobami pełniącymi kierownicze funkcje pielęgniarskie w zakładach leczniczych, w tym także w POZ.

W konferencji dotyczącej ochrony zdrowia, zorganizowanej przez klub parlamentarny KUKIZ 15 uczestniczyła Elżbieta Skuza.

Przewodnicząca OR uczestniczyła kilkakrotnie w Konwencji Przewodniczących OR organizowanym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Rejestr podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

W okresie sprawozdawczym podjęto 25 uchwał w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych: Ośrodek Kształcenia Kadr „Hipokrates” Joanna Strzałka, TALMED Spółka Cywilna Ewa Talić, Tomasz Kozera, Krajowe Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości, Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach, Medyczne Centrum Kształcenia „Wiedza” s.c. Alicja Nowak, Tadeusz Wójcikowski.

Realizacja rozporządzenia w sprawie OWU

Na posiedzeniach Okręgowej Rady oraz Prezydium wielokrotnie podnoszono temat rozporządzenia w sprawie OWU i wynikającego z niego dodatkowego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych. Przedstawiciele Okręgowej Rady uczestniczyli w opiniowaniu podziału dodatkowego wynagrodzenia w POZ, AOS i ŚCRMiTS. Najwięcej problemów przysparzało opiniowanie i realizacja podwyżki w POZ. Niejasne kryteria podziału środków oraz brak środków celowych dla pielęgniarek „praktyki”, rodziło liczne problemy negocjacyjne z pracodawcami POZ. W trakcie realizacji zapisów rozporządzenia OWU okazało się, że nie są nim objęte pielęgniarki i położne zatrudnione u podwykonawców, w DPS, Żłobkach, Stacjach Sanitarно-Epidemiologicznych, Stacjach Krwiodawstwa. Samorząd zawodowy i związki zawodowe czyniły starania by powstały błęd naprawić, niestety udało się to tylko w przypadku Stacji Krwiodawstwa.

Przedstawiciele Okręgowej Rady uczestniczyli w opiniowaniu dodatkowego wynagrodzenia na podstawie rozporządzenia OWU w POZ i AOS.

Opiniowanie aktów prawnych istotnych dla wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej

Przedstawiciele OR negatywnie opiniowali projekt rozporządzenia w sprawie czynności wykonywanych przez ratowników, który dawał im szerokie możliwości do pracy poza systemem ratownictwa, w tym na stanowiskach pielęgniarskich.

Podobnie negatywnie stanowisko zajęto w przypadku skrócenia stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców z 12 do 6 miesięcy.

Zespół konsultantów wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa oraz przedstawiciele OR przygotowali obszerny materiał zawierający argumentację sprzeciwiającą się wprowadzaniu kształcenia w zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej na poziomie branżowych szkół zawodowych.

Wielokrotnie przesyłano opinie na temat założeń i propozycji do nowej ustawy o POZ.

W Okręgowej Radzie przygotowano obszerną opinię na temat projektu nowego rozporządzenia w sprawie czynności wykonywanych przez pielęgniarkę/położną samodzielnie bez zlecenia lekar-

skiego została ona zamieszczona w Biuletynie ŚPiP z 2016 roku nr 03 (197).

Przewodnicząca OR uczestniczyła we wszystkich posiedzeniach Parlamentarnego Zespołu do Spraw Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniach zespołu poruszane były problemy pielęgniarek i położnych oraz szeroko rozumiane problemy ochrony zdrowia.

Sekretarz OR uczestniczył w posiedzeniach komisji uzgodnieniowych powołanych przez Ministra Zdrowia w sprawie rozporządzeń do ustawy o PRM w zakresie czynności wykonywanych przez ratowników medycznych oraz rozporządzenia do ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej w zakresie czynności wykonywanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Priorytety specjalizacji w dziedzinach pielęgniarstwa

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu w dniu 12 stycznia 2016 roku przyjęło propozycje specjalizacji finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2016 : położniczo-ginekologiczna, chirurgiczna, geriatryczna, jako rezerwowe: psychiatryczna, paliatywna.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu w dniu 22 listopada zaproponowało jako priorytetowe następujące specjalizacje w roku 2017: internistyczną, paliatywną, geriatryczną, jako rezerwowe: operacyjną, anestezjologii i intensywnej terapii.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu w dniu 13 grudnia, w związku z dodatkowymi postępowaniami przetargowymi związanymi z kursami specjalizacyjnymi, rozpoczynającymi się jeszcze w roku 2016, ostatecznie zgłosiła specjalizacje: internistyczną, geriatryczną, psychiatryczną. Dziedziny rezerwowe bez zmian.

Organizacja konferencji, spotkań szkoleniowych oraz obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki oraz Dnia Położnej

ŚPiP wraz z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim była współorganizatorem konferencji naukowej „Wyzwania naukowe i zawodowe we współczesnym pielęgniarstwie”, która odbyła się w dniu 10 czerwca w siedzibie UJK w Kielcach. Uczestniczyło w konferencji 174 osoby. W ramach współpracy z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim ufundowano także nagrody dla finalistów konkursu „Pielęgniarka Roku 2015”.

Ze Starostwem Powiatowym w Ostrowcu Świętokrzyskim ŚPiP była współorganizatorem konferencji naukowej „Zawód Pielęgniarki i Położnej w nowej perspektywie” oraz plebiscytu „Lekarz, pielęgniarka i rehabilitant roku 2016” organizowanych w Ostrowcu Świętokrzyskim. Uczestniczyło 207 osób.

W ramach obchodów Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, zorganizowano XVIII Pielgrzymkę Pielęgniarek

i Położnych do Sanktuarium Matki Boskiej Ostrobramskiej w Skarżysku - Kamiennej. W trakcie pielgrzymki dokonano poświęcenia sztandaru Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach. Uczestniczyło 180 osób.

Z okazji XXV rocznicy powstania samorządu zawodowego zorganizowano uroczystość w Filharmonii Świętokrzyskiej, na której wyróżniono odznaczeniami osoby zasłużone w pracy na rzecz środowiska pielęgniarek i położnych. Po części oficjalnej odbył się koncert i uroczysta kolacja. W obchodach uczestniczyło około 600 pielęgniarek i położnych.

Wspólnie ze Stowarzyszeniem Edukacji Diabetologicznej zorganizowano w siedzibie Izby konferencję diabetologiczną w ramach kampanii „Wyprzedzamy cukrzycę”. Uczestniczyło około 70 osób.

We współpracy z firmą ubezpieczeniową „INTER” oraz NIPiP

zorganizowano kolejną już konferencję „Prawo a medycyna”. Uczestniczyło około 130 osób.

ORPiP objęła patronatem honorowym VI konferencję naukową organizowaną przez Kieleckie Towarzystwo Alzheimerowskie „Choroba Alzheimera-Problemem medycznym i społecznym”.

Współpraca z NFZ, Urzędem Marszałkowskim, Urzędem Wojewódzkim

Przewodnicząca i przedstawiciele OR odbywali spotkania i prowadzili rozmowy z Dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawach dotyczących pielęgniarek i położnych, w tym kontraktowania świadczeń, wypłaty dodatkowego wynagrodzenia na podstawie rozporządzenia w sprawie OWU, kwot na kontraktowanie usług w zakresie opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej.

Przedstawiciele OR uczestniczyli w posiedzeniach Rady Społecznej Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodnicząca i przedstawiciele OR odbywali spotkania i prowadzili rozmowy z Wojewodą Świętokrzyskim, którego efektem było ponowne powołanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinach, w których byli już powołani, oraz w innych dziedzinach: pielęgniarstwa ratunkowego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, rodzinnego, chirurgicznego i operacyjnego, diabetologicznego. Podjęto działania w celu powołania kolejnych konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa, w szczególności w pielęgniarstwie psychiatrycznym. Przedstawiona została także sytuacja pielęgniarek zatrudnionych w pomocy społecznej.

Prowadzono rozmowy dotyczące szkoleń w zakresie wykonywania zleceń lekarskich. W siedzibie ŚIPiP odbywały się liczne szkolenia i spotkania, podczas których przeprowadzano dyskusje i szkolenia z zakresu podstaw prawnych realizacji zleceń lekarskich. Opracowano materiał szkoleniowy stanowiący podstawę przeprowadzania szkoleń w zakładach leczniczych.

Okręgowa Rada rekomendowała członków do rad społecznych podmiotów leczniczych (na wniosek podmiotów leczniczych).

Do samorządów terytorialnych na terenie województwa Świętokrzyskiego wystosowano pisma z informacją, że ŚIPiP w Kielcach, chce uczestniczyć poprzez swoich przedstawicieli w posiedzeniach rad społecznych podmiotów leczniczych. Po wymianie korespondencji z organami samorządu terytorialnego, udało się uzyskać członkostwo przedstawicieli Izby (z głosem doradczym) w wielu radach społecznych.

Współpraca z NRPiP

ORPiP postanowiła zaprenumerować „Magazyn Pielęgniarek i Położnych” w ilości 500 sztuk, by dotarł on do wszystkich jednostek zatrudniających pielęgniarki i położne.

Członek ORPiP w Kielcach Zofia Małas, na Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych, wybrana została na Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Członkami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zostali także Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk oraz sekretarz OR Jacek Gawłowski, który ponadto został członkiem Prezydium Naczelnej Rady, członkiem Komisji Budżetowej NRPiP, członkiem zespołu negocjującego wysokość dotacji na zadania przejęte od administracji publicznej oraz przewodniczącym Zespołu do spraw Ratownictwa Medycznego NRPiP.

Okręgowa Rada wielokrotnie przekazywała swoje opinie do Naczelnej Rady w sprawach bieżących:

- Założeń ustawy o POZ
- Założeń ustawy o KOC
- Wdrażania diagnoz pielęgniarstwa (ICNP)

- Szkoleń z zakresu wykonywania zleceń lekarskich
- Dodatkowego wynagrodzenia wypłacanego na podstawie rozporządzenia OWU
- Rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych
- Zmian w zakresie kontraktowania opieki długoterminowej
- Sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w pomocy społecznej
- Zmian w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym
- Rozporządzenia do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w zakresie czynności i zakresu działania ratownika medycznego
 - Kształcenia w zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej nie na poziomie akademickim.

Pozostałe uchwały Okręgowej Rady i Prezydium dotyczące działalności merytoryczno-organizacyjnej Samorządu

W drodze uchwały przyjęto plan pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach.

W związku z potrzebami zgłoszonymi przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych ORPiP podjęła uchwały w sprawie zatrudnienia prawników do obsługi prawnej wyżej wymienionych organów Okręgowej Izby.

Podjęto uchwały w zakresie finansowym i księgowym w celu usprawnienia działania biura ŚIPiP oraz związane z bieżącym funkcjonowaniem siedziby ŚIPiP w Kielcach: czyszczenia elewacji, zabezpieczenia budynku, zakupu wyposażenia i inne.

Pomoc finansowa dla członków ŚIPiP

Prezydium Okręgowej Rady podjęło 12 uchwał w sprawie przyznania pomocy koleżeńskiej na kwotę 37 720 złotych. Prezydium podjęło 6 uchwał w sprawie przyznania pomocy koleżeńskiej w związku ze śmiercią osoby bliskiej na kwotę 6 000 złotych.

Prezydium podjęło również 13 uchwał w sprawie odmowy przyznania pomocy koleżeńskiej z powodu nie spełniania wymogów regulaminowych.

W przypadku jednego odwołania od decyzji Prezydium Okręgowa Rada przyznała pomoc w wysokości 500 złotych.

Okręgowa Rada podjęła 4 uchwały w sprawie przyznania pomocy koleżeńskiej na kwotę 8 340 złotych oraz 1 uchwałę w sprawie przyznania pomocy koleżeńskiej w związku ze śmiercią osoby bliskiej na kwotę 1 000 złotych.

Kształcenie podyplomowe oraz działalność Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych

W kształceniu podyplomowym uczestniczyło 1165 osób na 43 kursach.

- szkolenie specjalizacyjne – 1 edycja (anestezjologia i intensywne terapię) 25 osób (kontynuacja szkolenia z roku 2015)
- kurs kwalifikacyjny: 4 kursy – 98 osób
 - Pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne, 2 edycje dla 50 osób
 - Anestezjologia i intensywne terapię, 1 edycja dla 23 osób.
 - Pielęgniarstwo operacyjne, 1 edycja dla 25 osób.
- kurs specjalistyczny: 31 kursów – 833 osoby
 - Wykonanie i interpretacja zapisu Ekg – 10 edycji, uczestniczyło 256 osób, w tym 2 edycje w Ostrowcu Świętokrzyskim dla 48 osób, 1 edycja w Końskich dla 20 osób, 1 edycja w Staszowie dla 25 osób, pozostałe w Kielcach.
 - Leczenie ran – 3 edycje dla 90 osób.
 - Resuscytacja krążeńiowo-oddechowa – 7 edycji dla 192 osób

w tym 1 edycja w Busku-Zdroju dla 19 osób.

Szczepienia ochronne – 4 edycje dla 103 osób.

Endoskopia – 1 edycja dla 26 osób.

Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów – 2 edycje dla 62 osób.

Resuscytacja oddechowo-krażeniowa noworodka – 1 edycja dla 34 osób.

Edukator w cukrzycy – 1 edycja dla 26 osób.

Pielęgnowanie pacjenta wentylowanego mechanicznie – 1 edycja dla 18 osób.

Terapia bólu ostrego – 1 edycja w Staszowie dla 25 osób.

- Kurs dokształcający: 8 kursów – 245 osób

Profilaktyka zakażeń szpitalnych – 2 edycje w Staszowie dla 80 osób.

Poród w pozycjach wertykalnych – 4 edycje dla 81 osób (szkolenie bezpłatne dla uczestników)

Podstawy pielęgniarstwa infuzyjnego – 2 edycje, Busko-Zdrój dla 20 osób, Kielce 23 osoby (szkolenie bezpłatne dla uczestników).

Długoterminowe dostępy naczyniowe – 1 edycja dla 34 osób (szkolenie bezpłatne dla uczestników).

Okręgowa Rada podejmowała uchwały w sprawie zakupu wyposażenia do OKKM ŚiPiP, w roku 2016 na kwotę około 35 000 złotych.

OKKM ŚiPiP w Kielcach uczestniczył w postępowaniach przetargowych organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia w celu wyłonienia organizatora szkolenia specjalizacyjnego. Niestety z powodu warunków przetargu, gdzie duże znaczenie ma doświadczenie w organizowaniu tego typu szkoleń, oferta złożona przez OKKM ŚiPiP w Kielcach została odrzucona.

Dofinansowanie kosztów kształcenia podyplomowego udzielane członkom ŚiPiP zgodnie z regulaminem

Na posiedzeniach Okręgowej Rady oraz Prezydium Okręgowej Rady podjęto 74 uchwały w sprawie przyznania dofinansowania do różnych form kształcenia podyplomowego w kwotach określonych w regulaminie dofinansowania oraz 19 uchwał w sprawie odmowy przyznania dofinansowania. Przyczyną odmowy dofinansowania było nie spełnienie warunków regulaminu lub wniosek o dofinansowanie kursu organizowanego przez organizatora innego niż OKKM ŚiPiP w Kielcach, w sytuacji gdy OKKM ŚiPiP w Kielcach organizował kurs którego dotyczył wniosek, nierzadko w tym samym terminie co organizator zewnętrzny.

Z dofinansowania skorzystało łącznie 483 osoby na kwotę 118 772,7 złotych, ponadto 160 osób uczestniczyło w formach kształcenia w całości finansowanych przez ŚiPiP w Kielcach. Z dofinansowania do kursów kwalifikacyjnych skorzystało 51 osób na kwotę 30 600 złotych. Z dofinansowania do kursów specjalistycznych skorzystało 385 osób na kwotę 77 000 złotych. Z dofinansowania do kursów dokształcających skorzystało 3 osoby na kwotę 300 złotych. Z dofinansowania do konferencji naukowych skorzystało 44 osoby na kwotę 10 872, 70 złotych.

Okręgowa Rada podjęła uchwały w sprawie organizacji bezpłatnego kształcenia w OKKM ŚiPiP członków OIPiP w Kielcach: Poród w pozycjach wertykalnych, Podstawy pielęgniarstwa infuzyjnego, Długoterminowe dostępy naczyniowe.

Sekretarz ORPiP w Kielcach

Jacek Gawłowski

Przewodnicząca ORPiP w Kielcach

Ewa Mikołajczyk

Kalendarium

1 października

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk na zaproszenie Rektora i Senatu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim uczestniczyła w Uroczystej Jubileuszowej Inauguracji Roku Akademickiego 2016/2017.

W siedzibie ŚiPiP odbyły się warsztaty dla pielęgniarek i położnych na temat skutecznej komunikacji z rodzicami z zakresu szczepień ochronnych.

3 października

W ŚiPiP w Kielcach został przeprowadzony egzamin dla pielęgniarek, które odbyły przeszkolenie po przerwie 5 lat w ostatnich 6-ciu latach w wykonywaniu zawodu. Egzamin zdały 2 pielęgniarki.

4 października

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyło 22 osoby.

7 października

Spotkanie zespołu pielęgniarek psychiatrycznych. Spotkanie odbyło się po raz pierwszy. Uczestniczyły w nim 2 osoby oraz Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk.

Rektor i Senat Wyższej Szkoły Umiejętności Zawodowych w Pińczowie zaprosili Przewodniczącą ORPiP Ewa Mikołajczyk na Uroczystą Inaugurację Roku Akademickiego 2016/2017. Przewodnicząca uczestniczyła również w spotkaniu Rady Pracodawców.

10 października

W Izbie pod przewodnictwem Przewodniczącej ORPiP Ewy Mikołajczyk odbyło się spotkanie Zespołu Młodej Pielęgniarki. W spotkaniu uczestniczą nasze młode koleżanki, które rozpoczynają swoją przygodę z naszymi zawodami oraz przyszłe pielęgniarki i położne, które przygotowują się do zawodu na studiach.

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk na zaproszenie Prorektora do Spraw Medycznych, Dziekana i Rady Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach uczestniczyła w Inauguracji Roku Akademickiego 2016/2017.

11 października

W Warszawie odbyło się posiedzenie Prezydium NRPiP. W posiedzeniu brał udział sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski.

12 października

Na zaproszenie Przewodniczącej ORPiP Ewy Mikołajczyk do siedziby Izby przybyły:

Konsultanci Wojewódzcy ds. Pielęgniarstwa/Położnictwa, Dyrektory ds. Pielęgniarstwa/Położnictwa, Pielęgniarki Naczelne. Omawiano sprawy dotyczące wykonywania naszych zawodów, wymieniano doświadczenia w zarządzaniu oraz rozwiązywano problemy.

14 października

Odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

W naszej siedzibie spotkały się pielęgniarki z zespołu środowiska nauczania i wychowania. W spotkaniu udział wzięła Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk.

17 października

Na zaproszenie Wojewody Świętokrzyskiego Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk wzięła udział w spotkaniu, na którym wręczono nominację konsultantom wojewódzkim w niektórych dziedzinach medycyny, pielęgniarstwa i nauk mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

18 października

W Warszawie odbyło się posiedzenie Prezydium NRPiP. W posiedzeniu brał udział sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski.

19 października

W Warszawie odbył się konwent przewodniczących Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, w którym uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk.

20 października

Posiedzenie Komisji Kształcenia. W pracach komisji uczestniczyło 11 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach.

Posiedzenie Komisji Finansowej. W pracach komisji uczestniczyło 8 członków komisji. Komisja rozpatrywała wnioski złożone przez pielęgniarki/położne o przyznanie pomocy koleżeńskiej. Komisja przekazała propozycje przyznania pomocy do zatwierdzenia PORPiP.

21 października

Spotkanie zespołu pielęgniarek Domów Pomocy Społecznej. W spotkaniu uczestniczyło 10 osób.

Uczestnikami spotkania były również Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk oraz Skarbnik ORPiP Izabela Oszmiana.

25 października

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyło 10 osób.

3 listopada

W siedzibie ŚiPiP odbyło się spotkanie kierowniczej kadry Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Spotkanie prowadziła Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk oraz konsultant Pani Barbara Jabłońskaw. W spotkaniu uczestniczyła Skarbnik ORPiP Izabela Oszmiana. Omawiano problemy jakie mają pielęgniarki i położne w pracy w POZ, wymieniano doświadczenia.

4 listopada

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Izby.

14 listopada

Odbyło się regulaminowe szkolenie pracowników z zakresu BHP.

15 listopada

W Warszawie odbyło się posiedzenie Prezydium NRPiP. W posiedzeniu brał udział sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski.

16 listopada

Komisja Etyki działająca przy ŚiPiP w Kielcach odbyła swoje posiedzenie.

Posiedzenie Komisji Kształcenia. W pracach komisji uczestniczyło 11 członków. Opracowywano wnioski o przyznanie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do PORPiP w Kielcach.

17 listopada

W siedzibie Izby odbyła się konferencja „Prawo a Medycyna”. Organizatorem była NRPiP w Warszawie, głównym sponsorem konferencji było Towarzystwo Ubezpieczeniowe INTER. Konferencję otworzyła Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk. Przedstawicielem NRPiP była Wiceprezes Mariola Łodzińska. Konferencja była dla uczestników bezpłatna, uczestniczyło w niej 100 osób.

22 listopada

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyło 9 osób.

23 listopada

Zespół Pielęgniarek Rodzinnych spotkał się w siedzibie Izby.

24 listopada

Zespół położnych odbył swoje spotkanie. W trakcie spotkania przedstawiciel firmy Nestle przeprowadził dla zebranych krótkie szkolenie.

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk na zaproszenie Prezydenta Miasta Kielc, Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie uczestniczyła w Jubileuszowej – X Kampanii społecznej „Biała Wstążka” pod hasłem „Kocham, lubię, szanuję, nie biję”

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk uczestniczyła w Radzie Społecznej w GOZ w Wodzisławiu.

28 listopada

W Izbie pod przewodnictwem Przewodniczącej ORPiP Ewy Mikołajczyk, odbyło się spotkanie Zespołu Młodej Pielęgniarki.

29 listopada

Skarbnik ORPiP Izabela Oszmiana uczestniczyła w pracach Rady Społecznej Świętokrzyskiego Centrum Matki i Noworodka w Kielcach. Ks. Stanisław Słowik Dyrektor Caritas Kieleckiej zaprosił Przewodniczącą ORPiP Ewę Mikołajczyk na poświęcenie Dziennego Domu Opieki Medycznej. Poświęcenia dokonał Ks. Bp Jan Piotrowski.

1 grudnia

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk uczestniczyła w Radzie Narodowego Funduszu Zdrowia – Oddział Świętokrzyski.

6 grudnia

W dniach 6-8 grudnia odbyło się posiedzenie NRPiP w Warszawie. W obradach uczestniczyli członkowie NRPiP Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk oraz Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski. Zespół pielęgniarek epidemiologicznych spotkał się w siedzibie izby.

8 grudnia

Spotkanie Zespołu Położnych.

9 grudnia

Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w Radzie Społecznej ZOZ MSWiA w Kielcach.

13 grudnia

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięło 24 członków. Na zaproszenie Okręgowej Rady przybyli do izby Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa. Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk wręczyła wszystkim przybyłym konsultantom listy gratulacyjne i życzyła owocnej współpracy. Spotkanie zakończyło się wspólnymi życzeniami z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku. Po zakończeniu spotkania członkowie Okręgowej Rady przystąpili do realizacji porządku obrad.

14 grudnia

Spotkanie Komisji Etyki.

16 grudnia

Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania.

Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Domów Pomocy Społecznej.

19 grudnia

Posiedzenie Komisji Kształcenia. W pracach komisji uczestniczyło 12 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach.

Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w Radzie Społecznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

20 grudnia

W ŚiPiP w Kielcach odbyło się spotkanie Pełnomocników. Spotkanie prowadziła Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk. W spotkaniu udział wzięło 29 pełnomocników. Spotkanie zakończyło się przekazaniem życzeń świąteczno-noworocznych.

21 grudnia

Egzamin teoretyczny dla pielęgniarek, które odbyły przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6-ciu latach. Egzamin zdała 1 pielęgniarka.

7 grudnia

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu udział wzięło 9 członków.

28 grudnia

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk uczestniczyła w Radzie Społecznej w Samorządowym Zakładzie POZ w Bodzentynie.

Długoterminowa opieka medyczna a zmiany systemowe w Polsce

rekomendacje z debaty eksperckiej OPD, Warszawa dnia 9.02.2017

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



1. Środowisko liderów i dyrektorów opieki długoterminowej przedkłada na ręce Ministra Zdrowia deklaracje aktywnego zaangażowania w proces określenia dalszych kierunków rozwoju i funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce w szczególności w odniesieniu do obszaru świadczeń zdrowotnych tego sektora.
2. Utrzymujący się od lat brak polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej skutkuje niedostosowaniem regulacji prawnych i standardów udzielania świadczeń do potrzeb odbiorców oraz bardzo dużym zróżnicowaniem dostępności dla pacjentów i poziomu finansowania pomiędzy poszczególnymi Oddziałami NFZ (np. rozpiętość powyżej 100% pomiędzy województwem śląskim pomorskim na 10000 uprawnień).
3. Oczekujemy od Ministra Zdrowia rozpoczęcia prac, które zagwarantują jak najszybsze znowelizowanie obowiązujących regulacji prawnych definiujących zasady i warunki realizacji świadczeń w opiece długoterminowej a w tym w szczególności:
 - Określenia wskaźników zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia opieki długoterminowej (stacjonarnej, domowej, dziennej) jako gwaranta bezpieczeństwa dla pacjentów wraz, z harmonogramem ich osiągnięcia.
 - Uporządkowania zapisów dotyczących finansowania kosztów zakwaterowania i wyżywienia pacjentów przebywających w ZOL/ZPO, w celu ograniczenia strat zakładów wynikających z ułomnych regulacji prawnych.
 - Pilne wdrożenie rekomendowanej przez AOTM wyceny świadczeń w pielęgniarskiej opiece domowej
 - Dokonanie wyceny kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakładach stacjonarnych ZPO i ZOL
 - Wprowadzenia kategoryzacji pakietów świadczeń zdrowotnych w pielęgniarskiej opiece domowej (gwarantujące dostępność dla pacjentów o najwyższym stopniu zależności)
 - Rozszerzenie wykazu świadczeń/procedur medycznych objętych dodatkowym finansowaniem poza stawką osobodnia obowiązującą w OPD (leczenie odleżyn, leczenie żywieniowe, leczenie zakażeń, płynoterapia, tlenoterapia domowa).
 - Opracowanie nowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej (stacjonarnej i domowej)
 - Przeniesienia stawki kapitałowej pacjentów przebywających w ZOL/ZPO do stawki osobodnia tychże placówek.

4. Wypracowania modelu koordynowanej opieki dla pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej (opieka domowa, stacjonarna, świadczenia odrębnie kontraktowane ale także usługi opiekuńcze i inne świadczenia medyczne).
5. Wprowadzenie nowej procedury związanej z prowadzeniem doradztwa i przygotowaniem do

- nowej sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dla pacjentów/opiekunów, u których wystąpiła utrata samodzielności życiowej połączonej ze stanem zdrowia (pacjenci po udarach, zabiegach ortopedycznych lub neurochirurgicznych, urazach czy postępujących schorzeniach demencyjnych). Procedura ta byłaby dedykowana dla pielęgniarek rodzinnych, opieki długoterminowej ale także pielęgniarek szpitalnych.
6. Opracowanie szczegółowych rozwiązań pozwalających pielęgniarkom na pełne wykorzystanie nowych kompetencji w zakresie ordynacji materiałów medycznych oraz leków (odejście od pierwszego zlecenia materiałów medycznych przez lekarza, rozstrzygnięcia dotyczące dokumentacji medycznej ordynacji pielęgniarskiej, finansowanie badań zlecanych przez pielęgniarki).
7. Przygotowanie do wdrożenia opracowania kryteriów zapewnienia jakości w opiece długoterminowej i uruchomienia procesu akredytacji zakładów.
8. Jednocześnie w związku z ogłoszonymi przez Oddziały Wojewódzkie NFZ Konkursami na realizację świadczeń w opiece długoterminowej oczekujemy pilnej jednolitej interpretacji obowiązujących nowych kryteriów oceny ofert (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 31.08.2016 r. poz.1372).
9. Aktualna sytuacja w której Dyrektorzy Oddziałów NFZ dokonują niezależnej interpretacji przepisów prawa skutkuje bardzo dużym zaburzeniem procesu kontraktowania (szkolenia prowadzone dla potencjalnych Świadczeniodawców bez odpowiedzi dotyczącej interpretacji kryteriów), a także zagrożeniem dla dalszego funkcjonowania dla dużej grupy podmiotów OPD.
10. Wyrażamy stanowczy sprzeciw dla działań Ministerstwa i NFZ przyzwalających na jawne dyskryminowanie świadczeń realizowanych w systemie ochrony zdrowia przez pielęgniarki w odniesieniu do innych rodzajów świadczeń (przykładem może być brak wdrożenia stawek AOTM dla OPD przy równoległym dostosowaniu stawek w opiece hospicyjnej, warunki ugód za nad wykonania wybrane Oddziały NFZ zaproponowały najmniej korzystne dla OPD).
11. Wnioskujemy o powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie Modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zawierającego wieloletni plan strategiczny.

W imieniu uczestników Debaty:
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Zofia Małas
Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
dr n. o zdr. Grażyna Wójcik

Wyciąg z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U z 2016 r, poz. 1372) – przedmiot postępowania pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Propozycja interpretacji kryteriów 09.02.2017

1	Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją opieki długoterminowej, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zachowawczą, rodzinną, środowiskową, środowiskowo-rodzinną, pediatryczną, geriatryczną, paliatywną – co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Personel z kwalifikacjami wskazanymi w kryterium, stanowi co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek rozumianego jako dostępność do realizacji świadczeń na czas pracy zawarty w umowie lub portalu świadczeniodawcy. Uzasadnienie: Personel o najwyższych kwalifikacjach w ramach swoich kompetencji realizuje różnorodne zadania, takie jak: bieżący nadzór nad realizacją świadczeń i prowadzeniem dokumentacji, szkolenie kadry, konsultowanie trudnych przypadków itd. Dlatego też nie zawsze 100% czasu pracy piel. specjalistów zaangażowane jest w bezpośrednią realizację świadczeń.
2	Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Udzielanie świadczeń w warunkach domowych obejmuje pracę na stanowisku pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, pielęgniarki opieki długoterminowej, pielęgniarki w hospicjum domowym, pielęgniarki zespołu tlenoterapii domowej oraz pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych a także prowadzenie indywidualnej pielęgniarskiej praktyki na wezwanie (potw. przez OiPiP).
3	Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Za spełnianie kryterium doświadczenie w pielęgnacji chorych w warunkach szpitalnych- uznaje się zatrudnione w lecznictwie stacjonarnym na stanowisku: pielęgniarki odcinkowej, koordynującej, pielęgniarki oddziału dziennego lub pielęgniarki oddziałowej.
4	Co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 50% pielęgniarek oznacza 50% ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 50% potencjału czasowego. ✓ Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio.5,5 h/dobę.
5	Co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 25% pielęgniarek oznacza 25% ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 25% potencjału czasowego. ✓ Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio.5,5 h/dobę.
6	Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających 2 miesiące w którym ogłoszono postępowanie	Oznacza to że świadczeniodawca posiadał harmonogram dostępności personelu przez 7 dni w tygodniu w odniesieniu do pacjentów 0-15 w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90 dni. Zapewnienie dostępności w dni powszednie od 8.00-20.00 oraz w dni świąteczne min. 2 godzin.
7	Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc w którym ogłoszono postępowanie.	Świadczeniodawca zapewniał pacjentom, którzy w okresie opieki byli hospitalizowani, możliwość kontynuacji świadczenia pomiędzy i po hospitalizacji.
8	Ilość pacjentów z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie w 2016 r./liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 0 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
9	Ilość pacjentów z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie 2016/liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 5-15 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
10	Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji.	Posiadanie potwierdzonych w formie pisemnej zasad współpracy i koordynacji działań (Umowa, Porozumienie, zasady współpracy) z innymi podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w lecznictwie stacjonarnym (szpitale powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne lub kliniczne instytucje). Uzasadnienie: Pielęgniarska Opieka Długoterminowa zapewnia kontynuację opieki dla odbiorców korzystających z różnych poziomów leczenia stacjonarnego.

Pismo do Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Dotyczy: postępowanie konkursowe w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej. Oceniany warunek: dostępność do świadczeń:

UDZIAŁ ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z OCENĄ 5-15 PUNKTÓW W SKALI BARTHEL W OGÓLNEJ LICZBIE ŚWIADCZENIOBIORCÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ W RAMACH PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH O 2 MIESIĄCE MIESIĄC, W KTÓRYM OGŁOSZONO POSTĘPOWANIE – CO NAJMNIEJ 20%.

Komunikatem z dnia 21 lutego 2017 r. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach zamieścił na swojej stronie internetowej odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania odnośnie kryteriów wyboru ofert zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odnośnie cytowanego na wstępie kryterium udzielono następujących wyjaśnień:

w powyższych kryteriach należy brać pod uwagę osoby objęte pielęgniarską opieką długoterminową domową, które na załączonej do skierowania przez świadczeniodawcę kierującego karcie oceny uzyskały odpowiednio 5-15 punktów w skali Barthel w stosunku do wszystkich osób objętych tą formą opieki przez danego świadczeniodawcę.

Odnosząc się do zacytowanej odpowiedzi wskazać należy na wątpliwości jaka ona budzi. Ograniczenie przedmiotowego kryterium jedynie do świadczeniobiorców, którzy w chwili przyjęcia byli ocenieni w skierowaniu lekarskim na 5-15 w skali Barthel wyklucza wszystkie przypadki świadczeniobiorców, którzy już po objęciu opieką długoterminową domową w wyniku pogorszenia stanu zdrowia i związanej z tym okresowej oceny przez pielęgniarkę otrzymali w skali Barthel 5-15 pkt. Ograniczenie takie nie wynika z treści kryterium według rozporządzenia, a przypadki „obniżenia” skali w trakcie objęcia opieką długoterminową domową zdarzają się w praktyce. Należy jednoznacznie podkreślić, iż udzielona odpowiedź zawęża w sposób znaczący kryterium określone w rozporządzeniu.

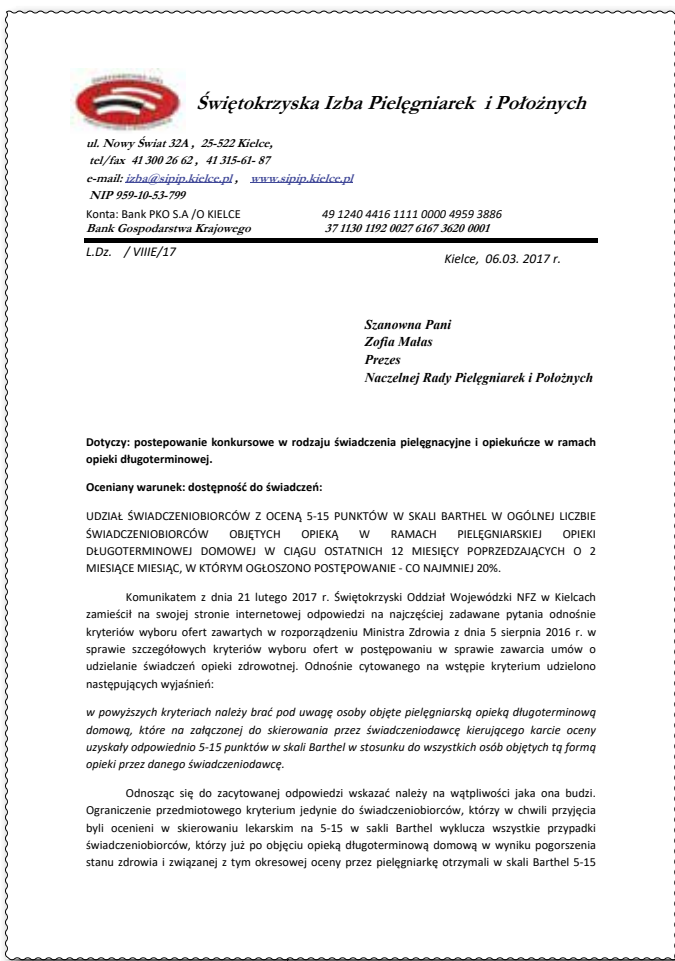
Przyjęcie interpretacji Ministerstwa Zdrowia by brać pod uwagę wyłącznie ocenę w skali Barthel tylko w dniu skierowania pacjenta do opieki długoterminowej domowej jest niedorzeczne gdyż absolutnie nie odzwierciedla stanu pacjenta w czasie sprawowania nad nim opieki.

Zamieszczenie na stronie NFZ omawianych odpowiedzi rodzi obawy, iż będą one traktowane na równi z kryteriami określonymi w rozporządzeniu, a wręcz będą je zastępować. Pomijając fakt, iż wszelkie tego rodzaju odpowiedzi nie mają żadnej mocy wiążącej zarówno dla oferentów jak i dla Funduszu, to czas ich udostępnienia na stronie internetowej pozostawia wiele do życzenia. Przyjmując, co jest oczywiste, że udzielone odpowiedzi mogą mieć jedynie charakter sugestii wyjaśniających co do poszczególnych kryteriów, to zamieszczenie ich niecały tydzień przed terminem składania ofert, już po ogłoszeniu postępowań, uniemożliwia realne skorzystanie z tych sugestii przez oferentów.

W ocenie ofert w postępowaniu konkursowym zastosowanie interpretacji MZ przedstawionych w ostatniej chwili (w trakcie składania ofert) oznacza wręcz zmianę warunków określonych w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r.

Wnoskujemy, o niestosowanie tzw. „interpretacji MZ” w ocenie ofert i literalne trzymanie się warunków określonych ww rozporządzeniu.

**Z wyrazami szacunku
Elżbieta Skuza
Ewa Mikołajczyk**



rozporządzenia, a przypadki „obniżenia” są zdarzają się w praktyce. Należy brać pod uwagę wyłącznie ocenę w skali długoterminowej domowej jest niedorzeczne sprawowania nad nim opieki. Rodzi obawy, iż będą one traktowane i będą je zastępować. Pomijając fakt, iż wiążącej zarówno dla oferentów jak i dla owego pozostawia wiele do życzenia. Mogą mieć jedynie charakter sugestii i niecały tydzień przed terminem realne skorzystanie z tych sugestii przez nie interpretacji MZ przedstawionych wręcz zmianę warunków określonych ocenie ofert i literalne trzymanie się

Z wyrazami szacunku

Elżbieta Skuza

Ewa Mikołajczyk

Projekt ustawy o POZ

Projekt ustawy o POZ znajduje się na stronie internetowej **SIPIP w zakładce PRAWO –PROJEKTY DO KONSULTACJI**. W poprzednich numerach Biuletynu na bieżąco informowaliśmy o pracach nad jego powstawaniem, szczególnie o szcztkowej reprezentacji środowiska pielęgniarek w pracach zespołu, który pracował nad założeniami. Pisaliśmy szeroko o możliwościach zagrożenia samodzielnymi praktykami pielęgniarek i położnych.

Zachęcamy panie pielęgniarki i położne do zapoznania się z projektem i uwagami, które zamieszczamy poniżej. Proszę uważnie przeczytać projekt i zwrócić uwagę np. na pozycję pielęgniarki na rynku świadczeniodawców POZ oraz propozycje kwalifikacji pielęgniarek.

W dalszej części artykułu zamieszczamy relację z debaty, która odbyła się w Warszawie a z ramienia naszej Izby uczestniczyła w niej Pani Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego Barbara Jabłońska oraz Skarbnik Izby Izabela Oszmiana – położna rodzinna.

Opiniowanie aktu prawnego: projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przygotowany przez zespół opiniujący:

Przewodnicząca ORPiP w Kielcach – Ewa Mikołajczyk
Wiceprzewodnicząca ORPiP w Kielcach – Ewa Wojcieszek
Skarbnik ORPiP – Położna POZ – Izabela Oszmiana
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego – Barbara Jabłońska

Przełożona Pielęgniarek NZOZ Dalmed Kielce – Renata Bugajska
Przełożona Pielęgniarek SPZOZ Piekoszków – Małgorzata Chatys
Pielęgniarka Rodzinna – Elżbieta Skuza.

Opinia została wystana do NRPiP oraz przedstawiona na spotkaniu Zespołu Parlamentarnego Posel B. Krynickiej przez uczestniczącą w posiedzeniu Przewodniczącą SIPIP.

Brak uwag

Uwagi

Lp.	Przepisy zawarte w projekcie	Propozycje nowych zapisów	Argumentacja
1.	Art.6.pkt 5)	Wykreślić zdanie: wybrana przez świadczeniobiorcę zgodnie z art.8 , z zastrzeżeniem art. 32.	Pozostawienie zapisów w obecnym kształcie oznaczałoby że obecnie funkcjonujące pielęgniarki gabinetów zabiegowych i punktów szczerpień zostaną poza systemem poz. Jak duży stanowi to problem udowodniły podwyżki w POZ!
2.	Art.8 pkt 2 Świadczeniobiorca, dokując wyboru o którym mowa w ust 1 dokonuje jednocześnie wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz.	Wykreślić słowo <u>jednocześnie</u>	Wspólna deklaracja stanowi zagrożenie dla istnienia samodzielnych podmiotów pielęgniarstwa/położniczych. Zastosowanie odrębnych deklaracji nie będzie sugerowało świadczeniobiorcy, że ma dokonywać wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej koniecznie z jednego poz.
3.	Art. 8 pkt 3 ppkt 1 i 2	Utrzymać zapisy w dotychczasowym brzmieniu.	Naczelna Izba lekarska w stanowisku z dnia 13.01.2017 r. proponuje by z zapisów wykreślić „ art. 8 pkt 3 ppkt. 1 wykreślić „U różnych świadczeniodawców”. SIPIP wyraża kategoriyczny sprzeciw do wskazanych przez NIL propozycji gdyż są to działania eliminujące z rynku usług samodzielne podmioty pielęgniarstwa i położnicze. Ciągłość i kompleksowość usług można uzyskać poprzez dobrą współpracę a nie eliminację podmiotów.
4.	Art. 16 pkt 4: W Dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie świadczeniobiorcy o wyrażeniu zgody na objęcie lub rezygnacji z objęcia opieką zintegrowaną, o której mowa w ust. 1.	Dopisać pkt 4a w brzmieniu: „wyrażenie zgody na objęcie opieką zintegrowaną nie może oznaczać automatycznego skreślenia z listy aktywnej pielęgniarki/położnej, u której została złożona wcześniej deklaracja”. Dopisać pkt 4b „w przypadku złożenia przez pacjenta deklaracji zgody na objęcie opieką zintegrowaną, pielęgniarka/położna wybrana wcześniej przez pacjenta (przez wpisanie się na jej listę aktywnej) automatycznie staje się członkiem zespołu POZ w opiece zintegrowanej nad tym pacjentem.	Deklaracja wyboru świadczeniodawcy powinna zostać dokumentem nadrzędnym w stosunku do oświadczenia pacjenta o przystąpieniu do opieki zintegrowanej. W przeciwnym razie samodzielne podmioty pielęgniarstwa i położnicze mogą zostać wyeliminowane na etapie składania deklaracji zgody na objęcie opieką zintegrowaną. Nie można doprowadzić do sytuacji że lekarz POZ wyeliminuje pielęgniarki/położne jako samodzielnych świadczeniodawców nie włączając ich do zespołów poz. To deklaracja pacjenta ma decydować o tym, kto staje się członkiem zespołu.
5.	Rozdział 5 art. 32	Dopisać pkt 5 w brzmieniu: Pielęgniarka, która nie spełnia warunków określonych w art. 32 i 33 w dniu wejścia ustawy a przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy udzielała świadczeń zdrowotnych w POZ zachowuje uprawnienia pielęgniarki POZ do dnia 31 grudnia 2025 roku	W dniu wejścia w życie ustawy może wystąpić sytuacja, w której pielęgniarka/położna zatrudniona obecnie w POZ nie posiada kwalifikacji. Okres dostosowawczy pozwoli jej na zachowanie statusu pielęgniarki/położnej POZ do czasu ukończenia wymaganej formy kształcenia.
6.	Rozdział 5 art. 33	Dopisać pkt 3 w brzmieniu: Położna, która nie spełnia warunków określonych w art. 32 i 33 w dniu wejścia ustawy a przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy udzielała świadczeń zdrowotnych w POZ zachowuje uprawnienia położnej POZ do dnia 31 grudnia 2025 roku	j.w.

Konferencja „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia”

Izabela Oszmiana

28 lutego odbyła się w Warszawie konferencja zorganizowana wspólnie przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Fundację Urszuli Jaworskiej i Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Tematem konferencji była: „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia”. W konferencji uczestniczyli min: przedstawiciela Ministra Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko Wiceminister Zdrowia, Beata Cholewka Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Dorota Karkowska przedstawiciel Instytutu Praw Pacjenta, Jacek Krajewski Prezes Porozumienia Zielonogórskiego. Na spotkanie przybyły też liczne pielęgniarki i położne, zaintrygowane tematem spotkania. Niestety zarówno Pani Minister jak i Prezes Porozumienia Zielonogórskiego swoje wystąpienia za-

częli od przedstawienia oczekiwań pacjentów wobec pielęgniarek, a rolę pielęgniarki w ochronie zdrowia przedstawili w sposób raczej teoretyczny, książkowy. Dopiero Pani Dorota Karkowska zwróciła w swoim wystąpieniu uwagę jak ważna jest rola pielęgniarek/położnych, a ich niska pozycja zawodowa jest między innymi wynikiem braku wiedzy pacjentów na temat kompetencji pielęgniarek, stereotypów utrwalanych pacjentom przez lekarzy, niejasności we współpracy na linii pielęgniarka-lekarz. Następnie odbyła się dyskusja panelowa z udziałem prelegentów. Niestety mimo licznych pytań nie udało uzyskać się jasnych odpowiedzi jaka będzie rola pielęgniarki, położnej w nowym, „zreformowanym” POZ, i co tak naprawdę czeka pacjentów, pielęgniarki, położne i lekarzy po wejściu w życie nowej ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

Rozporządzenie „o czynnościach samodzielnych wykonywanych bez zlecenia lekarskiego” – sukces czy porażka?

Ewa Mikołajczyk

Temat projektu rozporządzenia w sprawie czynności samodzielnych podejmowany był w poprzednich numerach Biuletynu: obawy dotyczące projektowanych zapisów, propozycje zmian w projekcie i wyjaśnienia uzasadniające składane propozycje. Rozporządzenie weszło w kształcie bez poprawek, można powiedzieć w wersji całkowitej pierwotnej. Tytuł niniejszego artykułu został zredagowany zaczepnie – sukces czy porażka? Nie bez powodu.

Bardzo proszę koleżanki i kolegów, by po przeczytaniu rozporządzenia i propozycji zmian do projektu, spróbowali znaleźć w nim odpowiedź na kilka przykładowych pytań oraz zastanowili się nad zasadnością proponowanych przez SIPIP zmian.

1. Czy posiadanie umiejętności wykonania określonej czynności jest równoznaczne z decyzją o możliwości samodzielnego jej zlecenia i wykonania?
2. Czy w rozporządzeniu znajdujemy odpowiedź na pytanie postawione w punkcie 1?
3. Jeżeli rozporządzenie nie określa zakresu samodzielnych decyzji a w programach kształcenia i umiejętnościach wynikowych nie został sprecyzowany zakres decyzyjności pielęgniarki to gdzie pielęgniarka ma takiej wiedzy szukać?

4. Sama zdecyduje, że założy pacjentowi cewnik, pobierze krew na dowolne badanie bo przecież posiadała umiejętność wykonania tej czynności?
5. Czy czasem osobom, które stworzyły i przeforsowały zapisy tego rozporządzenia nie pomyliła się decyzyjność z umiejętnością?
6. Jeżeli próbujemy naśladować lekarzy, to tym razem przekroczyliśmy granicę logicznego myślenia. Zawód lekarza jest całkowicie samodzielnym i nie wymaga określania czynności wykonywanych bez zlecenia, natomiast pielęgniarka i położna szczególnie w zakresie funkcji terapeutycznej nie ma całkowitej samodzielności i to jest wystarczająca przesłanka, by samodzielne świadczenia czy czynności zostały wskazane. W jaki technicznie sposób i czy poprzez tworzenie katalogów otwartych czy zamkniętych to była sprawa dyskusyjna. Tyle, że dyskusji nie było a rozporządzenie jest.

Poniżej zamieszczamy pełną treść Rozporządzenia a następnie można zapoznać się z propozycjami zmian, jakie proponowała ŚIPiP, a które nie zostały uwzględnione.

Sukces – tak twierdzą niektórzy, porażka – powiedzą inni.

Jako autorka artykułu uważam to rozporządzenie niestety za porażkę.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 lutego 2017 r.

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

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

§ 1. Rozporządzenie określa:

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

5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzenia przez pielęgniarkę i położną.

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

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

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

- a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
- b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

- a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,
- b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,
- c) wykonywanie gazometrii z krwi tętnicznej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
- d) ocenę i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;

3) świadczeń leczniczych obejmujących:

- a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

b) doraźną modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

c) przygotowanie pacjenta leczonego metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współdziałania w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

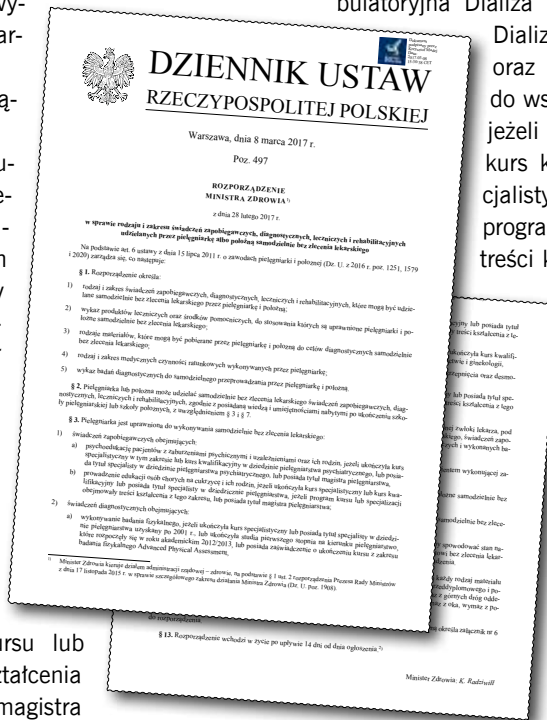
d) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

e) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;

4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących rehabilitację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

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

- 1) ocenę stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej,
 - b) rurki nosowo-gardłowej,
 - c) przyrządów nadgłośniowych,
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomaganą oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;



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

§ 5. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w § 4, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anesteziologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarstwa kardiologicznego, lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

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

bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych i leczniczych obejmujących:

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

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

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

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

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

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

- 1) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

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

diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

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

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

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

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

§ 11. Pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wyskrobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne.

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

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. (Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 1540), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, 1579 i 2020)

Minister Zdrowia, K. Radziwiłł

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

Załącznik nr 1

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

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Adenosinum (Adenozyna)	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
8	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (Klopidogrel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
11	Dexamethasoni phosphas (Deksametazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum (Diazepam)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza
13	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
14	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
19	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
20	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań, żel
28	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
29	Mannitolum – 15% (Mannitol – 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do wstrzykiwań
31	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
36	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań
38	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebulizacji
43	Solutio Ringeri/zbilansowany	roztwór elektrolitowy roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45	Ticagrelorum (Tikagrelor) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 2

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

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum tranexamicum (Kwas traneksamowy)	roztwór do wstrzykiwań
2	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum (Amoksycylina)	roztwór do wstrzykiwań
3	Ciprofloxacinum (Ciprofloksacyna)	roztwór do wstrzykiwań
4	Clindamycinum (Klindamycyna)	roztwór do wstrzykiwań
5	Cefotetan (Cefotetan)	roztwór do wstrzykiwań
6	Cloxacillinum (Kloksacylina)	roztwór do wstrzykiwań
7	Etomidate (Etomidat)	roztwór do wstrzykiwań
8	Ertapenem (Ertapenem)	roztwór do wstrzykiwań
9	Fentanylum (Fentanyl)	doustna – lizak
10	Ketaminum (Ketamina)	roztwór do wstrzykiwań

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
11	Mannitolum (Mannitol – 5%, 10%, 20%)	roztwór do wlewu dożylnego
12	Moxifloxacin (Moksyfloksacyna)	tabletki
13	Neostigmine methilsulphate (Neostygmina)	roztwór do wstrzykiwań
14	Propofol (Propofol)	roztwór do wstrzykiwań
15	Vecuronium bromide (Wekuronium)	roztwór do wstrzykiwań
16	Suxamethonii chloridum (chlorsuccilin) (Sukcynocholina)	roztwór do wstrzykiwań
17	Bacitracinum (Bacytracyna)	krople do oczu
18	Proxymetacaine hydrochloride (Proksymetakaina)	krople do oczu
19	Sulfacetamidum natricum (Sulfacetamid)	krople do oczu

Załącznik nr 3

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

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
3	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
4	Clemastinum (Klemastyna)	tabletki, syrop
5	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, czopki, roztwór do wstrzykiwań
6	Furosemidum (Furosemid)	tabletki

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
7	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
8	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
9	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
10	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
11	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań, krem, maść
12	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, syrop

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
13	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)*	tabletki, czopki
14	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
15	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki
16	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	żel, aerozol, roztwór do wstrzykiwań*
17	Loperamidi hydrochloridum (Loperamidu chlorowodorek)	tabletki
18	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
19	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	tabletki, czopki
20	Metamizolum natricum + Papaverinum + Atropinum (Metamizol sodowy + Papaweryna + Atropina)	czopki
21	Metoclopramidum (Metoklopramid)	tabletki
22	Metoprololi tartaras (Metoprololu winian)	tabletki

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
23	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
24	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
25	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
26	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
27	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do nebulizacji
28	Suppositoria Glyceroli (Czopki glicerolowe)	czopki
29	Solutio Ringeri zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
30	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, tabletki
31	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
32	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
33	Produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC	wszystkie dostępne

* Dotyczy położnej.

Załącznik nr 4

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

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończochy kikutowe kończyn górnych i dolnych
11	Majteczki po wyluszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
12	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna
13	Materac przeciwoleżynowy
14	Opatrunki (emplastry)
15	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi
16	Nebulizator (generator aerozolu)
17	Maska tlenowa

Załącznik nr 5

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

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Demoxycinum (Demoksytocyna)	tabletki
2	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
3	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)	roztwór do wstrzykiwań, tabletki, czopki
4	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
5	Methylergometrini maleas (Metyloergometryny maleinian)	roztwór do wstrzykiwań
6	Oxytocinum (Oksytocyna)	roztwór do wlewu dożylnego, roztwór do wstrzykiwań
7	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 6

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DO SAMODZIELNEGO PRZEPROWADZANIA PRZEZ PIELĘGNIARKĘ I POŁOŻNĄ

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: – morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, – sód, – potas, – wapń, – kreatynina, – glukoza, – mleczań, – czas protrombinowy (INR), – TSH, – gazometria z krwi żyłnej, – gazometria z krwi tętniczkowej

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: – białko C-reaktywne (CRP), – troponina, – hemoglobina glikowana (HbA1c), – badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy)
3	Badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: – przeszkórny pomiar bilirubiny, – pomiar glikemii za pomocą glukometru

Opinia ŚIPiP do aktu prawnego: projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, przesłana do NRPiP w Warszawie

Brak uwag

Uwagi

Lp.	Przepisy zawarte w projekcie	Propozycje nowych zapisów	Argumentacja
1.	Paragraf 2 Pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych z uwzględnieniem § 3 i § 7	Paragraf 2 Pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych oraz w trakcie kształcenia podyplomowego z uwzględnieniem § 3 i § 7	Zapis konieczny z uwagi na fakt, że część uprawnień pielęgniarka i położna nabywają dopiero po ukończeniu danej formy kształcenia podyplomowego.
2.	Paragraf 3	Dodać w pkt. 2 ppkt. e) o brzmieniu: „zlecenie badań diagnostycznych z pobranego materiału, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi w drodze kształcenia przed i podyplomowego” Dopisać pkt. 5 o brzmieniu: „inne świadczenia nie wymienione powyżej, a określone w wykazie świadczeń zdrowotnych programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych wydanych przez CKPPIP w Warszawie zatwierdzonych przez MZ.	Pobieranie badań jest w większości czynnością wykonaną na zlecenie lekarskie. Musi istnieć rozgraniczenie, co pielęgniarka może zlecić, czyli samodzielnie zdecydować o konieczności wykonania a co tylko pobiera na zlecenie bez decydowania o zasadności wykonania Programy kształcenia muszą zostać uzupełnione o zapisy, które z wymienionych w nich świadczeń zdrowotnych pielęgniarka może realizować bez zlecenia lekarskiego. Czym innym jest nabycie umiejętności wykonania a czym innym decydowanie o konieczności wykonania danego świadczenia.
3.	Paragraf 7	Wszystkie zmiany wprowadzić analogicznie jak u pielęgniarek	
4.	Załącznik nr 3	Dopisać do tabeli w kolumnie drugiej – „Leki z wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego (załącznik nr 3 do Rozporządzenia MZ z dnia 12 stycznia 2011 r. – „Leki z załącznika nr 1 programu kształcenia Szkolenia Specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej”	Tylko część leków znajdujących się w wykazie pokrywa się z opiniowanym rozporządzeniem. Większość leków do podawania których uprawniona jest pielęgniarka po ukończeniu wskazanej specjalizacji nie znalazło się w opiniowanym rozporządzeniu.
5.	Brak w projekcie	Dopisać w całości Paragraf § 13 w brzmieniu: „Wykaz świadczeń zdrowotnych wykonywanych bez zlecenia lekarskiego do których uprawniona będzie pielęgniarka/położna po ukończeniu kształcenia podyplomowego zostanie określony w programach kształcenia CKPPIP zatwierdzonych przez MZ do dnia	Uważamy, że dookreślenie w programach kształcenia, które czynności pielęgniarka może zrealizować bez zlecenia lekarskiego pozwoli na uniknięcie nieporozumień i dowolności interpretacyjnej, szczególnie w sytuacjach związanych z ponoszeniem odpowiedzialności zawodowej, karnej czy pracowniczej. Szczególne przykłady konieczności takiego dookreślenia stanowią programy kursów: Specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej terapii: świadczenie zdrowotne nr 37 Specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego: świadczenie zdrowotne nr 19 Specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego: świadczenie zdrowotne nr 28

Uwagi przygotowane przez Przewodniczącą ORPiP w Kielcach Ewę Mikołajczyk oraz Sekretarza ORPiP w Kielcach Jacka Gawłowskiego

Pielęgniarstwo – różne oblicza jednej profesji

Maria Błachucka

cd. art. z Nr 04(198), str. 35

Kontynuując artykuł z Biuletynu Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych Nr 04(198) na temat różnic pomiędzy pielęgniarstwem w Polsce i Szwajcarii, warto zwrócić uwagę na godzinowy harmonogram dyżuru, jaki stale obowiązuje na ogólnym oddziale w szwajcarskim szpitalu.

Dyżur dzienny rozpoczyna się o godzinie 7.00. Raport od zmiany nocnej przekazywany jest w relacji pielęgniarka – pielęgniarki wyłącznie odnośnie pacjentów, nad którymi ma sprawować opiekę i trwa około 10 minut. Informacje ważne dla całego zespołu są przekazywane zwykle oddziałowej, która przy zbiorowym posiedzeniu mówi o nich przy wszystkich obecnych. Po raporcie ustnym zmiana nocna kończy dyżur, a zmiana dzienna ma kolejne 10-15 minut na zaznajomienie się z dokumentacją medyczną swoich pacjentów; już wtedy wstępnie pielęgniarka ze zmiany dziennej ocenia przebieg dnia dla każdego z nich, a najważniejsze czynności, które będzie wykonywać, i ich czas realizacji zaznacza na Planie Dnia (**Tagesablauf**), w który wgląd mogą mieć także inne pielęgniarki.

Około godziny 7.30 zespół rozchodzi się do sal pacjentów, rozpoczynając poranną wizytę. Kontakt z pacjentem zawsze rozpoczyna się poprzez przywitanie się i podanie ręki oraz przedstawienie własnego nazwiska i zajmowanego stanowiska. **Ważnym elementem rozmowy jest bezpośrednie poinformowanie, że jest się odpowiedzialnym za danego pacjenta podczas obecnego dyżuru** i wszelkie prośby/pytania należy kierować właśnie do tej pielęgniarki. Przy porannej wizycie pacjent opowiada, jak minęła noc, informuje o swoim samopoczuciu i niepokojących objawach, **a pielęgniarka notuje istotne elementy w swoim notesie**. Następnie pobierana jest krew do badań laboratoryjnych, mierzy się poziom glikemii, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperaturę ciała, podaje się leki przed posiłkiem.

W godzinach 8.15-8.45 zwykle podawane jest śniadanie. Każdy pacjent dostaje swój wybrany zestaw śniadaniowy i spożywa go na sali szpitalnej. W tym samym czasie personel zbiera się w dyżurce przy dużym stole i również je śniadanie. Pacjenci zostają wcześniej poinformowani, że w przypadku jakichkolwiek trudności mogą wezwać pielęgniarkę poprzez podręczny alarm. W tym celu zostawia się przy pacjencie guzik wzywający, który po przyciśnięciu daje sygnał w dyżurce.



Po śniadaniu do około godziny 11.20 wykonywane są toalety pacjenta, zmiana pościeli, zmiana opatrunków, zawozi się pacjentów na badania. W tym czasie odbywa się również obchód lekarski, w którym udział biorą lekarz dyżurujący i jego asystenci oraz pielęgniarka **Diplomierte Pflegefachfrau** odpowiednik polskiego magistra pielęgniarstwa odpowiedzialna za danych pacjentów. Każdy pacjent zostaje dokładnie przebadany przez lekarzy, a jego stan szczegółowo omówiony na

forum obecnego personelu. Zmiany w zleceniach pielęgniarka nanosi w dokumentacji pielęgniarstwa. O godzinie 10.30 odbywa się krótki raport, tak zwane Übergabe. Udział w nim biorą wszystkie pielęgniarki oraz osoby uczące się (Studierende, Lehrende). Głównym tematem jest postęp w działaniach pielęgniarstwa na oddziale oraz ewentualne przejście nadmiaru obowiązków przez drugą osobę zgodnie z jej kwalifikacjami. Podział obowiązków ustalony rano może ulec wówczas weryfikacji na podstawie oceny dokonanej przez pielęgniarkę oddziałową (tabela poniżej).

Około godziny 12.00 jest obiad. Pacjenci dostają posiłki tak, jak przy śniadaniu – na swojej sali. Warto zwrócić uwagę na fakt, że każdy pacjent ma możliwość wybrać sobie zestaw obiadowy w szpitalnym Menu na każdy dzień. Personel dzieli się na pół i idzie na obiad do szpitalnej stołówki, wykorzystując obowiązkową półgodzinną przerwę. Codziennie stołówka oferuje kilka różnych dań głównych oraz szeroki wybór innych produktów.

Po obiedzie do godziny 14.00 to czas na wypełnienie dokumentacji papierowej i elektronicznej, a także wykonanie czynności przy pacjentach, przewidzianych na tę porę dnia, w tym także wypis pacjenta ze szpitala. W Szwajcarii procedurę wypisu pacjenta dokonuje **Diplomierte Pflegefachfrau** – to ona rozmawia z pacjentem na temat warunków w domu i czy pacjent poradzi sobie w nich po hospitalizacji; pielęgniarka wręcza kartę wypisu i zleceń lekarskich, wyjaśniając częstość i dawkowanie leków oraz o możliwościach ich zakupu, a także organizuje transport do domu pacjenta. Za jego zgodą kontaktuje się z rodziną i informuje o zakończeniu hospitalizacji.

Dokumentacja papierowa (**Pflegedokumentation**) obejmuje:

Stammdaten – arkusz z podstawowymi danymi pacjenta (między innymi imię i nazwisko, płeć, narodowość, data i miejsce urodzenia, choroby przewlekłe, przyjmowane leki, alergie);

Pflegeplanung – cały proces planowania opieki pielęgniarstwa, realizowany w następujących krokach: zebranie wszelkich informacji o pacjencie i jego schorzeniach (Informationssammlung), rozpoznanie przyczyn problemów pielęgnacyjnych (Erkennen von Ressourcen und Pflegeproblemen), ustalenie celów opieki



Luzerner Kantonsspital

PLAN DNIA 17.03.2017

	7.00 – 9.00	9.00 – 11.00	11.00 – 13.00	13.00 – 15.30
Kowalski Jan, s. 201 M. Błachucka	Pobranie krwi, Pomiar glikemii, Parametrów życiowych	Doradztwo dietytyka	Pomiar glikemii, Przygotowanie do wypisu	Wypis
Nowak Adam, s.201 M. Błachucka	Pobranie krwi, Pomiar parametrów życiowych, Ocena rany na podudziu	Ustalenie wizyty pielęgniarki opatrunkowej, Zamówienie materiałów do zmiany opatrunku	-----	Wywiad pielęgniarstwa 14.30 – Wizyta pielęgniarki opatrunkowej
Rączka Anna s.202 M. Błachucka	Pobranie krwi, Pomiar parametrów życiowych, Ocena miejsca założenia stomii	Pełna kąpiel, Zmiana pościeli, Wizyta psychologa	-----	Wymiana worka stomijnego
Lis Ryszard s.203 M. Błachucka	Pobranie krwi, Pomiar parametrów życiowych	Zawiezienie na koronarografię	Ocena opaski uciskowej po koronarografii	Kontrola opaski uciskowej po koronarografii co 2 godz; dokumentacja, Zmniejszenie ciśnienia opask

Dyplomatorium absolwentów studiów pielęgniarstwa

18 lutego 2017 r. w Wyższej Szkole Biznesu i Przedsiębiorczości odbyło się dyplomatorium absolwentów studiów pielęgniarstwa I stopnia, czyli popularnie tzw. „czepkowanie”. Symboliczne czepki w obecności rektora dr Izabeli Zaborowskiej, dziekana dr Grażyny Kałamaga, kierownika Katedry Pielęgniarstwa dr hab. prof. nadz. WSBiP Bożeny Zboiny oraz promotorów: dr nauk medycznych Doroty Maciąg i dr nauk o zdrowiu Małgorzaty Cichońskiej, odebrało 22 tegorocznych absolwentów.

Obecnie Pielęgniarstwo jest kierunkiem, który na Uczelni cieszy się wyjątkową popularnością, chociaż wymaga od studentów dużego nakładu pracy. O randze zawodu, ogromnej odpowiedzialności za zdrowie pacjenta i szacunku społecznym mówili zaproszeni goście: Ewa Mikołajczyk – przewodnicząca Świętokrzyskiej



Izby Pielęgniarek i Późnych oraz starosta ostrowiecki – Zbigniew Duda, który zachęcał pielęgniarki do podejmowania pracy w naszym mieście. W imieniu prezydenta miasta Jarostawa Górczyńskiego życzenia dla młodych pielęgniarek i pielęgniarzy złożyła radna, lekarz medycyny Danuta Barańska. Uroczystość zakończył wykład dr. Janusza Śledzia – specjalisty kardiologa,

który podkreślał znaczącą rolę pielęgniarek w opiece nad pacjentem kardiologicznym oraz w wysoko specjalistycznych zabiegach kardiologicznych przeprowadzanych również w ostrowieckim szpitalu.



Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania – „nie tylko od bólu głowy i badań profilaktycznych”

W Gimnazjum nr 27 w Kielcach w dniu 1.12.2016 r. został zakończony konkurs „Chcesz być zdrowy – rzuć palenie!” Przygotowaniem do konkursu zajęła się pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania Mariola Wojciechowska we współpracy z nauczycielami Jolantą Młodawską i Bożeną Chowaniec i kierownikiem PSSE Łukaszem Frąkiem. W ramach przygotowań do konkursu uczniowie przygotowali prace plastyczne na temat palenia papierosów, przeprowadzone były zajęcia i spotkania z kierownikiem oświaty zdrowotnej PSSE, projekcja filmów, spotkania indywidualne, pomoc i wsparcie w podjęciu indywidualnych decyzji o zaprzestaniu palenia. Kulminacją przeprowadzonych działań było sprawdzenie zdobytej wiedzy i przystąpienie chętnych uczniów do konkursu wiedzy klasowej i indywidualnej.



Konkurs obejmował udzielanie odpowiedzi na wylosowane pytania, wykonanie ludzika z chorobami wywołanymi przez palenie, quiz, pokaz przez uczestników prawidłowego oddychania nie zabrakło też elementów z programów: Kodeks walki z rakiem, Rzuć palenie, Walki z AIDS.

Wszystkie elementy konkursu oceniali goście: Jadwiga Zapata – specjalista promocji zdrowia ŚCO w Kielcach, Łukasz Frąk – kierownik działu oświaty zdrowotnej PSSE w Kielcach, Przewodnicząca ŚIPiP – Ewa Mikołajczyk, Dyrektor OSZW – Szymon Baumel i nauczyciele.

Zwycięzcy konkursu otrzymali nagrody i dyplomy. Główną atrakcją i nagrodą był wyjazd do Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek



i Późnych w Kielcach na spotkanie z poczęstunkiem i warsztatami. Z grupą uczniów przybył Wicedyrektor Gimnazjum Pan Krystian Wojtkowiak oraz pielęgniarka Mariola Wojciechowska.

Mamy nadzieję, że zarówno przygotowania do konkursu, jak i jego przebieg a także spotkanie z przewodniczącą ŚIPiP było dla tych chłopców ważnym i potrzebnym wydarzeniem w pokonaniu trudnej drogi osobistego zmagania się z uzależnieniami. Dla tych zaś, których szczęśliwie nałóg palenia tytoniu ominął stanowiło ważny element edukacji zdrowotnej i przestrogi, by nigdy nie rozpoczynać palenia.

Konkurs „Chcesz być zdrowy rzuć palenie” to kolejna już inicjatywa i pomysł urozmaicenia form edukacji zdrowotnej uczniów Gimnazjum nr 27. Jest to bardzo dobry przykład zespołowej działalności inicjowanej przez pielęgniarkę dla umacniania zdrowia uczniów.





Krystynie Kopeć

Pielęgniarce Koordynującej
Przychodni Nr 4 NZOZ „Centrum” w Kielcach

w związku z przejściem na emeryturę
składamy najserdeczniejsze podziękowania z
a wieloletnią pełną zaangażowania pracę,
codzienny trud, życzliwy uśmiech
i wsparcie w trudnych chwilach,
troskę o pacjentów i cały personel życząc
jednocześnie zdrowia, zasłużonego odpoczynku
i czasu na realizację marzeń

składa

*PNaczelną Pielęgniarką NZOZ „Centrum”
w Kielcach Małgorzata Miształ
koleżanki pielęgniarki i położnej
NZOZ „Centrum” w Kielcach*

Serdecznie gratulujemy Pani

EWIE WNUK

która w drodze konkursu
została wybrana na stanowisko

**Położnej Oddziałowej
Oddziału Położniczo-Ginekologicznego
SSDŚ w Sandomierzu.**

Życzymy sukcesów w pracy zawodowej

*Położne Oddziału Położniczo-Ginekologicznego
Szpitala Specjalistycznego
Ducha Świętego w Sandomierzu*



Serdeczne podziękowania dla
Pracowników Obwodu
Lecznictwa Kolejowego w Skarżysku-Kam.
za pomoc, wsparcie, wyrazy współczucia
oraz udział w ostatniej drodze
mojego ukochanego męża

Pawła

składa
bardzo wdzięczna
pielęgniarka Małgorzata Pietraszko

Koleżance

Halinie Przybycień

w związku z przejściem na emeryturę.
serdeczne podziękowania za miłą współpracę,
życzliwość wraz z życzeniami radości,
zdrowia i samych radosnych dni w dalszym życiu
składają

koleżanki z Poradni Specjalistycznych
w Skarżysku-Kamiennej



Higiena rąk to bezpieczna opieka

mgr piel. Maria Janowska
specjalista higieny i epidemiologii, specjalista II stopnia organizacji ochrony zdrowia
konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Pierwsze naukowe doniesienia o przenoszeniu zakażeń przez ręce pojawiły się prawie 200 lat temu. Z danych epidemiologicznych wynika, że większość ognisk epidemicznych rejestrowanych w szpitalach ma związek z nieprawidłową higieną rąk.

W środowisku szpitalnym pacjent jest głównym źródłem drobnoustrojów chorobotwórczych, które przenoszone przez ręce personelu na kolejnych pacjentów, powierzchnie, narzędzia, sprzęt rozprzestrzeniają się w środowisku szpitalnym.

Mimo, że personel zna drogi szerzenia się zakażeń, wie że ręce są najczęstszym wektorem przenoszenia drobnoustrojów, to nadal około 50% personelu medycznego nie stosuje prawidłowych zasad higieny rąk w praktyce.

Drobnoustroje chorobotwórcze potrafią przetrwać poza ludzkim organizmem od kilku dni nawet do kilku miesięcy np.:

- Pałeczki *Escherichia coli* mogą przetrwać na wilgotnych powierzchniach do 16 miesięcy,
- Gronkowiec złocisty w suchym środowisku – 7 miesięcy,
- Prątki gruźlicy – nawet do 7 lat!,
- Wirus grypy poza organizmem człowieka - do 48 godzin,
- Wirus HIV- do 7 dni,
- Rotawirusy potrafią przetrwać poza organizmem do 60 dni.

Od kilku lat w Polsce prowadzony jest aktywny program promujący zasady prawidłowej higieny rąk pod hasłem „Higiena rąk to bezpieczna opieka”

Zalecenia i materiały informacyjne opracowała Światowa Organizacja Zdrowia, do realizacji programu zostali przygotowani liderzy w wielu krajach świata, również w Polsce.

Najczęściej są to pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, wspierane przez pozostałych członków Zespołu Kontroli Zakażeń.

W szpitalach, które wdrożyły zasady prawidłowej higieny rąk obserwuje się wiele korzystnych zmian. W praktyce okazało się, że dezynfekcja rąk jest procedurą krótszą niż mycie wodą z mydłem, bardziej korzystną dla skóry i przede wszystkim skutecznie niszczy drobnoustroje kolonizujące skórę dłoni. W placówkach tych wzrosło zużycie preparatów dezynfekcyjnych, pojawiły się dozowniki w miejscu opieki - w odległości 1,5-2 m od pacjenta, personel częściej stosuje prawidłowe zasady higieny rąk – wg. reguły „nic poniżej łokcia”- krótki rękaw, krótkie nie lakierowane paznokcie, ręce bez biżuterii, zegarków, bransoletek.

W ramach programu prowadzone są obserwacje bezpośrednie oraz ocena zużycia preparatów dezynfekcyjnych do rąk. W początkowej fazie wdrażania programu wydawało się, że 20 litrów /1000osobodni jest wystarczająca.. Dziś już wiemy, że są obszary w ochronie zdrowia gdzie zużycie preparatów jest o wiele wyższe (wykonywanie wielu, często wyspecjalizowanych procedur).

Jakie zatem zasady prawidłowej higieny rąk należy promować wśród personelu:

- zapewnić pracownikom dostęp do profesjonalnego mydła, preparatów dezynfekcyjnych, środków do pielęgnacji skóry, ręczników jednorazowych

- obciąć krótko paznokcie
- nie wycinać skórek
- nie nosić na rękach pierścionków i obrączki, bransoletek, zegarków
- nie nosić sztucznych lub lakierowanych paznokci
- chronić ręce przed skałeczeniami
- każde skałeczenie zabezpieczyć wodoodpornym opatrunkiem
- stosować preparaty natłuszczające, nawilżające do pielęgnacji rąk
- nie pracować w odzieży z długim rękawem
- nie nakładać preparatu dezynfekcyjnego na wilgotne ręce
- nie zakładać rękawiczek na wilgotne ręce
- zwilżyć ręce przed nałożeniem mydła
- nie stosować gorącej wody do mycia rąk

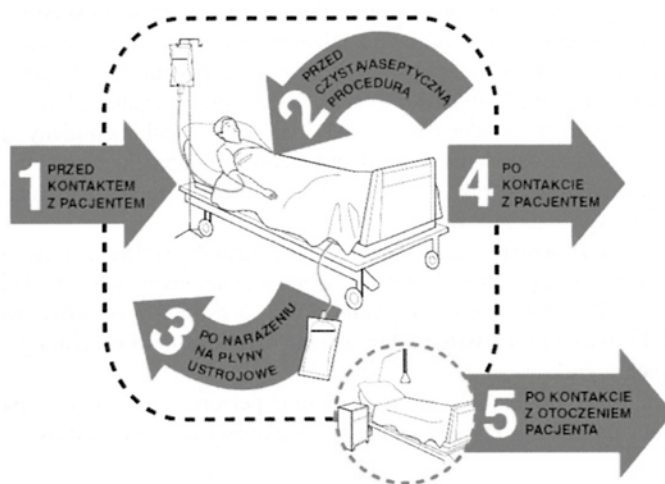
Dlaczego WHO promuje dezynfekcję rąk zamiast mycia wodą z mydłem:

preparaty dezynfekcyjne są:

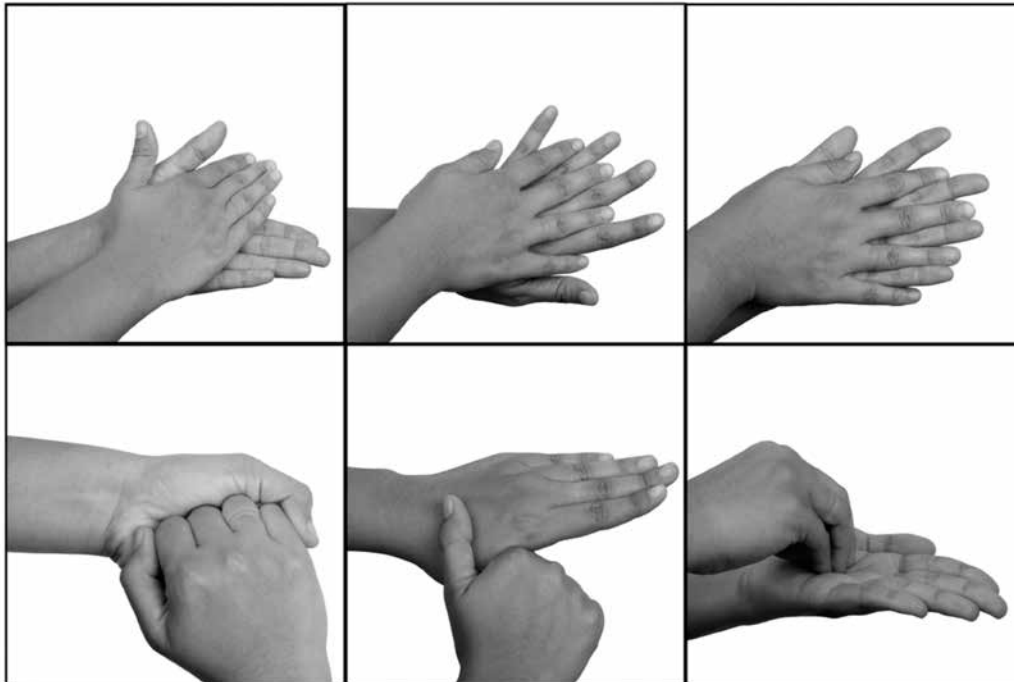
- skuteczne wobec mikroorganizmów (w tym wirusów).
- mają krótki czas działania-20-30 sek.
- mogą być dostępne w punkcie opieki (np. na ramie łóżka, odbojnicy, wózku zabiegowym),
- są lepiej tolerowane przez skórę niż woda z mydłem,
- nie wymagają szczególnej infrastruktury (zaopatrzenie w czystą wodę, umywalki, ręczniki).

Odstępstwem jest opieka nad pacjentem zakażonym lub skolonizowanym drobnoustrojami wytwarzającymi spory np *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens*, które są odporne na preparaty alkoholowe, wtedy dobrym rozwiązaniem jest w pierwszej kolejności mycie rąk wodą z mydłem.

W jakich sytuacjach zawodowych obowiązuje bezwzględne przestrzeganie zasad higieny rąk:



Rysunek 1. 5 momentów higieny rąk wg. WHO



Rysunek 2. Technika mycia / dezynfekcji rąk wg. Ayliffe

Od ponad 30 lat znana jest technika prawidłowej higieny rąk opracowana przez prof. G.A.J. Ayliffe – 6 etapów (każdy etap należy wykonać 5 razy), stosując ją mamy gwarancję, że wszystkie powierzchnie naszych dłoni zostały zdezynfekowane czy umyte (rysunek 2).

Poniższy rysunek przedstawia najczęstsze błędy popełniane w trakcie procedury higieny rąk, dotyczą one pomijania niektórych obszarów, głównie powierzchni między palcami, kciuka, oraz opuszków palców.

Z obserwacji personelu w trakcie wykonywania procedury higieny rąk wynika również, że najtrudniej zmienić stare przyzwyczajenia, pokutuje przekonanie, że alkohol niszczy skórę rąk, mimo, że badania mówią zupełnie coś innego, alkohol szybciej paruje ze skóry niż woda, nie niszczy płaszcza lipidowego skóry naszych dłoni. Obserwuje się także nadużywanie rękawiczek w sytuacjach kiedy wystarczająca jest jedynie dezynfekcja rąk np. badanie fizykalne pacjenta, pomiar ciśnienia krwi, mierzenie temperatury.

Na pytanie dlaczego podczas wykonywania czynności zawodowych pomijana jest dezynfekcja rąk, pracownicy zwykle odpowiadają:

- drażniące preparaty do higieny rąk

- niedogodne umiejscowienie umywalek
- brak mydła, ręczników,
- nadmiar obowiązków,
- brak wzorców wśród kolegów, przełożonych,
- niskie ryzyko zakażenia się od pacjenta,
- przekonanie, że stosowanie rękawic wystarczy,
- brak wiedzy, edukacji, brak systemu nagród.

Problem przenoszenia drobnoustrojów przez ręce dotyczy nie tylko szpitali to problem wszystkich pracowników ochrony zdrowia niezależnie od miejsca uprawiania zawodu. Każdy kontakt z pacjentem, jego otoczeniem materiałem biologicznym pochodzącym od pacjenta, kontakt z narzędziami, sprzę-

tem, który był użyty podczas procedur medycznych, wymaga stosowania podstawowych zasad prawidłowej higieny rąk.

Dużo częściej pracownicy stosują preparaty dezynfekcyjne do rąk jeśli mają je „pod ręką” czyli w miejscu wykonywania procedury, okazało się bowiem, że korzystanie z preparatu dezynfekcyjnego umieszczonego przy umywalce nie jest wygodne, gdyż wielokrotne pokonywanie drogi od pacjenta do umywalki jest niepotrzebną stratą czasu i wysiłkiem dla personelu, co w konsekwencji prowadzi do pomijania higieny rąk. To personel powinien sam decydować i wybrać dogodnie miejsce umieszczenia pojemnika z preparatem dezynfekcyjnym.

Producenci preparatów dezynfekcyjnych do rąk wychodzą na przeciw oczekiwaniom pracowników medycznych i oferują preparaty na bazie alkoholu z substancjami pielęgnującymi, w płynie, w żelu, w jednorazowych dozownikach często z jednorazową pompką, czy preparaty w jednorazowych opakowaniach.

Realizując program prawidłowej higieny rąk personel powinien mieć także dostęp do preparatów pielęgnujących dłonie typu balsamy, kremy, by zapobiec wysuszeniu skóry rąk, wtedy jest szansa, że dezynfekcja będzie bardziej akceptowalna.

Pracownicy częściej akceptują zasady prawidłowej higieny rąk kiedy otrzymują informacje zwrotną o zużyciu preparatów dezynfekcyjnych o wynikach prowadzonej obserwacji bezpośredniej oraz wynikach badań mikrobiologicznych pobieranych z dłoni personelu.

Mamy nadzieję, że program WHO stanie się standardem zachowań personelu, a kierownictwo placówki będzie promotorem tej idei.

Podczas warsztatów na temat higieny rąk jest czas na dyskusje, pytania. O co najczęściej pyta personel:

1. **Dlaczego należy dezynfekować ręce przed założeniem rękawiczek, przecież rękawiczki zabezpieczają przed skażeniem rąk.**

Tak, rękawiczki zabezpieczają przed materiałem biologicznym, ale nigdy nie mamy pewności, czy nie uległy uszkodzeniu. Nie zdezynfekowane ręce zanie-



■ Areas most frequently missed during hand washing
 ■ Less frequently missed
 ■ Not missed

czyszczają rękawiczki drobnoustrojami, które kolonizują skórę rąk. Często zanieczyszczamy w ten sposób opakowanie zbiorcze z rękawiczkami.

2. Dlaczego pudełek z rękawiczkami nie należy umieszczać na umywalce.

Podczas mycia, woda rozpryskuje się wokół umywalki wraz z drobnoustrojami, zanieczyszczając opakowanie rękawiczek. Opakowanie z rękawiczkami można umieścić w jednorazowych dozownikach powyżej umywalki lub na półce zamontowanej na odpowiedniej wysokości uniemożliwiającej kontaminację (zanieczyszczenie rękawiczek).

3. Czy można dezynfekować rękawiczki, które mamy na rękach oszczędzając w ten sposób.

Nigdy nie dezynfekujemy rękawiczek, które mamy już na rękach, są to rękawiczki jednorazowego użycia (jednokrotnego użycia, do jednej czynności), alkohol wchodząc w reakcję z materiałem z którego wykonane są rękawice, może je uszkodzić lub tworzyć związki chemiczne o nieznanym składzie.

4. Dlaczego dezynfekujemy ręce bezpośrednio przed wykonaniem procedury przy pacjencie.

Ręce po dezynfekcji nie powinny dotykać żadnych powierzchni, przedmiotów które mogą być zanieczyszczone drobnoustrojami, np. klamki, ramy łóżka, wyłączniki, dlatego dezynfekujemy ręce w obecności pacjenta w miejscu wykonywania procedury, pacjent ma pewność, że ręce personelu są dla niego bezpieczne, pozbawione drobnoustrojów.

5. Czy podczas opieki nad pacjentem można nosić długie, lakierowane paznokcie?

Paznokcie powinny być krótkie nie lakierowane. Lakier podczas pracy ulega mikrourazom, powstają szczeliny niewidoczne gołym okiem, gdzie gnieźdzą się drobnoustroje, poza tym lakier może wejść w reakcję z preparatem dezynfekcyjnym.

Pod powierzchnią paznokci gromadzi się złuszczeniowy naskórek, resztki mydła, drobnoustroje, co sprzyja również ich namnażaniu. Długie paznokcie powodują częste uszkodzenia rękawiczek.

6. Czy do jednego pacjenta używamy jednej pary rękawiczek?

Tylko wtedy, jeśli wykonujemy jedną czynność przy pacjencie. Często podczas opieki nad jednym pacjentem zużywamy kilka par rękawiczek i kilkakrotnie dezynfekujemy ręce, np. kąpiel pacjenta – dezynfekcja rąk – założenie rękawiczek – zmiana opatrunku – dezynfekcja rąk – zmiana rękawiczek – kaniulacja żyły – dezynfekcja rąk – podanie kluczy z kieszeni koleżance.

Wiele dyskusji wywołuje temat stosowania rękawiczek, dlatego Zespół Pielęgniarek epidemiologicznych przy Świętokrzyskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych opracował zasady stosowania rękawiczek opierając się na wytycznych WHO.

Użycie rękawiczek nie zastępuje obowiązku wykonywania procedury higieny rąk. Zabronione jest użycie tych samych rękawiczek do czynności przy kolejnym pacjencie.

Literatura u autora

II etap XII konkursu „Pielęgniarka roku” rozstrzygnięty!

dr n. hum. Zdziebło Kazimiera
Przewodnicząca PTP – Oddział Kielce
Przewodnicząca Komisji Konkursowej II etapu Konkursu

Celem Konkursu „PIELĘGNIARKA ROKU” jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek - liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym teoretycznym i praktycznym, prezentujących w swojej pracy wzorcową postawę etyczną oraz zaangażowanych na rzecz środowiska pielęgniarskiego. Wyłonienie jak najszerzej i najlepszej grupy pielęgniarek liderów będzie także znaczącym wydarzeniem promującym zawód pielęgniarski na poziomie: placówek ochrony zdrowia, regionu, województwa oraz w płaszczyźnie ogólnopolskiej.

13 stycznia 2017 roku o godz. 12.00, w siedzibie Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – Kielce, al. IX Wieków Kielc 19 (Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu) odbyły się eliminacje II ETAPU KONKURSU „PIELĘGNIARKA ROKU 2016”.

Finalistką i zwyciężczynią eliminacji wojewódzkich została **CZUBAK KATARZYNA** G.U.M. Carint. Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii w Ostrowcu Świętokrzyskim

II miejsce zajęła **SŁAWSKA AGNIESZKA** – G.U.M. Carint. Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii w Ostrowcu Świętokrzyskim

III miejsce zajęli:

– **DZIOBA ANNA** – G.U.M. Carint. Centrum Kardiologii Inwazyjnej Elektroterapii i Angiologii w Ostrowcu Świętokrzyskim

– **HAMERLAK PIOTR** – Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

Serdecznie gratulujemy wszystkim uczestniczkom!



W III etapie konkursu nasze województwo reprezentować będzie kol. **CZUBAK KATARZYNA**

Życzymy Jej powodzenia, sukcesów i trzymamy kciuki!

Eliminacje krajowe – w ramach III etapu Konkursu, obejmują komisijną ocenę indywidualnych projektów przygotowanych przez finalistów etapu wojewódzkiego zgodnie z tematem przewodnim.

Tematem przewodnim III etapu tegorocznej edycji Konkursu jest: **„Bezpieczna pielęgniarka = bezpieczny pacjent”**.

Finał tegorocznego XII Konkursu Pielęgniarka Roku 2016 odbędzie się w dniach 23-24 marca w Warszawie.

Gala wręczenia nagród odbędzie się w Teatrze Ateneum dnia 23 marca o godz. 17.00, natomiast sesja Laureatów dnia 24 marca w CD WUM.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach składamy gorące gratulacje wszystkim koleżankom i kolegom, którzy uzyskali najlepsze rezultaty w konkursie „Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku 2016”. Dziękujemy za osobiste zaangażowanie, przygotowanie merytoryczne i życzymy dalszego rozwoju i sukcesów zawodowych. Wyrażamy nadzieję, że skromne nagrody ufundowane przez ORPIP, będą wyrazem docenienia Waszego wysiłku. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kielcach

••• dla położnych ••• Położna na medal

Beata Prokop

Uważam, że mam najpiękniejszy zawód na świecie. To, co się dzieje na sali porodowej, to niesamowity cud – mówi Beata Prokop, położna ze Szpitala Kieleckiego świętego Aleksandra, która drugi raz z rzędu wygrała w województwie świętokrzyskim w ogólnopolskim konkursie „Położna na medal”.

– Kocham to, co robię – podkreśla Beata Prokop. Choć droga do tej profesji nie była oczywista. Będąc nastolatką marzyła o karierze prawnika. Przypadek sprawił, że poszła do pomaturalnego studium położniczego i już tu została. – Tak mi się spodobało, że uznałam, że nie chcę robić w życiu nic innego, tylko zostać położną – wspomina.

W zawodzie jest już ponad ćwierć wieku. Dyplom położnej odebrała w 1991 roku i rozpoczęła pracę w pogotowiu ratunkowym. – To była trudna, wręcz ekstremalna praca, bo porody odbierało się w domu, w karetce, a czasami na furze w polu. Mimo różnych przeciwności, coraz bardziej utwierdzałam się w tym, że jestem w dobrym miejscu, że to chcę robić – wspomina.

Kiedy położne przestały jeździć do porodów, zaczęła szukać pracy w szpitalu. Znalazła. – Pracuję na sali porodowej, z czego się bardzo cieszę. Tu na co dzień obcuje z prawdziwym cudem – podkreśla.

Bo stwierdzenie „cud narodzin” nie jest pustym sloganem. – Natura, Pan Bóg, wymyślił coś tak niezwykłego, że z połączenia dwóch bardzo małych komórek powstaje przepiękny człowiek. Mój zawód umożliwia to, że mogę być przy narodzinach tego cudu – uśmiecha się. – To co się dzieje na sali porodowej, to niesamowity cud. Ale cudem są także kobiety, bo kiedy rodzimy dzieci, także my same rodzimy się na nowo, stajemy się kimś innym: jesteśmy zdolne do niesamowitych poświęceń, do miłości, która nie ma granic, stajemy się tak silne, że nic nie jest nas w stanie złamać.

Ale poród, choć jest jedną z najpiękniejszych chwil w życiu kobiety, to jednocześnie jest jedną z najtrudniejszych. To, jak przyszła mama przejdzie przez ten czas, w dużym stopniu zależy od położnej.

– Między położną, a pacjentką zawiązuje się bardzo intymna relacja. Czasami żartuję, że jesteśmy jak ksiądz, bo zaglądamy w najciemniejsze nawet zakamarki duszy kobiety, która rodzi. Niekiedy poród trwa kilka, a nawet kilkanaście godzin. W tym czasie rozmawiamy, a że położne z natury są empatycznymi osobami, więc dowiadujemy się wielu rzeczy, których często nikt inny nie wie. Stajemy się powiernikami – mówi.

Dlatego każda osoba, która planuje zostać położną, musi być świadoma, że ta praca to nie tylko fachowa wiedza książkowa. Beata Prokop uczyła na to studentki, z którymi pracuje w Wyższej Szkole Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych imienia profesora Edwarda Lipińskiego w Kielcach.

– Zawsze powtarzam studentkom i młodszym koleżankom: traktujcie pacjentki tak, jakbyście chciały, żeby was traktowano. Traktujcie je jak ludzi. Rozmawiajcie z nimi tak, jakbyście chciały, żeby z wami ktoś rozmawiał – podkreśla. – Nasza wiedza jest bardzo ważne jest także zwykłe podanie ręki i powiedzenie: będzie dobrze, przejdziemy przez to razem. Takie słowa czynią cuda. Poród nie musi się kojarzyć z traumą, ani z czymś, co kobietę upokarza. Na szczęście podejście do rodzących kobiet mienia się. Dużo dobrego zrobiły działania fundacji Rodzić po Ludzku, ale także same położne

dużo robią, żeby pacjentka nie była przedmiotem, a podmiotem.

Przypomina też, jak ważne w profesji położnej jest ciągłe doszkalać się, szkolenie.

Dziś Beata Prokop przekazuje wiedzę i dobre rady adeptkom położnictwa, jednak i ona miała swoje mentorki. – Jedną z nich to Dorotka Gliździńska, która nie tylko pomogła mi urodzić siłami natury moje dwie córki, ale także wprowadziła mnie w zawód. Drugą taką osobą jest Zosia Pabis. Obie kobiety o wielkim sercu wpajały mi, że okazane empatia, dobro, wracają – zaznacza Beata Prokop.

Podczas porodu położna musi sprawować pieczę nad rodzącą kobietą, ale często także nad przyszłym tatą.

– Prowadzę szkołę rodzenia i wtedy panowie pytają, jaka jest ich rola. Ja im zawsze mówię, że we dwoje łatwiej przez poród przejść. Wiadomo, że bólu nie przejmą, ale podanie ręki, przyniesienie wody, pomoc przy zmianie pozycji czy przy wstaniu z łóżka to już bardzo dużo – wymienia. Dodaje jednak, że nie zawsze mężczyzna powinien od początku do końca towarzyszyć swojej partnerce podczas porodu. – Radzę, żeby przed podjęciem decyzji para zrobiła sobie bilans plusów i minusów rodzenia razem. Proszę też panie, żeby nie miały pretensji do swoich mężczyzn, jeśli on się nie zdecyduje na wspólny poród, albo w czasie jego trwania wyjdzie. To nie jest tchórzostwo, wręcz przeciwnie, moim zdaniem to wyraz wielkiej odwagi przyznać się, że się boją, że nie dają rady.

W czasie porodów, które odbierała zaden z przyszłych tatusiów nie zemdłał. – Staramy się obserwować wszystko, co się dzieje wokół nas i jeśli widzimy, że z tatą coś się dzieje nie tak, proponujemy, żeby wyszedł złapać oddech, albo pytamy, czy nie potrzebuje do kogoś zadzwonić. Panowie chętnie korzystają z tej propozycji – śmieje się.

Zdarza się jednak, że to kobieta źle się czuje w obecności partnera. – Niedawno miałam taką parę, która chodziła do mnie do szkoły rodzenia, a potem razem rodzili. Przeszli przez pierwszy etap porodu, ale kiedy rozpoczął się drugi etap, pacjentka zaczęła się krępować. Zauważyłam, że mąż blokuje tę panią, a to znaczyło, że poród nie będzie łatwy. Dlatego umówiliśmy się, że pan wyjdzie, a jak dzidzius się urodzi zawołam go. Tak też robiliśmy, i rzeczywiście przyszły tata wyszedł, pacjentka się rozluźniła i sam poród poszedł bardzo szybko – wspomina.

Bywają trudne chwile, nietatwe sytuacje. Ale o tym stara się nie pamiętać. – Nie możemy rozpamiętywać tego, co jest złe, bo to wpływałoby na naszą pracę, na nasze kontakty z pacjentką, a my musimy mieć cały czas otwarte ramiona i służyć pomocą – podkreśla.

Gdyby miała raz jeszcze wybierać zawód, znów zostałaby położną. Przez ponad 25 lat pracy przywitała na świecie wiele dzieci. Ile? – Do pewnego czasu liczyłam, ale potem przestałam. To chyba będą tysiące – śmieje się.

Chodząc po oddziale, odwiedzając świeżo upieczone mamy, do każdego z noworodków zwraca się po imieniu. Nie ma problemu z ich zapamiętaniem. Zresztą sama o sobie mówi, że jest cicią tych maluchów. Ta serdeczność wykracza poza mury szpitala. – Z wieloma mamami i ich dziećmi utrzymuję kontakt dziś. Dostaję zdjęcia, dzięki którym widzę, jak te moje dzidziusie rosną, życze-

nia świąteczne. To chyba świadczy o tym, że chyba podczas porodu nie było tak źle – żartuje.

To były pacjentki zgłosiły Beatę Prokop do udziału w ogólnopolskim konkursie „Położna na medal” i to dwa lata z rzędu. Teraz, jak i przed rokiem, zajęła pierwsze miejsce w województwie świętokrzyskim. – To zwycięstwo cieszy, bo jest zasługą moich mam. Ale radość sprawia mi też, jak widzę na twarzy mojej pacjentki uśmiech i słyszę słowa: dziękuję siostrzo, bez pani ten poród nie byłby taki. Wtedy od razu nabieram pozytywnej energii i już chcę iść do kolejnego porodu – mówi Beata Prokop.

PREZENTACJA

Beata Prokop – Kielczanka. Absolwentka pomaturalnego studium położniczego (skończyła je w 1991 roku), następnie skończyła położnictwo, pielęgniarstwo, zarządzanie w służbie zdrowia i zdrowie publiczne. Obecnie jest w trakcie specjalizacji położniczo-ginekologicznej. Jako położna pracuje w Szpitalu Kieleckim świętego Aleksandra. Prowadzi szkołę rodzenia. Od trzech lat wykłada na kierunku położnictwo w Wyższej Szkole Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach. Prywatnie żona i mama dwóch córek.

Karmienie piersią – co jest prawdą a co nie

**Paulina Podolska-Stoń, mgr położnictwa
Certyfikowany Doradca Laktacyjny**

Karmienie piersią powinno być jedną najprzyjemniejszych rodzajów bliskości matki i dziecka. Wiele porad, artykułów, faktów i mitów – nie wiadomo, co jest prawdą a co nie.

Do tego wszechobecne już „karmienie na żądanie”, które zakłada, że dziecko na każde „zawołanie” ma dostać pierś. Jednak dla mnie, jako położnej i Doradcy Laktacyjnego, karmienie 12-13 razy oraz na dobę (czy też nieustanne problemy z brzuchem u dziecka i nagminny płacz) wymaga już konsultacji z kimś, kto na laktacji się zna. Dlaczego?

Problemy laktacyjne można by mnożyć. Podobnie jak wyliczać osoby, które mają na ten temat do powiedzenia „coś od siebie”. Jedno jest pewne: Pracując z pacjentką i małym dzieckiem w ich środowisku domowym, trzeba być przygotowanym na wiele mitów oraz rad innych członków rodziny. Nie zawsze słusznych. Zatem do konkretów.

Oto dylematy i problemy, z jakimi borykają się mamy oraz położne i Doradcy Laktacyjni z nimi pracujący:

Mam „chudy” pokarm, bo dziecko cały czas jest głodne

Jeden z najczęstszych dylematów świeżo upieczonych mam. Na szczęście z łatwością można obalić ten powszechnie panujący mit. Dzięki zaawansowanym badaniom nad składem pokarmu oraz jego wytwarzania wiemy, iż skład pokarmu OWSZEM – zależy od czasu trwania laktacji (choćby SIARA czy mleko dojrzale), długości karmienia (Pokarm I i II fazy), czy też samego czasu trwania ciąży (np. mleko dla wcześniaka będzie miało inny skład niż dla dziecka urodzonego w 40HBd). Nie istnieje jednak takie pojęcie jak „chude mleko”. Jeśli dziecko manifestuje swoje niezadowolenie po karmieniu ciągłym krzykiem, to problem może leżeć w ilości wytwarzanego pokarmu. Jednocześnie sposób pobierania pokarmu, którego ilość jest odpowiednia, może być nieprawidłowy. Dlatego tak ważne jest indywidualne podejście do każdego dziecka.

Zaczął dokarmiać, bo moje dziecko się nie najada i ciągle krzyczy

Teoretycznie podobna sytuacja. Rozwiązujemy ją zazwyczaj WAŻENIEM dziecka. Należy wiedzieć, iż średni przyrost dobowy w pierwszych 3 miesiącach życia wynosi 26-31g/d. Istotne jest, aby „pierwszy przyrost” liczyć od najniższej masy ciała dziecka. Jeśli jest on prawidłowy, w zasadzie niewielka korekta techniki karmienia i edukacji na temat zachowania się dziecka, wystarczy. Jeśli widzimy wskazania do dokarmiania, w pierwszej kolejności skupiamy się na zabezpieczeniu kalorycznym dziecka, jednak nie zapominajmy, iż pierwszym pokarmem podanym dziecku (poza piersią), ma być odciążony pokarm mamy.

Zjadłam wczoraj bigos i dziecko całą noc krzyczało, dziś znów jestem na DIECIE

To jeden z moich ulubionych przykładów. Niestety potwierdzany jeszcze przez wiele moich koleżanek pracujących z matkami karmiącymi. Znając wspomniany już mechanizm produkcji pokarmu wiemy, iż alergeny, leki i inne składniki owszem, przechodzą do pokarmu. Nie jest to jednak możliwe, aby np. po napiciu się przez karmiącą matkę wody gazowanej, wyprodukowała mleko z CO₂, który to spowoduje rewolucje jelitowe u jej dziecka. Mówi się o tym, iż niektóre bardzo aromatyczne substancje mogą zmienić smak mleka. Jednak np. laktoza, która powoduje bardzo często przejściowe nietolerancje u dzieci, jest zawarta w mleku niezależnie od diety matki.

Moje dziecko ma alergie na białko i karmię go SZTUCZNYM mlekiem początkowym

Bardzo trudny temat. Osobiście widzę różne zalecenia w tej kwestii, zarówno ze strony moich koleżanek „po fachu” jak i lekarzy. Po pierwsze, wspomniana już alergia zdarza się i to niezależnie od tego, czy mama po urodzeniu stosuje jakieś eliminacyjne diety, czy nie. Po drugie, ważne aby w tej kwestii konsultować się z doświadczonym lekarzem, zwłaszcza alergologiem. Najlepiej, jakby oprócz zalecenia „Proszę przejść na dietę”, umiał ją wstępnie przedstawić i monitorować jej SENS (!). Ostatnią kwestią jest to, iż zrezygnowanie z karmienia piersią na rzecz Sztucznego mleka początkowego, które i tak białko mleka krowiego zawiera – jest co najmniej nieuzasadnione.

Smoczek-uspokajacz

Temat rzeka. Z punktu widzenia stabilizowania się laktacji, podawanie go w pierwszych 4-6 tygodniach życia dziecka może skutkować mniejszymi ilościami produkowanego pokarmu. Powodem jest zaspokajanie potrzeby ssania, bez przystawiania do piersi, a tym samym bez stymulacji laktacji. Są również opinie, że smoczek taki, czy też dokarmienie butelką spowoduje odrzucenie piersi przez dziecko. Należy o tym pamiętać, jednak rozważania takie są na tyle kontrowersyjne, iż warto brać pod uwagę własne doświadczenie w tym temacie oraz najnowsze doniesienia NAUKOWE.

Przypomnę dziecku wodę, gdy nie może oddać stolca

Nie ma sensu przepajanie wodą dziecka karmionego pokarmem naturalnym. Podobnie jak podawanie herbatek koperkowych czy rumiankowych. Pamiętajmy, że ze względu na „zmiennosc pokarmu”, dziecko otrzymuje w danym momencie wszystko to, co jest mu potrzebne. Zdrowe dziecko, które nie manifestuje problemów z bólami brzucha (obiektywnie, nie na podstawie płaczu dziecka bez innych symptomów), może oddawać stolce raz na kilka dni.

Woda czy herbatka w tym wypadku nic nie działają. Wypełnią jedynie żołądek dziecka niewart ościową objętością płynu.

Karmię na żądanie, nie budzę dziecka w nocy, bo tak ładnie śpi

Sytuacja ostatnimi czasy nieczęsta, jednak niebezpieczna, jeśli nie ma kontroli nad masą ciała dziecka i jego nawodnieniem. Dlatego tak istotne w mojej opinii jest szybkie dotarcie na wizytę patronażową do dziecka. Mały człowiek karmiony 4-5 razy na dobę, zwłaszcza, gdy jest nieaktywny przy piersi – będzie coraz rzadziej się budził i tym samym pobierał coraz mniej pokarmu. Niezadbanie o minimum 7-9 karmień na dobę (w tym 2 nocne karmienia), przy nieprawidłowych przyrostach masy ciała są bardzo niebezpieczne dla życia dziecka. Oczywiście zdarzają się dzieci karmione co 2-3 godziny podczas dnia i jeden raz w nocy, z przerwą 4-5 godzin. Jednak są to kwestie indywidualne i również wymagają bacznej obserwacji.

Czy picie bawarki zwiększy produkcję mleka

W bawarce nie ma żadnej substancji, która na produkcję pokarmu mogłaby wpływać bezpośrednio. Jedyne logiczne wytłumaczenie to takie, iż zwiększając podaż płynów, mleka rzeczywiście jest więcej. Substancją przebadaną klinicznie, która ma wpływ na ilość mleka jest SŁÓD JĘCZMIENNY. Dlatego zbilansowana dieta, 2-2,5 l wody (najlepiej mineralnej) i stód jęczmienny jako „wspomaganie”, powinny pomóc w ustabilizowaniu się laktacji na wysokim poziomie.

Kawa a karmienie piersią

Wiadomo już, iż wypicie 2-3 niedużych filiżanek kawy nie wpływa negatywnie na dziecko. Poza tym warto pamiętać, iż kofeina znajduje się również w herbacie, coli, czy niektórych lekach. Niektóre badania dowodzą, że po 3-4 miesiącu życia dziecka kofeina wypita przez mamę nie ma już wpływu na dziecko. Dlatego najlepiej nie przesadzać z ilością filiżanek, ale też nie „nadrabiać” np. herbatą, która również kofeinę zawiera.

Na zakończenie:

1. W rozmowie z pacjentką warto popierać swoje opinie dowodami naukowymi, tudzież konkretnymi badaniami klinicznymi.
2. Na każdej wizycie należy zważyć dziecko i obliczyć dobowy przyrost masy ciała
3. Zbadanie dziecka i ocena jego zachowania czy też nawodnienia i koloru skóry jest konieczna
4. Edukacja na temat zbilansowanej diety pozwoli uniknąć niedożywienia matki oraz problemów z niedostateczną produkcją pokarmu.
5. Nie bójmy się konsultować problemów z innymi osobami, zwłaszcza doświadczonymi położnymi, lekarzami czy dietetykiem.
6. Odnotowujemy w dokumentacji każdy niepokojący objaw i zalecone postępowanie.

Konferencja szkoleniowa z zakresu ochrony danych osobowych oraz systemów informatycznych w ochronie zdrowia

Izabela Oszmiana

3 marca 2017 r. w siedzibie ŚIPIP odbyła się konferencja zorganizowana wspólnie przez Świętokrzyską Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz firmę KAMSOFT. Tematami konferencji były: **zakres ochrony danych osobowych i systemy informatyczne w ochronie zdrowia**. Jako pierwszy wystąpił Pan Piotr Wachowiak, Dyrektor Wydziału Wdrożeń i Wsparcia Biznesowego Firmy KAMSOFT, który przedstawił korzyści, zagrożenia i ryzyka wynikające ze stosowania w służbie zdrowia systemów informatycznych. Następnie Pani Monika Karasińska, Dyrektor Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych, w sposób bardzo ciekawy udzieliła praktycznych wskazówek

dla pielęgniarek i położnych jako administratorów danych w ramach prowadzonych przez nie czynności zawodowych. Pani Dyrektor przedstawiła również nowe wyzwania jakie pojawiają się wkrótce przed sektorem ochrony zdrowia w perspektywie Rozporządzenia unijnego w ochronie danych osobowych, i sposób w jaki można się do nich przygotować. Konferencja i przedstawione w czasie jej trwania treści cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem, dlatego planowana jest kolejna edycja w II półroczu 2017r. Materiały przedstawiane w czasie konferencji są dostępne dla uczestników konferencji w siedzibie ŚIPIP.

Zdjęcia na stronie 43

Dobre praktyki w położnictwie

Izabela Oszmiana

7 marca 2017 r. w siedzibie ŚIPIP W Kielcach odbyła się bezpłatna konferencja „**Dobre praktyki w położnictwie**” zorganizowana przez Akademię Jeannette Kalyta. Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem położnych zarówno pracujących w szpitalach, jak i położnych środowiskowych. Jeannette Kalyta rozpoczęła od trudnego tematu jakim jest przeniesiony Zespół Münchhausena. Jest to zaburzenie psychiczne, odnoszące się do rodziców, którzy wywołują rzeczywiste objawy choroby u swoich dzieci, bądź je pozorują narażając je na cierpienie, niepotrzebne badania diagnostyczne i leczenie. Postępowanie matki lub ojca, będące wynikiem głębszych zaburzeń emocjonalnych, może doprowadzić do uszkodzenia organizmu dziecka jest niezwykle wyrafinowane i trudne do ustalenia. Ofiarami są najczęściej noworodki, niemowlęta i małe dzieci. Średni wiek ofiar to 32-39 miesięcy. Szczególnie o Zespole Münchhausena należy pamiętać obecnie, kiedy z racji wejścia w ży-

cie ustawy o prawach dziecka, całodobowy pobyt rodzica z dzieckiem na oddziale jest usankcjonowany i powszechny.

W dalszej części konferencji Jeannette Kalyta motywowała obecnych do otwartości, niezależności i stałego rozwoju, bowiem „umysł jest jak spadochron, działa tylko wtedy, gdy jest otwarty”. Niestety, u wielu z nas z wiekiem zamiera ciekawość, co powoduje, że tkwimy w sytuacji, która nas unieszczęśliwia. Dajemy zaskoczyć się zmianom, i nasze działania mają wówczas charakter akcji antykrzysowej, a przecież jeśli przewidzimy zmianę to możemy się do niej przygotować. Dlatego musimy być kreatywni, bo kreatywność to obok wiedzy, determinacji i umiejętności emocjonalnego oddziaływania na otoczenie, jest cechą, która pozwoli nam wybić się ponad przeciętność. Zakończę dwoma cytatami, które mnie najbardziej zainspirowały: „Tylko szczyt głupoty zdobywa się bez wysiłku”; „Inspiracja istnieje, ale musi Cię zastać przy pracy”.

Zdjęcia na stronie 44

Odpowiedzialność karna, zawodowa i cywilna pielęgniarki i położnej – zasady odpierania zarzutów

Paweł Strzelec, radca prawny

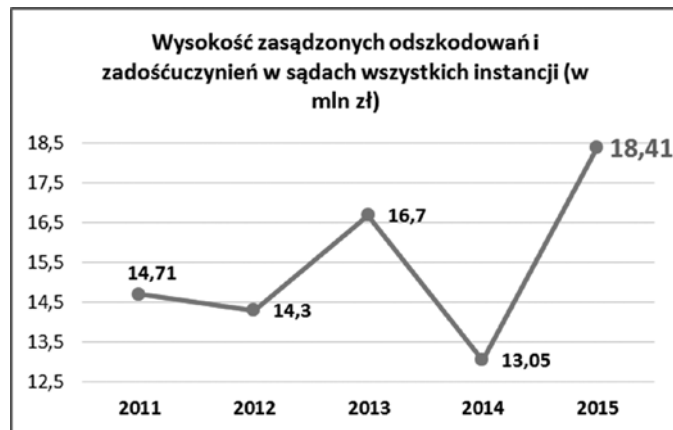
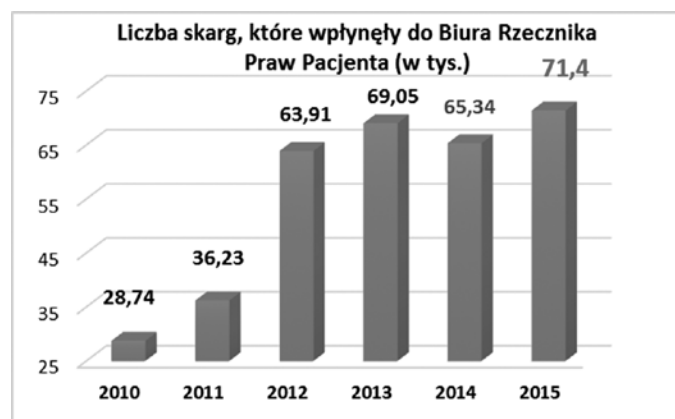
Agenda szkolenia

- Roszczenia pacjentów - skala, przyczyny.
- Ogólna charakterystyka przebiegu postępowania cywilnego, karnego oraz postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki/ położnej
- Pielęgniarka/położna jako świadek w powyższych postępowaniach
- Prawa i obowiązki pozwanej, oskarżonej, obwinionej pielęgniarki i położnej, strategia procesowa.
- Udział obrońcy /pełnomocnika w powyższych postępowaniach
- Zasady wyboru optymalnej polisy ubezpieczeniowej przez pielęgniarkę/ położną

Po pierwsze zapobiegać roszczeniom

- Określanie pól zagrożeń na terenie placówki.
- Współpraca z kierownictwem podmiotu w minimalizowaniu ryzyka popełnienia deliktu (poprawa błędów organizacyjnych).
- Postulowanie o organizację szkoleń uświadamiających personelowi medycznemu zagrożenia.
- Pomoc w kontakcie z roszczeniowym pacjentem.
- Pomoc w odpowiedzi na skargę.
- Pomoc na etapie toczącego się postępowania (wsparcie moralne, merytoryczne).

„Niezadowolony pacjent” w liczbach – Polska



Statystyki te nie obejmują tysięcy (!) postępowań karnych i zawodowych wobec personelu medycznego. W tym roku prokuraturach powstały specjalne działy do spraw błędów medycznych

Medycy „pod lupą prokuratury”

- W prokuraturach regionalnych są tworzone działy zajmujące się prowadzeniem i nadzorowaniem spraw dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć pacjenta.
- Na poziomie prokuratur okręgowych mogą być utworzone działy do prowadzenia i nadzorowania wspomnianych spraw, których skutkiem jest ciężkie uszkodzenie ciała człowieka.
- Samodzielne Działy do Spraw Błędów Medycznych zostały utworzone w prokuraturach regionalnych m.in. w: Warszawie, Katowicach, Krakowie i Lublinie, a w prokuraturach regionalnych w Łodzi, Gdańsku, Szczecinie, Wrocławiu, Rzeszowie, Białymstoku i Poznaniu błędami lekarskimi będą zajmować się koordynatorzy.

Statystyki prokuratorskie w sprawach o błędy medyczne

- 3394 - liczba spraw prowadzonych w Prokuraturze o błędy medyczne w 2015 r.
- 1772 – liczba spraw wszczętych w 2015 r.
- Spośród spraw dotyczących błędów medycznych zakończonych w 2015 r., tylko 4% z nich zakończono skierowaniem aktu oskarżenia lub wniosku o ukaranie, a 45% spraw umorzono!
- 60% badanych spraw postanowienie o umorzeniu postępowania było niezasadne (<http://pk.gov.pl>)

Roszczenia związane z błędami medycznymi

	Polska*		Niemcy	
	2013	2014	2013	2014
Liczba szpitali publicznych	966	958	1996	1980
Liczba łóżek	187.763	184.496	500.671	500.680
Liczba pacjentów	8.299.423	8.288.043	18.787.168	19.148.626
Liczba pacjentów na 1 łóżko	45,1	44,9	37,5	38,2
Łączna liczba roszczeń	2.300**	2118**	12.173***	12.053***
Liczba łóżek na 1 roszczenie	81,6	87,1	41	41,5
Liczba pacjentów na 1 roszczenie	3608	3913	1543	1588

* Bez danych dot. 22 szpitali MSW

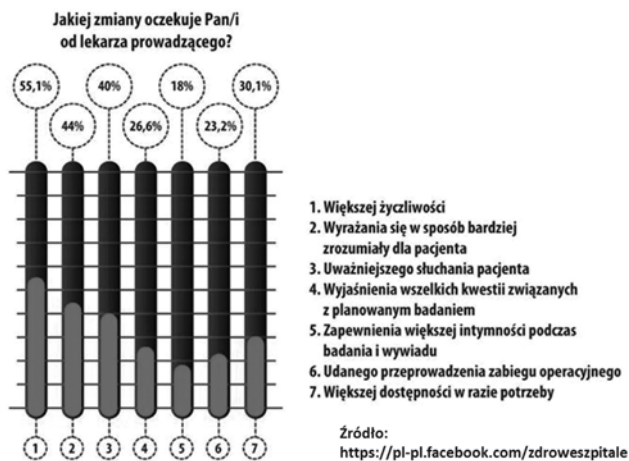
** Roszczenia dot. błędów medycznych zgłoszone do Wojewódzkich Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, Sądów Okręgowych i Rejonowych

*** Roszczenia dot. błędów medycznych zgłoszone do Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w Krajowych Izbach Lekarskich
 Źródło: Niemiecki rocznik statystyczny (Statistisches Bundesamt), Rocznik Statystyczny Federalnej Izby Lekarskiej (Bundesärztekammer), Polski rocznik statystyczny GUS, Sprawozdanie roczne Rzecznika Praw Pacjenta 2014, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2013 i 2014

Roszczenia pacjentów - czynniki wzrostu

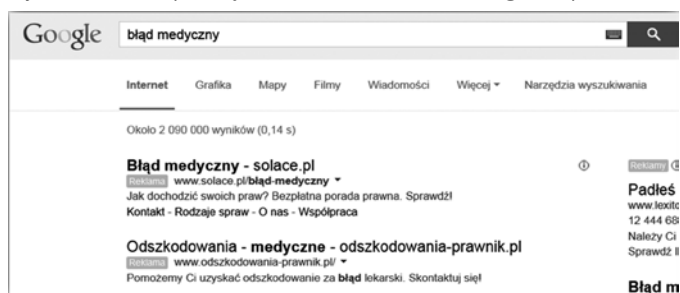
- Systematyczny wzrost świadomości prawnej pacjentów.
- Medialne nagłośnienie wybranych przypadków odpowiedzialności lekarzy i placówek medycznych - z naciskiem na wysokość odszkodowań i zadośćuczynień: np. 5mln złotych –najwyższy wyrok w I instancji.
- Radykalny wzrost liczby profesjonalnych pełnomocników (adwokatów i radców prawnych) – większa dostępność, spadek cen usług prawniczych.
- Wzrost oczekiwań pacjentów do rezultatów procesu leczenia. Coraz więcej zgłaszanych roszczeń dotyczy nie tyle rzeczywistych szkód związanych udzielonym świadczeniem, ale również w przypadkach brakiem oczekiwanego przez pacjenta wyniku leczenia.

Roszczenia a oczekiwania pacjentów Roszczenia pacjentów - czynniki wzrostu



Jako pacjenci słyszymy o medycynie XXI wieku (przeszczepy twarzy, biomechanika, operacje na odległość, etc.), a stykamy się z błędami rodem z XIX w (brak higieny, wysoki poziom zakażeń szpitalnych, zdezelowany sprzęt medyczny).

Agresywna działalność marketingowa tzw. kancelarii odszkodowawczych Na hasło - „błąd lekarski”, „błąd medyczny” – w przeglądarce widać ponad 2 mln wyników. To nie pacjent idzie do prawnika, a przedstawiciel prawnika do pacjenta. „Byli dzień po tragedii. Kłamali, że ksiądz ich polecił. Oświadczenia pisały nawet dzieci. Wezmą jedną czwartą wywalzonego odszkodowania – opowiadają mieszkańcy Karczówki, w której w szambie utopiło się siedem osób.” (źródło:www.gazeta.pl)



Rodzaje odpowiedzialności prawnej personelu medycznego

- Odpowiedzialność karna
- Odpowiedzialność cywilna
- Odpowiedzialność zawodowa (dyscyplinarna)
- Odpowiedzialność pracownicza
- Odpowiedzialność przed Wojewódzką Komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (jest to odpowiedzialność szpitala, ale jej następstwem może być jeden (lub więcej) z powyższych rodzajów odpowiedzialności osobistej).

Pola odpowiedzialności



Jeden czyn kilka trybów odpowiedzialności

Położna odwiedza matkę i noworodka 4 dni po opuszczeniu szpitala. W dokumentacji wpisuje, że wizyta odbyła się w przepisowym terminie 48 godz.

- Możliwe skutki w przypadku skargi matki dziecka:
 - odpowiedzialność pracownicza (upomnienie, nagana, kara pieniężna)
 - odpowiedzialność karna za poświadczenie nieprawdy w dokumencie
 - odpowiedzialność przed Rzecznikiem i Sądem w Izbie Pielęgniarek i Położnych
 - w przypadku roszczeń finansowych możliwa ograniczona (etat) lub całkowita (kontrakt) odpowiedzialność cywilna

Odpowiedzialność karna - istota zagrożeń

- Jest to odpowiedzialność osobista (nie ponosi jej instytucja lecz osoba fizyczna)
- Nie można przenieść tej odpowiedzialności na zakład ubezpieczeń
- Kary
- Środki karne (np. zakaz wykonywania zawodu)
- Karalność będąca przeszkodą w znalezieniu zatrudnienia

Dlaczego niektórzy pacjenci zaczynają od złożenia zawiadomienia o przestępstwie lub przewinienia zawodowego?

- Chcą surowego ukarania
- Otrzymali zbyt małą propozycję odškodowania
- Zakładają, że prokurator lepiej zabezpieczy dowody

- „Oszczędzają” na kosztach procesowych
- „Przygotowują grunt” pod proces cywilny
- Chcą skrócić czas trwania procesu

Średni czas trwania postępowania cywilnego w tzw. sprawach medycznych latach 2011–2012 wyniósł 23 miesiące (sądy okręgowe).

Domniemanie faktyczne

Ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym (art. 11 k.p.c.).

Jeśli więc sąd karny ustali winę pielęgniarki (położnej), sąd cywilny bez konieczności dowodzenia przyjmuje, że został popełniony czyn zabroniony.

Sąd ogranicza swoje ustalenia do sprawdzenia istnienia (oraz zakresu) szkody i/lub krzywdy oraz adekwatnego związku przyczynowego, a następnie orzeka o wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

Przestępstwo

Przestępstwem jest czyn człowieka zabroniony przez ustawę karną obowiązującą w czasie jego popełnienia,

- Przestępstwem jest tylko czyn zawiniony
- Przestępstwem jest czyn zabroniony społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy.

Przestanki odpowiedzialności:

1. czyn człowieka rozumiany jako zachowanie zależne od jego woli
2. wina
3. związek przyczynowy



Prokuratura Rejonowa skierowała do Sądu Rejonowego w Wałbrzychu akt oskarżenia przeciwko 46-letniej pielęgniarkce. Kobieta usłyszała w prokuraturze dwa zarzuty. Pierwszy spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast drugi zarzut dotyczy nieumyślnego narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Do zdarzenia, które było przedmiotem śledztwa doszło w maju 2016 roku. W trakcie wykonywanych badań pielęgniarka trzymająca dziecko upuściła je na podłogę. W efekcie niemowlę doznało licznych obrażeń, m.in.: urazu głowy z obrzękiem, złamania kości skroniowo ciemieniowej, doszło również do niewydolności oddechowej dziecka (<http://walbrzych24.com/1-wiadomosci/29688-pielęgniarka-upuscila-na-podloge-niemowle>).

Podstawa odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki i położnej

Podstawą odpowiedzialności zawodowej jest „naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu” (art. 36 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych).

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej – ważne źródło obowiązków

- Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
- Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
- Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.
- Pielęgniarka/położnej nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację

kację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.

- Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.
- Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.
- Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.
- Pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.

Przestanki odpowiedzialności cywilnej

Przestanki odpowiedzialności:

1. Zdarzenie. Działanie lub zaniechanie, z którym prawo łączy odpowiedzialność.
2. Wina.
3. Szkoda
4. Związek przyczynowy.



Prawo karne – działanie w zespole

- Dla przyjęcia odpowiedzialności karnej nie jest konieczne aby każdy ze współsprawców zrealizował wszystkie znamiona (elementy opisu) przestępstwa !!!
- Np. lekarz poleca pielęgniarkce skrępowanie małego pacjenta po operacji aby nie zrobił sobie krzywdy. Pielęgniarka „działając w dobrej wierze” polecenie wykonuje.
- SKUTEK! Obydwoje mogą odpowiedzieć (w najlepszym razie) za naruszenie nietykalności cielesnej a nawet za bezprawne pozbawienie wolności. Lekarz fizycznie czynu nie popełnił ale odpowie.

Stan wyższej konieczności ?

- Art. 26 k.k. „ Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącemu jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego”
- Czy w naszym przykładzie będzie miał zastosowanie ten przepis?

Wina – umyślność

Wina może przybrać postać umyślności, polegającej na tym, że sprawca ma zamiar popełnienia przestępstwa, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi (art. 9 § 1 k.k.)

Prokuratorski zarzut dla pielęgniarki

Kobieta zajmowała się kontrolą zaopatrzenia na oddziale kardiologii. Zdaniem śledczych poświadczyła nieprawdę w dokumentach i naraziła szpital na ponad 30 tysięcy złotych strat. Pielęgniarka miała zamówić sprzęt, który fizycznie był w magazynie. Wypełniła dokumenty niezgodnie ze stanem rzeczywistym. Z dokumentów, które poświadczają wynikało, że konkretny stent wieńcowy, został zużyty, a faktycznie nie został.

Podrobienie dokumentu

Pielęgniarka zatrudniona w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach odpowie za fałszerstwo. Wadowicka Prokura-

tura Rejonowa oskarżyła mieszkankę Choczni o podrobienie recept i stemplowanie ich pieczętkami lekarzy. Jak wynika z postępowania prokuratorskiego oskarżona użyła stempli dwóch lekarzy i podrobiła ich podpisy na wypisanych przez siebie dziewięciu receptach. Na wszystkich drukach wypisała ten sam lek przeciwbólowy. Recepty zamierzała zrealizować, a lekarstwo zanieść bliskiej sobie osobie. Pielęgniarka przesłuchana w charakterze podejrzaney przyznała się do popełnienia przestępstw i złożyła obszerny wyjaśnienia.

Orzecznictwo sądowe

Przestępstwo z art. 271 § 1 kk, polega na poświadczeniu nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne w autentycznym dokumencie wystawionym przez osobę składającą takie poświadczenie. Poświadczenie nieprawdy może polegać na potwierdzeniu okoliczności, które w ogóle nie miały miejsca lub też ich przeinaczeniu albo zatajeniu. Przestępstwo poświadczenia nieprawdy ma charakter umyślny (Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 listopada 2002 r. II KKN 139/01).

Wina – nieumyślność

Sprawca nie mając zamiaru popełnienia przestępstwa, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć (art. 9 § 2 k.k.). Ostrożność w procesach medycznych badana jest głównie poprzez porównanie zachowania osoby pociąganej do odpowiedzialności z wzorcem prawidłowego (wynikającego z aktualnej wiedzy medycznej oraz przepisów) zachowania w danej sytuacji.

Sąd skazał lekarza na rok więzienia w zawieszeniu na trzy lata, a pielęgniarkę, która mu asystowała, na osiem miesięcy więzienia w zawieszeniu na trzy lata. Obojgu sąd zakazał wykonywanie zawodu przez dwa lata. Nakazał im też zapłacenie grzywny. Lekarz i pielęgniarka zostali oskarżeni o błąd w sztuce lekarskiej, przez który zmarł 16-letni Adam, uczeń Gimnazjum w Wyszkach. Podczas jednej z lekcji chłopak potknął się i uderzył głową w ławkę. W szpitalu zszyto mu jedynie ranę i odesłano do domu. Nie wykonano badań głowy. Po kilku godzinach chłopak poczuł się gorzej i zmarł. Okazało się, że miał krwiaka. Lekarz chirurg odpowiadał za to, że w czasie diagnozowania Adama nie wykonał wszystkich badań, zwłaszcza prześwietlenia czaszki. Pielęgniarka prokuratura zarzuciła, że nie powiadomiła lekarza, że po zszyciu rany pacjent wymiotował. Mogło to świadczyć o tym, że chłopka miał wewnętrzne obrażenia głowy.

Pomyłka

Do tragicznego zdarzenia doszło w prywatnym gabinecie lekarza diabetologa, znajdującym się w budynku szpitala w Orłowej. Po wypiciu roztworu fenolu i kamfory służący do odkażania 32-letnia kobieta w szóstym miesiącu ciąży w krótkim czasie zmarła, nie udało się też uratować dziecka. Jak ustalili kryminalodzy, którzy prowadzili śledztwo, 68-letnia pielęgniarka wzięła butelkę z roztworem z miejsca, gdzie miała znajdować się glukoza. Nie zwróciła jednak uwagi na napis na etykiecie, a oba roztwory znajdowały się w takich samych butelkach z zasłaniającą nieco napis żółtą siatką. Jej błędem było również to, że pozwoliła pacjentce wyjść z poczekalni, choć po wypiciu glukozy kobiety mają czekać w gabinecie dwie godziny. Pielęgniarka została skazana na rok więzienia i cztery lata zakazu wykonywania zawodu (<http://wiadomosci.ox.pl/wiadomosc,29731,pomyli-la-glukoze-z-trucizna.html>).

Pielęgniarka Beata M. podczas karmienia noworodka podała dziecku dren z pokarmem dożylnie, zamiast do sondy żołądkowej. To doprowadziło do reakcji alergicznej, której skutkiem był wstrząs

z zaburzeniami krzepnięcia krwi, niewydolność oddechowa i zaburzenia metaboliczne. Chłopiec zmarł. Beata M. przyznała się do nieumyślnego spowodowania śmierci noworodka. Podała się też dobrowolnie karze. Pielęgniarce groziło od 3 miesięcy do 5 lat więzienia. Prokuratura zaproponowała jednak karę 2 lat więzienia w zawieszeniu na 4 lata i 2 tys. zł kary grzywny. Sąd przychylił się do wniosku śledczych. Sąd zdecydował również, że Beata M. przez rok nie będzie mogła wykonywać zawodu pielęgniarki (<http://konin.naszemiasto.pl/artukul/blad-pielegniarki-kosztowal-zycie-kobieta-przez-rok-nie,1270089,art,t,id,tm.html>).

Pielęgniarka oddziałowa Bożena S. została skazana w związku z tragedią, do której doszło na początku marca 2008 roku. Wówczas to w kartuskim szpitalu odmówiono udzielenia pomocy kornającemu na rękach matki dziecku. Pełniąc wówczas na SOR-ze dyżur pielęgniarka, bez jakichkolwiek badań uzależniła przyjęcie malca na oddział od dostarczenia skierowania. Kobieta udała się więc po nie do przychodni w Sierakowicach, ale na miejscu stan niemowlęcia gwałtownie się pogorszył i mimo akcji reanimacyjnej, chłopiec zmarł. Po kilkuletnim procesie Bożena S. została skazana na karę ośmiu miesięcy pozbawienia wolności w zawieszeniu na dwa lata oraz orzeczono wobec niej roczny zakaz wykonywania zawodu pielęgniarki. Sąd odwoławczy zdecydował, że Bożena S. może wykonywać zawód pielęgniarki, ale nie może pełnić funkcji oddziałowej (<http://kartuzy.info/wiadomosc,21367,Apelacja-ws-smierci-polrocznego-Dawidka-Bozena-S-moze-byc-pielegniarka.html>).

Wina w zespole medycznym

Badając winę poszczególnych członków zespołu udzielającego świadczenia wzorzec ostrożnego zachowania zostanie stworzony dla każdej z osób-członków personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, dyspozytora pogotowia, diagnosty laboratoryjnego, etc.)

Orzecznictwo Sądu Najwyższego

- Lekarz kierujący zespołem operacyjnym ponosi odpowiedzialność za brak należytego nadzoru nad poszczególnymi członkami zespołu operacyjnego i podejmowanymi przez nich czynnościami.
- „Fakt odpowiedzialności lekarza chirurga za niedołożenie należytej staranności w trakcie wykonywania operacji nie wyłącza odpowiedzialności innych członków zespołu operacyjnego (w tym np. pielęgniarki-PS.), w razie ich winy (orzeczenie SN z 20.05.1971 r.).

Uwaga! Lekarz kierujący zespołem operacyjnym nie jest zobowiązany do sprawowania nadzoru nad działaniami personelu pielęgniarskiego, które podejmowane są po zakończeniu zabiegu operacyjnego. Dotyczy to w szczególności czynności medycznych, które pielęgniarka (położna) może wykonywać samodzielnie bez zlecenia lekarza. Zakres czynności, które mogą być wykonane samodzielnie przez pielęgniarkę, określa rozporządzenie w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Współsprawstwo

Polega na wykonaniu przestępstwa z inną osobą (osobami). Oznacza to, że działania dwóch lub więcej osób objęte są ich porozumieniem (element subiektywny) i są pewnym działaniem wspólnym, składają się na pewną całość wypełniającą znamiona określonego przestępstwa (element obiektywny).

Współsprawcy mogą dokonywać wspólnie działań jednorodnych (np. trzy pielęgniarki bezprawnie lekceważą wezwania pa-

cja z sali szpitalnej czego skutkiem jest uszczerbek na jego zdrowiu), mogą to być też zachowania się różnorodne (np. lekarz składający zamówienie na produkty lecznicze dyktuje pielęgniarce treść zamówienia. Jeżeli obydwójce działają w celu osiągnięcia korzyści majątkowej i mają świadomość, że narażają pracodawcę na straty finansowe odpowiadają karnie choć fizycznie ich działania były różne).

Sprawstwo kierownicze (art. 18 § 1 k.k.)

„Odpowiada za sprawstwo (...) kto kieruje wykonaniem czynu zabronionego przez inną osobę lub wykorzystując uzależnienie innej osoby, poleca jej wykonanie takiego czynu”.

Np. lekarz błędnie poleca pielęgniarce zaaplikowanie pacjentowi dawki leku znacznie przewyższającej dopuszczalne normy, zaś pielęgniarka „automatycznie” polecenie wykonuje, choć jej wiedza i doświadczenie zawodowe nakazywałyby upewnić się co do prawidłowości stanowiska lekarza. W tym przypadku, zależnie od stopnia zawinienia, odpowiedzialność obydwójce; lekarz jako tzw. sprawca polecający natomiast położna (pielęgniarka) jako sprawca wykonawczy.

Indywidualizacja odpowiedzialności współsprawców

Art. 20 k.k. „Każdy ze współdziałających w popełnieniu czynu zabronionego odpowiada w granicach swojej umyślności lub nieumyślności niezależnie od odpowiedzialności pozostałych współdziałających.”

Indywidualizacja – art. 21. § 1 kk

„Okoliczności osobiste, wyłączone lub łagodzące albo zaostrzające odpowiedzialność karną, uwzględnia się tylko co do osoby, której dotyczą.”

Postępowanie karne – przebieg

Podstawą wszczęcia procesu jest zaistnienie uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa (np. skarga pacjenta dotycząca uszczerbku na zdrowiu)

Etapy postępowania:

- 1) postępowanie przygotowawcze
 - w sprawie (in rem)
 - przeciwko osobie (in personam)
- 2) postępowanie sądowe (od momentu skierowania do sądu aktu oskarżenia)

Podstawa wszczęcia postępowania zawodowego

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczyna postępowanie, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej.

Źródła informacji:

1. Skargi pacjentów (ich rodzin, bliskich) !!!
2. Skargi pracodawców
3. Informacje uzyskane z organów samorządu zawodowego
4. Informacje organów państwowych i samorządowych
5. Informacje prasowe.

Odpowiedzialność zawodowa – podłoże zjawiska według Naczelnego Rzecznika

- „W zakładach opieki zdrowotnej drastycznie ulegają pogorszeniu warunki wykonywania pracy ze względu na zmniejszenie liczby pielęgniarek, położnych oraz zwalnianie personelu pomocniczego,
- Wycofanie się pracodawców z udziału w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego pielęgniarek i położ-

nych, przesunęło cały ciężar finansowy na zainteresowane pielęgniarki i położne,

- W sytuacji znacznych niedoborów finansowych i niskich poborów pielęgniarek i położnych nie jest faktycznie możliwe doskonalenie się na własny koszt. Powoduje to obniżenie jakości pracy oraz obniżenie poziomu wiedzy i kwalifikacji,
- Obserwuje się sytuację pozostawiania na dyżurze jednej pielęgniarki z grupą kilkudziesięciu pacjentów, co stanowi zagrożenie zarówno dla pacjentów, jak i pielęgniarek i położnych,
- W wielu zakładach nie ma jasno sprecyzowanych zakresów obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarek i położnych. Niejednokrotnie zleca się pielęgniarkom i położnym wykonywanie czynności porządkowych i innych wykonywanych dotychczas przez personel pomocniczy. Stan taki prowadzi do przeciążenia pielęgniarek pracą przy jednoczesnej niemożliwości realizacji zadań w zakresie opieki nad pacjentem,

Źródło: <http://www.nipip.pl/index.php/samorząd/organy-samorządu/nroz>

Przebieg postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej

1. Czynności sprawdzające

Cel – zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Na tym etapie nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na pielęgniarkę lub położną.

2. Postępowanie wyjaśniające

Cel – ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego – ustalenie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu pielęgniarek i położnych.

3. Postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych

4. Postępowanie wykonawcze

Zadania Rzecznika odpowiedzialności zawodowej

- Rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy.
- Może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody.
- W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej może przesłuchiwać pielęgniarkę lub położną w charakterze osoby obwinionej, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów.

Zawieszenie prawa wykonywania zawodu

Art. 54. 1. W przypadku gdy zebrane w postępowaniu wyjaśniającym lub przeprowadzone przed sądem pielęgniarek i położnych dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że osoba obwiniona popełniła przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez osobę obwinioną zawodu zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego, sąd pielęgniarek i położnych może wydać postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu przez osobę obwinioną na okres nieprzekraczający 12 miesięcy (Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych)

Przedawnienie

1. Nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata.
2. Bieg przedawnienia przerywa każda czynność rzecznika odpowiedzialności zawodowej.
3. Karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat.
4. Jeżeli czyn, stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa.

Świadek – w tej roli wystąpisz najczęściej

Świadek to każda osoba wezwana do złożenia zeznań w takim charakterze. Osoba wezwana ma obowiązek stawić się na wezwanie i co do zasady złożyć zeznanie. Składane zeznania powinny być szczerze, świadek nie może zatajać prawdy.

Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

Prawo świadka do odmowy zeznań

Osoba najbliższa dla oskarżonego może odmówić zeznań. Prawo odmowy zeznań trwa mimo ustania małżeństwa lub przysposobienia. (art 182)

Prawo odmowy zeznań przysługuje także świadkowi, który w innej toczącej się sprawie jest oskarżony o współudział w przestępstwie objętym postępowaniem.

Odmowa odpowiedzi na pytanie

Zgodnie z art. 183 § 1 k.p.k. ; „Świadek może uchylić się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.”

Tajemnica zawodowa w postępowaniu karnym i zawodowym

- W postępowaniu karnym pielęgniarce i położne wezwane do złożenia zeznań, z obowiązku przestrzegania tajemnicy zawodowej może zwolnić w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zaś w postępowaniu sądowym – sąd (art. 180 § 1 k.p.k.).
- Nie stanowi naruszenia tajemnicy zawodowej składanie przez pielęgniarce i położną zeznań lub wyjaśnień w trakcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (art. 42 ust. 4 ustawy o samorządzie pielęgniarce i położnych).

Świadek – kary porządkowe

Na świadka, który bez należytego usprawiedliwienia nie stawia się na wezwanie organu prowadzącego postępowanie albo bez zezwolenia tego organu wydalili się z miejsca czynności przed jej zakończeniem, można nałożyć karę pieniężną do 3 tys. złotych (art. 285 k.p.k.). Karę pieniężną należy uchylić, jeżeli ukarany dostatecznie usprawiedliwi swe niestawiennictwo. Usprawiedliwienie może nastąpić w ciągu tygodnia od daty doręczenia postanowienia wymierzającego karę pieniężną.

USPRAWIEDLIWIENIE

Proszę o usprawiedliwienie mojej nieobecności na rozprawie w charakterze świadka w dniuo godz....., sala Powodem mojej nieobecności jest konieczny i długotrwały pobyt poza miejscem zamieszkania. Mój wyjazd związany jest z obowiązkami rodzinnymi i opieką.

Jednocześnie oświadczam, że w ww. sprawie wskazanych w zawiadomieniu oskarżonych, z uwagi na upływ czasu i brak wiedzy w tej sprawie, nie pamiętam. Nie przypominam sobie żadnych faktów, jak i zdarzeń.

W związku z powyższym proszę o odczytanie do protokołu moich wcześniejszych zeznań znajdujących się w aktach sprawy.

Podpis

Proces karny – podejrzany i oskarżony

Art. 71. § 1. Za podejrzanego uważa się osobę, co do której wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z przystąpieniem do przesłuchania w charakterze podejrzanego.

§ 2. Za oskarżonego uważa się osobę, przeciwko której wniesiono oskarżenie do sądu, a także osobę, co do której prokurator złożył wniosek o warunkowe umorzenie postępowania.

Prawa oskarżonego

Podstawowym prawem oskarżonego jest prawo do obrony (art. 6 k.p.k.). Obrona może przybrać postać:

1. Obrony formalnej, a więc oskarżony może ustanowić obrońcę
2. Obrony materialnej to całokształt uprawnień i podejmowanych w oparciu o nie czynności zmierzających do odparcia zarzutów.

Reguły wiążące organy procesowe

ZASADA DOMNIEMANIA NIEWINNOŚCI

Oskarżonego uważa się za niewinnego, dopóki wina jego nie zostanie udowodniona i stwierdzona prawomocnym wyrokiem (art. 5 § 1 k.p.k.)

Nie dające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść oskarżonego

ZASADA IN DUBIO PRO REO

=

- ✓ Konieczne 100% pewności by skazać
- ✓ Wystarczy 1% niepewności by uniewinnić !
- ✓ Oskarżony nie ma obowiązku dowodzenia swej niewinności ani obowiązku dostarczania dowodów na swoją niekorzyść.

Postępowanie zawodowe – obrońca

W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców z grona pielęgniarce, położnych, radców prawnych lub adwokatów.

Na rynku dostępne są polisy ubezpieczeniowe zapewniające pomoc prawnika za którego zapłaci ubezpieczyciel !

Proces karny i postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej – prawa oskarżonego/ obwinionego

- Prawo do składania wyjaśnień.
- Prawo do składania wniosków dowodowych.
- Prawo do zapoznania się z materiałami postępowania przygotowawczego **NALEŻY KONIECZNIE SKORZYSTAĆ !**
- Prawo do zadawania pytań świadkom i biegłym.
- Prawo do zaskarżenia decyzji procesowych

Uwaga! Analogiczne są prawa i zasady przed Rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i sądem zawodowym.

Prawo do składania wyjaśnień

Obwiniony może:

- składać wyjaśnienia,
- odmówić ich składania (bez podania przyczyny),

- odmówić odpowiedzi na poszczególne pytania
- Polskie prawo nie sankcjonuje karnie czynu polegającego na składaniu przez obwinionego fałszywych wyjaśnień!

MILCZENIE BYWA ZŁOTEM

Prawo do składania wniosków dowodowych

Obwiniony (jego obrońca) może wnosić (pisemnie lub ustnie do protokołu) wnioski o przesłuchanie konkretnych osób, konfrontacji świadków, odczytanie dokumentów, okazanie rzeczy itp.

Wnioski dowodowe powinny być składane już w postępowaniu przed prokuratorem/ rzecznikiem.

Wniosek dowodowy zawierać powinien:

- oznaczenie dowodu o którego przeprowadzenie strona wnosi (np. przesłuchanie konkretnej osoby w charakterze świadka)
- wskazanie na istnienie (bądź nieistnienie) jakiej okoliczności dowód ma być przeprowadzony.

POWINIENEM ZNAĆ WYNIK DOWODU O KTÓREGO PRZEWODZENIE WNIOSZĘ (w dowodzie obciążającym „wyręczy” mnie oskarżyciel)

Prawo do zadawania pytań świadkom i biegłym

- Zadając pytania przed sądem obwiniony (jego obrońca) powinien znać treść zeznań złożonych przed Rzecznikiem.
- Celem pytań do świadka który nas obciąża powinno być wykazanie, że składający zeznania kłamie, myli się, nie pamięta, ma wątpliwości (odnosimy zeznania świadków do innych dowodów: zeznań opinii, dokumentów).
- Zadając pytania biegłemu którego opinia obciąża obwinionego można wykazywać jej wewnętrzną niespójność, wskazywać na okoliczności przez niego nieuwzględnione, akcentować rozbieżność stanowiska biegłego z poglądami innych autorytetów, uwypuklać wątpliwości na które biegły mógł wskazać.

Dokumentacja – kluczowy dowód w sprawach medycznych

- Dowodów nie tworzymy w trakcie postępowania
- Dowody są odzwierciedleniem tego co się już stało
- Dokumentacja medyczna to podstawowy dowód w procesach z udziałem personelu medycznego
- W przypadku gdy dane zdarzenie odnotowane jest w dokumentacji to strona przeciwna musi udowodnić, że nie miało ono miejsca lub wyglądało inaczej

Dokumentacja medyczna okiem medyka i prawnika

(ilustracja z prawej)

Czytelność i chronologia wpisów

§ 4. 1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. Wpis dokonany w dokumentacji 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.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania.

Zlecenia – forma pisemna!

Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej (art.15 ust.1) – to obowiązek pielęgniarki ale i lekarza!

Zlecenie powinno być:

- zapisane czytelnie
- zawierać wszystkie dane i wskazania (datę sporządzenia zlecenia, nazwę leku, postać leku, dawkę, drogę podania, czas podania, podpis osoby zlecającej itp.) niezbędne do jego wykonania.

Zlecenia – wyjątkowo ustne!

Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Opinie:

„Większość pacjentów w szpitalu jest w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego” – NIE!

„Pielęgniarka domagając się restrykcyjnie zleceń pisemnych wywołuje konflikt z lekarzami” – BYĆ MOŻE.

ALE W PRZYPADKU SZKODY PO STRONIE PACJENTA UNIKA SPOTKANIA Z PROKURATOREM

Praktyka

Do szpitala został przyjęty 16-letni chłopiec z raną ręki. Do opatrzeniu rany pielęgniarka zapytała lekarza wypełniającego dokumentację „Czy coś podajemy pacjentowi?”. Lekarz wydał ustne zlecenie zaaplikowania popularnego środka przeciw-zapalnego. Po kilkunastu minutach pacjenta przewieziono w stanie ciężkim na



Medycy

- Źródło informacji o pacjencie oraz udzielanych świadczeniach



Prawnicy

- Dowód w sprawie odpowiedzialności osoby wykonującej zawód medyczny.
- Co? Kto? Kiedy? W jaki sposób? Na czyje zlecenie? robił (nie robił).

intensywną terapię, ponieważ był uczulony na ten lek. Informacja o tym znajdowała się w dokumentacji medycznej pacjenta. Pielęgniarka poprosiła lekarza o pisemne potwierdzenie wydanego zlecenia. Lekarz odmówił.

Wątpliwości – wyjaśnij!

W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art.15 ust.3).

Jeżeli pisemne zlecenie wydane przez lekarza, jest niezrozumiałe, budzi wątpliwości lub nie zawiera wszystkich danych koniecznych do jego wykonania – pielęgniarka/położna jest zobowiązana porozumieć się w tej sprawie z lekarzem wydającym powyższe zlecenie i ustalić sposób postępowania, który powinien być określony pisemnie w karcie zleceń.

Taka procedura przekazywania przez lekarza zleceń pielęgniarsce/położnej minimalizuje możliwość pomyłki wynikającej z niezrozumienia zlecenia lub niewłaściwej jego interpretacji.

Dokumentacja pamiętaj!

- Pisz czytelnie, jeżeli prowadzisz dokumentację medyczną papierową
- Unikaj skrótów, o ile nie są one powszechnie zrozumiałe i znane
- Zawsze odnotowuj, czy pacjent przestrzega zaleceń
- Staraj się zawsze pisać dokumentację medyczną na bieżąco, ponieważ odłożenie tego w czasie (np. na koniec dyżuru) powoduje, że umykają różne szczegóły, które potem mogą okazać się ważne.
- Nikomu i nigdy nie udostępniaj swoich danych do logowania,
- Zmiany w dokumentacji medycznej papierowej dokonuj zgodnie z wymogami prawnymi (przekreślenie błędu, prawidłowy wpis, uzasadnienie poprawki, data i godzina poprawki, podpis i pieczętka), nigdy nie używaj korektora ani nie zamazuj błędów.
- Więcej znaczy lepiej – jeżeli masz wątpliwość, czy daną informację, rzecz, spostrzeżenie zapisać, to zrób to.

Źródło: R. Tyimiński – <http://prawalekarzy.pl/artykuly/20-porad-d dotyczacych-prowadzenia-dokumentacji-medycznej-257>

Inne uprawnienia w postępowaniu zawodowym

- W terminie 14 dni od dnia zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami postępowania wyjaśniającego może ona składać wnioski o uzupełnienie postępowania. Jest to ostatni sposób na przekonanie Rzecznika do umorzenia postępowania (ewentualnie jego przedłużenia).
- Prawo do składania wniosku o wyłączenie członka składu orzekającego lub rzecznika prowadzącego postępowanie, jeżeli istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie (np. dawanie przez organ wyrazu niechęci do obwinionego, bezpodstawne pozbawianie go głosu, bezpodstawne oddalanie wniosków dowodowych, krytyczne dla obwinionego wypowiedzi poza postępowaniem np. dla mediów)

Prawo to wykorzystane instrumentalnie może służyć przedłużaniu postępowania.

Skutki postępowania w sprawie odpowiedzialności karnej i zawodowej

(ilustracja z prawej)

Prawo cywilne – roszczenia finansowe pacjenta

- **Odszkodowanie** – może obejmować się koszty leczenia lub utraconych korzyści (np. zarobków). W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty (leki, świadczenia, rehabilitacja, etc.)
- **Zadośćuczynienie** – zasądzone jest jako następstwo wyrządzonej krzywdy. Jego wysokość nie jest wyraźnie prawnie określona. Powinna ona odpowiadać rozmiarowi wyrządzonej krzywdy.
- **Renta** – jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.

Przedawnie roszczeń – prawo cywilne

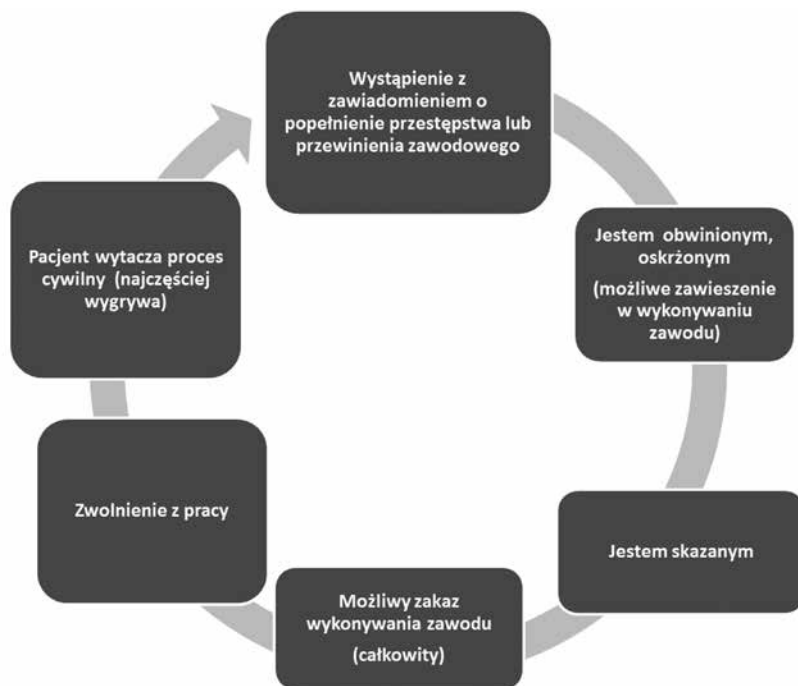
Art. 442 § 1. Roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia wystąpienia szkody.

§ 3. W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia

§ 4. Przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności.

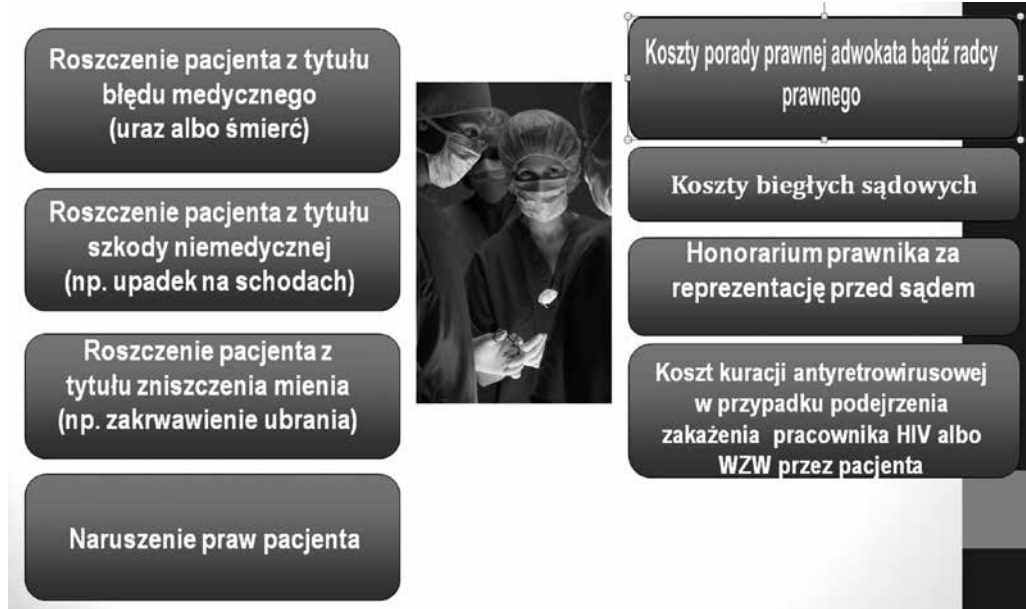
Personel medyczny w podmiotach leczniczych – kogo pozywa pacjent?

Osoba zatrudniona na „na etacie” – pozwanym jest placówka medyczna (np. szpital). Placówce przysługuje jednak roszczenie regresowe wobec pracownika – w przypadku winy nieumyślnej 3-krotności miesięcznego wynagrodzenia, obliczanego na podstawie zarobków pobieranych w danym zakładzie leczniczym w dniu wyrządzenia szkody (art. 120 k. p.). W przypadku gdy po stronie pracownika stwierdzono winę umyślną, pracodawca może dochodzić od niego naprawienia szkody w całości.



Osoba zatrudniona na tzw. kontrakcie odpowiedzialność solidarną z placówką medyczną. Skutek! Pacjent pozywa placówkę lub pracownika kontraktowego. Może pozwać również jednocześnie zarówno placówkę jak i pracownika kontraktowego. W przypadku gdy placówka naprawiła szkodę w całości, może jej dochodzić od pracownika kontraktowego w pełnej wysokości.

Ryzyka w branży medycznej Obowiązkowe Ubezpieczenie OC



Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dotyczy pielęgniarki lub położnej prowadzącej praktykę zawodową, czyli wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej lub grupowej praktyki pielęgniarskiej.

Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- wyrządzonych po pozbawieniu prawa do prowadzenia działalności leczniczej,
- polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy,
- polegających na zapłacie kar umownych,
- powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, ... i aktów terroru.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dn. 30.12.2011 r. określiło szczegółowy zakres ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną.

Minimalne sumy gwarancyjne w obowiązkowym ubezpieczeniu OC dla pielęgniarki/położnej (praktyka zawodowa)

- suma gwarancyjna na jedno zdarzenie – 30.000 EUR
- suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia – 150.000 EUR

Polisa OC pielęgniarki/położnej

Obowiązek posiadania ubezpieczenia OC nie dotyczy pielęgniarki/ położnej zatrudnionej na etacie oraz na podstawie umów cywilnoprawnych, jeśli osoby te nie prowadzą działalności gospodarczej.

W przypadku odpowiedzialności pracowniczej oraz odpowiedzialności regresowej osoby te odpowiadają własnym majątkiem.

WNIOSEK

Powyższa grupa przedstawicieli zawodów medycznych powinna zadbać o polisę ubezpieczenia OC.

Czy obowiązek ubezpieczeniowy wystarczy?

Obowiązkowe ubezpieczenie OC zapewnia ochronę w podstawowym zakresie i stanowi jeden z najważniejszych wymogów bezpiecznego wykonywania zawodu. Zabezpiecza ono interesy zarówno

położnej jak i jej pacjenta,

...ale

- nie zabezpiecza wszystkich sfer działalności pielęgniarki (np. umowa o pracę)!
- nie chroni przed skutkami szkód w mieniu!

Przykładowe szkody a ubezpieczenie

- Podczas udzielania przez położną świadczeń medycznych doszło do amputacji opuszka piątego palca lewej dłoni u noworodka – Sąd Okręgowy zasądził kwotę w wysokości 30 tys. zł tytułem zadośćuczynienia.
 - Położna podczas przyjmowania ciężarnej na oddziale położniczo-ginekologicznym nie założyła dokumentacji i nie przeprowadziła wywiadu, w wyniku tych zaniedbań doszło do śmierci płodu – zwrócono się z roszczeniem w wysokości 70 tys. zł.
 - W wyniku niezachowania przez pielęgniarkę higieny i staranności w stacji dializ doszło do zakażenia ponad 40 pacjentów wirusowym zapaleniem wątroby typu C – żądana kwota roszczeń wyniosła 200 tys. zł.

Ubezpieczenie obowiązkowe – wąski zakres ochrony

- Ubezpieczenie obowiązkowe nie chroni przed skutkami szkód w mieniu!
- Ubezpieczenie obowiązkowe nie chroni przed szkodami osobowymi wyrządzonymi bez związku z udzielaniem świadczeń (szkoda wyrządzona rodzinie pacjenta podczas odwiedzin w szpitalu, itp.)!
- Ubezpieczenie obowiązkowe nie chroni przed roszczeniami z tytułu naruszenia praw pacjenta innymi niż prawo do opieki zdrowotnej!
- Ubezpieczenie obowiązkowe nie chroni przed skutkami zabiegów z zakresu medycyny estetycznej !
- Ubezpieczenie obowiązkowe nie pokrywa kosztów sądowych porad prawnych i reprezentacji przed sądem!
- Ubezpieczenie obowiązkowe nie pokrywa kosztów związanych z ekspozycją zawodową!

Ubezpieczenie ochrony prawnej

Pacjentka złożyła do prokuratury zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez lekarza pediatrę oraz pielęgniarkę



kę poprzez narażenie dziecka na niebezpieczeństwo utraty życia. Śledztwo umorzono, jednak lekarz i pielęgniarka musieli zapłacić honorarium adwokata w wysokości kilku tysięcy złotych.

Oprócz ryzyka zapłaty sum odszkodowań oraz zadośćuczynień osobę wykonującą zawód medyczny obciążają koszty prowadzenia sporów sądowych oraz opinii i porad prawnych. W przypadku spraw sądowych koszty te najczęściej rozpoczynają się od kilku tysięcy złotych, nierzadko osiągają wysokość kilkunastu-kilkudziesięciu tysięcy złotych. Koszty te może pokryć ubezpieczyciel w ramach Ubezpieczenia ochrony prawnej

Dwa rodzaje świadczeń:

- Ubezpieczenie ochrony prawnej sensu stricto
- pokrycie kosztów pełnomocnika i innych kosztów sądowych
- dodatkowo: Telefoniczna Asysta Prawna

Agresja – warto się ubezpieczyć

Klauzula nr 10 Inter Polska SA – Agresja pacjenta. Wypłata świadczenia jest następstwem fizycznej napaści osoby trzeciej (np. pacjenta) w trakcie wykonywania zawodu medycznego. Wypłata świadczenia jest niezależna od tego czy ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu.

- Warunkiem uzyskania świadczenia jest poddanie się przez Ubezpieczonego obdukcji lekarskiej oraz zgłoszenie zajścia zdarzenia do właściwej jednostki Policji.
- Wypłata świadczenia jest niezależna od tego czy sprawca agresji poniesie odpowiedzialność karną (sprawcy niepoczytalni, nieletni, etc.)

- Poszkodowany niezależnie od wypłaty świadczenia z polisy może dochodzić od sprawcy odszkodowania/ zadośćuczynienia na drodze procesu karnego lub cywilnego.

Praktyczne rady przy wyborze polisy

Polisa ubezpieczenia OC wykupiona przez pielęgniarkę/położną powinna być maksymalnie „kompatybilna” z postanowieniami z jej zakresem obowiązków (umowa o pracę, kontrakt, zlecenie, etc.)

Wykupując polisę należy zwrócić uwagę na:

- jej wysokość,
- zakres ryzyk objętych odpowiedzialnością ubezpieczeniową ,
- wyłączenia z ochrony ubezpieczeniowej.

Roszczenia pacjentów dziś i jutro.

Niewielki procent poszkodowanych pacjentów występuje w chwili obecnej ze skargami. Ten stan w przewidywalnej perspektywie będzie się zmieniał poprzez systematyczny (radykalny?) wzrost liczby roszczeń.

WYZWANIA DLA PERSONELU I PLACÓWEK:

- Muszę być na to gotowy. Systematycznie podnoszę jakość swojej pracy. Kładę nacisk na dobrą komunikację z pacjentem oraz w ramach zespołu. Często jej brak skutkuje roszczeniem.
- Stale podnoszę nie tylko wiedzę medyczną, ale i prawną.
- Analizuję ofertę rynku ubezpieczeń, wybieram polisę, która najlepiej chroni mnie przed cywilnymi (ale nie karnymi i zawodowymi) skutkami roszczeń.

Opinia konsultanta wojewódzkiego dla województwa świętokrzyskiego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego w sprawie delegowania pielęgniarki/położnej bez wymaganych kwalifikacji z oddziału szpitalnego na blok operacyjny w charakterze pielęgniarki/położnej asystującej pielęgniarkę/położnej instrumentującej do zabiegu operacyjnego

dr hab. n. o zdr. Dorota Kozieł
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Kielce, 17.01.2017 r.

Pytanie

Czy przy zabiegu operacyjnym może uczestniczyć jako pielęgniarka/położna – pomagająca (asystująca instrumentariuszce), pielęgniarka bez wymaganych kwalifikacji, nie pracująca na sali operacyjnej, skierowana do zabiegu na polecenie przełożonego (najczęściej jest to położna pracująca na odcinku w oddz. ginekologiczno-położniczym).

Odpowiedź

Pielęgniarka/położna asystująca pielęgniarkę instrumentującej powinna mieć odpowiednie kwalifikacje uzyskane w toku kształcenia podyplomowego, powinna pracować na sali operacyjnej.

Uzasadnienie

Bezpieczeństwo pacjenta na bloku operacyjnym ma ścisły związek z dobrze wyszkolonym, przestrzegającym obowiązujących

procedur, współpracującym ze sobą interdyscyplinarnym zespołem bloku operacyjnego.

Należy stwierdzić, że nie ma jasnych przepisów prawa regulujących kwestię kwalifikacji pielęgniarki/położnej asystującej pielęgniarkę/położnej instrumentującej do zabiegu operacyjnego, jak również organizacja pracy pielęgniarek/położnych na bloku operacyjnym pozostaje w gestii kierownika podmiotu leczniczego. Obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami nie wyjaśnia też omawianej kwestii i podaje minimalną normę 1 pielęgniarka na 1 stół operacyjny w trakcie zabiegu operacyjnego (1 pacjent).

W tej sytuacji prawnej należy jednak odnieść się do programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia 19.08.2015 r. z których wynika, że kwalifikacje niezbędne do instrumentowania i **asystowania pielę-**

gniarce/położnej instrumentującej do zabiegu operacyjnego są nabywane w toku kształcenia podyplomowego tj. kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek i położnych lub kształcenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek.

Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek zakłada uzyskanie przez pielęgniarkę efektów kształcenia niezbędnych do instrumentowania i **asystowania pielęgniarcie instrumentującej** w czasie zabiegu. Pielęgniarka po ukończeniu kursu posiada wiedzę dotyczącą realizacji opieki pielęgniarki operacyjnej w bloku operacyjnym, postępowania z instrumentarium po zabiegu, dekontaminacji, dezynfekcji i sterylizacji, zasad działania i obsługi sprzętu. Nabywa umiejętności instrumentowania i **asystowania** pielęgniarcie instrumentującej, korzysta z opracowanych standardów na bloku operacyjnym.

W programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla położnych wskazano efekty w zakresie wiedzy i umiejętności niezbędne do instrumentowania i **asystowania położnej operacyjnej** instrumentującej do zabiegów w chirurgii ginekologicznej i wykonywanych w położnictwie.

Jak wynika z charakterystyki zagrożeń zawodowych (<http://www.ciop.pl>) pielęgniarka operacyjna jest narażona na szereg zagrożeń, z którymi musi być zapoznana przed przystąpieniem do pracy na bloku operacyjnym m.in.: patogenne mikroorganizmy pochodzące z kontaktu z chorymi pacjentami i ich płynami ustrojowymi, mogą ulec urazom w wyniku zakuć igłą, ostrymi narzędziami lub ostrymi krawędziami szkła, kości, narażone są na działanie szkodliwych substancji chemicznych obecnych w środkach czyszczących, lekach, środkach dezynfekcyjnych i sterylizujących, preparatach anestetycznych, klejach itp., działanie promieniowania jonizującego, elektromagnetycznego, laserowego.

Minister Zdrowia nakłada obowiązek szkolenia pracowników w zakresie ochrony przed zagrożeniami i możliwościami ograniczenia ryzyka zawodowego, jakie wiąże się z pracą wykonywaną w tych warunkach (**OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 4 listopada 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy**). Orzeczenie lekarskie wydawane jest stosownie do zajmowanego stanowiska z uwzględnieniem ryzyka zawodowego.

Kierownik zakładu opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo sanitarnoepidemiologiczne chorych i personelu poprzez wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami. Przemieszczanie się personelu pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jest czynnikiem ułatwiającym translokację drobnoustrojów chorobotwórczych.

Praca zespołowa na bloku operacyjnym obejmuje czytelne, znane wszystkim członkom zespołu zadania. Pielęgniarka/położna asystująca pielęgniarcie/położnej instrumentującej musi w każdej chwili być gotowa zastąpić pielęgniarkę instrumentującą. Ich kwalifikacje muszą być zatem jednakowe.

Pielęgniarka pracująca na co dzień na oddziale szpitalnym, nie posiadająca wymaganych kwalifikacji pielęgniarki operacyjnej, nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom jakie stoją przed nią w sytuacjach o wysokim stopniu ryzyka i nieprzewidzianych planem operacyjnym. Taka sytuacja może rzutować na bezpośrednie bezpieczeństwo operowanego pacjenta jak i konsekwencje prawne przekraczania kompetencji i uprawnień przez personel pielęgniarski.

„Pan Bóg zabiera człowieka wtedy, gdy widzi, że zasłużył na niebo”

Z ogromnym bólem i żalem pożegnaliśmy naszą koleżankę

ELŻBIETĘ MADERAK

(1957 – 2017),

która odeszła po ciężkiej walce z chorobą.

Pogodna, radosna, pełna życia, oddana swojej pracy, rodzinie, koleżankom i kolegom.

Elu zostaniesz zawsze w naszej pamięci

Pielęgniarki i położne z SPZOZ Kazimierza Wielka

*„Pan Bóg zabiera człowieka wtedy,
gdy widzi, że zasłużył na niebo”*

Koleżance

Elżbiecie Kuliś

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

TATY

składają:
pielęgniarki i położne z SPZOZ Kazimierza Wielka

Pani

Marii Porzucek

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

TEŚCIA

składają:
koleżanki z oddziału chirurgii
Szpitala Kieleckiego św. Aleksandra w Kielcach

Pani

Ewie Kusak

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają:

Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Bogusława Cwalina-Rzadkowska
oraz personel Izby Przyjęć ŚCP w Morawicy

Naszej Koleżance

Annie Chojnackiej

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składają:

Pielęgniarka Przełożona
oraz pielęgniarki i położne OLK Sp. z o.o. w Skarżysku-Kamiennej

*„Pan Bóg zabiera człowieka wtedy,
gdy widzi, że zasłużył na niebo”*

Koleżance

Małgorzacie Pietraszko

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

MĘŻA

składają

Pielęgniarka Przełożona
oraz pielęgniarki i położne OLK Sp. z o.o. w Skarżysku-Kamiennej

*„Bliscy naszemu sercu,
zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”*

Pani

Małgorzacie Dybus

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składają:

Położne Oddziału Położniczo-Ginekologicznego
Szpitala Specjalistycznego Ducha Świętego w Sandomierzu

Naszej Koleżance

Ewie Kęsce

wyrazy szczerego współczucia i słowa wsparcia
z powodu śmierci

MAMY

składają:

koleżanki pielęgniarki z oddziału ortopedii
ze Szpitala Powiatowego w Skarżysku-Kamiennej

*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nam nikt nie odbierze. Zawsze będą z nami”*

Pani

Agnieszce Świadek

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

TATY

składają:

koleżanki oddziału rehabilitacji ZOZ w Końskich

Pani

Teresie Baran

*Pielęgniarki Koordynującej Oddziału Nerwic
Świątokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy*

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

BRATA

składają:

pracownicy Oddziału Nerwic
oraz Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Bogusława Cwalina-Rzadkowska

Wyrazy współczucia dla

Marioli Marzec

*Pielęgniarki Koordynującej Oddziału Psychiatrycznego D
ŚCP w Morawicy*

z powodu śmierci

OJCA

składają:

Personel Oddziału Psychiatrycznego D
oraz Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Bogusława Cwalina-Rzadkowska



**Konferencja
„Dobre praktyki w położnictwie”
– 7 marca 2017 r.**



**Konferencja szkoleniowa z zakresu ochrony danych osobowych
oraz systemów informatycznych w ochronie zdrowia – 3 marca 2017 r.**



Konferencja „Prawo a medycyna” – 2 lutego 2017 r.

