



Nr 122 (VII) LIPIEC - SIERPIEŃ 2019

ISSN 1509-4189

# BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W RZESZOWIE





## WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych  
35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3  
www.oipip.rzeszow.pl

**Redaguje Zespół w składzie:** Anita Drażek, Edyta Bernacka, Teresa Biał, Anetta Dec-Pindłowska, Grażyna Dziadosz, Renata Florek, Anna Janiga, Lidia Kopeć, Dorota Liput, Halina Mazur, Małgorzata Sowa, Alicja Świerad, Barbara Świetlik, Agnieszka Trznadel, Maria Zborowska.

## BIURO OIPIP W RZESZOWIE:

**Przewodnicząca:** przewodniczaca@oipip.rzeszow.pl

**Sekretariat:** tel. (17) 77 88 483  
biuro@oipip.rzeszow.pl

**Dział Prawa Wykonywania Zawodu:**  
tel. (17) 77 88 485; pwz@oipip.rzeszow.pl

**Księgowość:** tel. (17) 77 88 486  
ksiegowosc@oipip.rzeszow.pl;  
skladki@oipip.rzeszow.pl; skarbnik@oipip.rzeszow.pl

**Dział merytoryczny:** merytoryczny@oipip.rzeszow.pl  
sekretarz@oipip.rzeszow.pl

**Nr konta (SKŁADKI)**  
Santander Bank Polska  
03 1500 1100 1211 0005 5678 0000

**Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie:**  
tel. (17) 77 88 490 - dyżury w każdą 2 i 4 środę  
miesiąca w godzinach 14.00 - 16.00  
e-mail: rzecznik@oipip.rzeszow.pl

**PORAD PRAWNYCH** dla członków samorządu  
udziela radca prawny Paulina Wójcik - Król  
w każdą środę od 12.00 - 16.00  
tel. (17) 77 88 483

## SZANOWNI PAŃSTWO,

Zachęcamy do przedstawiania nam tekstów poruszających problemy naszego środowiska, bądź też prezentujących ciekawe informacje dotyczące praktyki pielęgniarek i położnych. Decyzja o publikacji będzie decyzją kolegią Zespołu, odpowiadającego za merytoryczny poziom Biuletynu.

Zastrzegamy sobie prawo skracania i opracowywania przesłanych tekstów.

Nie odpowiadamy za treść ogłoszeń i ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.

Prosimy teksty dostarczać w formie elektronicznej.

**DRUK:** Drukarnia „Hetman” w Rzeszowie  
Nakład: 1.700 egzemplarzy

## W NUMERZE

Głosem Przewodniczącej .....	- 3
Z prac samorządu .....	- 4
Aktualności .....	- 5
Stanowisko Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie propozycji zmian legislacyjnych w zakresie udzielania przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych dzieciom przebywającym w żłobku .....	- 6
Korespondencja z Ministrem Zdrowia ws. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach zespołów ratownictwa medycznego w podwykonawcy .....	- 9
Korespondencja w sprawie planów utworzenia zawodu „technik pielęgniarstwa” .....	- 12
Stanowisko Prezydium NRPIP dotyczące zmian legislacyjnych dotyczących systemu ratownictwa medycznego .....	- 15
Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami - nowe kompetencje pielęgniarek .....	- 21
Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki POZ produktów leczniczych o nazwie Olfen 75 mg - roztwór do wstrzykiwań oraz Dicloratio 75 mg - roztwór do wstrzykiwań w warunkach domowych w gabinecie pielęgniarki POZ oraz w gabinecie zabiegowym lekarza POZ .....	- 22
Porównanie jakości życia pacjentów poddawanych zabiegowi hemodializy i dializowanych otrzewnowo .....	- 23
Warto wiedzieć .....	- 30
Pożegnania .....	- 31



*Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,*

*Wakacje dobiegły końca. Był to czas wzmożonej pracy i wielu ważnych wydarzeń. W odpowiedzi na korespondencję Ministra Zdrowia, Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podjęły stanowiska dotyczące planów utworzenia nowego zawodu „technik pielęgniarstwa”.*


*Samorząd zawodowy na bieżąco monitoruje zmiany dokonujące się w systemie opieki zdrowotnej i zabezpiecza interesy pielęgniarek i położnych - czego przykładem jest korespondencja z Ministrem Zdrowia dotycząca zmian legislacyjnych w systemie państwowego ratownictwa medycznego pozwalających na zastąpienie pielęgniarki oddziałowej przez ratownika medycznego - jako koordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego - szczegóły w biuletynie.*

*12 września 2019 r. wchodzi w życie ustawa wprowadzająca nowe kompetencje dla pielęgniarek pracujących w szkołach, regulująca wiele istotnych kwestii dotyczących współpracy pielęgniarki, higienistki, dyrektora, psychologa oraz rodziców.*

*Prezydent RP podpisał ustawę w sprawie ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W biuletynie zapoznacie się Państwo również z korespondencją Ministerstwa Zdrowia dotyczącą wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach zespołów ratownictwa medycznego u podwykonawcy.*

*Zapraszam do lektury biuletynu.*

Przewodnicząca ORPIP w Rzeszowie

  
Anita Drązek

### **PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZOWANIA DANYCH**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj.: zmiany nazwiska; zmiany adresu zamieszkania; zmiany miejsca pracy; ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia ltd.); informacji o zaprzestaniu wykonywania zawodu; informacji o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu; informacji o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Rzeszowie.

Aktualizacja danych jest niezmiernie ważna w momencie negocjowania warunków pracy i płacy.  
**PROSIMY O POTRAKTOWANIE SPRAWY JAKO PILNEJ.**

**AKTUALIZACJI DANYCH MOŻEMY DOKONAĆ:**  
OSOBIŚCIE - w dziale prawa wykonywania zawodu - pok. 18  
lub PISEMNIE na adres biura: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów

# Z PRAC SAMORZĄDU

---

## Posiedzenia Prezydium i Okręgowej Rady

**27 czerwiec 2019 - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.** Na posiedzeniu podjęto 47 uchwał; w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, w/s wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru OIPiP w Rzeszowie, w/s wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru podmiotów leczniczych, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, specjalizacji, studiów, w/s przyznania zapomóg losowych, zapomóg w związku z niepełnosprawnością dzieci, zapomóg w związku z przejściem na emeryturę, zapomóg z tytułu choroby przewlekłej, w/s przyznania dofinansowań do okularów, w/s oddelegowania na konferencje, w/s odmowy dofinansowania do kursów, szkoleń, okularów zgodnie z Regulaminem OIPiP w Rzeszowie.

**29 lipiec 2019 - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.** Na posiedzeniu podjęto 219 uchwał; w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, w/s wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru OIPiP w Rzeszowie, w/s wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, w/s wykreślenia z rejestru podmiotów leczniczych, w/s wydania nowego druku zaświadczenia prawa wykonywania zawodu, w/s dofinansowania do kursów, szkoleń, specjalizacji, studiów, w/s przyznania zapomóg losowych, zapomóg w związku z niepełnosprawnością dzieci, zapomóg w związku z przejściem na emeryturę, zapomóg z tytułu choroby przewlekłej, w/s przyznania dofinansowań do okularów, w/s oddelegowania na konferencje, w/s organizacji wrześnieowej konferencji z zakresu wypisywania recept, w/s odpowiedzi na apele do innych Izb, w/s odmowy dofinansowania do kursów, szkoleń, okularów zgodnie z Regulaminem OIPiP w Rzeszowie.

## Z prac OIPiP w Rzeszowie

### CZERWIEC

**11.06.2019** – Posiedzenie Zespołu Położnych Rodzinnych.

**13.06.2019** – Posiedzenie Komisji Etyki Zawodowej.

**13.06.2019** – Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

**18.06.2019** – Posiedzenie Komisji Socjalnej.

**18.06.2019** – Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

**24.06.2019** – Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

**25.06.2019** – Przewodnicząca Anita Drażek wzięła udział w posiedzeniu Rady Społecznej POW NFZ w Rzeszowie.

**25.06.2019** – Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

**27.06.2019** – Przewodnicząca Anita Drażek wzięła udział w spotkaniu u p. Wojewody. Spotkanie dotyczyło opieki długoterminowej.

**28.06.2019** – Przewodnicząca Anita Drażek uczestniczyła w wręczeniu dyplomów absolwentom pielęgniarstwa na Uniwersytecie Rzeszowskim.

**28.06.2019** – Przewodnicząca Anita Drażek wzięła udział na zaproszenie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w obchodach Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.

### LIPIEC

**12.07.2019** – Posiedzenie Komisji Rewizyjnej.

**19.07.2019** – Posiedzenie Komisji Socjalnej.

### SIERPIEŃ

**20.08.2019** – Przewodnicząca Anita Drażek uczestniczyła w spotkaniu w Urzędzie Marszałkowskim dotyczącym Strategii Rozwoju Województwa Podkarpackiego.

**23.08.2019** – Posiedzenie Komisji Socjalnej.



### Pielęgniarka będzie mogła zostać specjalistą w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży

Pielęgniarki, fizjoterapeuci, farmaceuci oraz diagności laboratoryjni będą mogli przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. Tak zakłada przyjęty przez Radę Ministrów (23.07.) projekt ustawy o zmianie ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Celem projektu jest zwiększenie dostępności do profesjonalnych usług medycznych.

Sytuacja epidemiologiczna chorób i zaburzeń psychicznych w Polsce od wielu lat wskazuje na niepokojące zjawisko wzrostu kryzysów psychicznych wśród dzieci i młodzieży. Policyjne statystyki podają, że w 2017 r. samobójstwo popełniło 116 osób w wieku 7-18 lat.

Wielu tych śmierci można by uniknąć, gdyby dzieciom w kryzysie psychicznym w odpowiednim momencie dać wsparcie odpowiedniego specjalisty – psychiatry czy psychologa.

Przyjęty przez rząd projekt nowelizacji ustawy zakłada, że do szkolenia specjalizacyjnego, np. w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, będzie mógł przystąpić nie tylko lekarz lub psycholog, ale każda osoba wykonująca zawód medyczny, np. pielęgniarka, fizjoterapeuta, farmaceuta czy diagnosta laboratoryjny.

Jeszcze szybciej zdobyć specjalizację będzie mogła osoba legitymująca się dorobkiem naukowym lub zawodowym, jeśli minister zdrowia uzna jej dorobek za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych projektowane zmiany wpłyną na zwiększenie zainteresowania odbywaniem tego typu szkolenia specjalizacyjnego przez pielęgniarki, co z pewnością przełoży się na łatwiejszy dostęp do profesjonalnej pomocy psychiatrycznej i psychologicznej.

## KĄCIK MYŚLI

---

### PAMIĄTKA

wakacyjna muszelka  
znad polskiego morza

ukryty szum morskich fal  
zapach świeżej bryzy  
widok najpiękniejszych  
zakątków Polski

muszelka wyglądająca  
jak inne  
a tak bardzo wyjątkowa

pamiątka wakacyjnej miłości  
kryjąca w swym wnętrzu  
to co najpiękniejsze  
dla serca Polaka

kolorowa mała muszelka  
oaza polskości

/Paulina Bujak/

---

### UKŁAD I ZESPÓŁ

Układ może tylko uzyskiwać korzyść  
Sukces odnosi się wyłącznie  
dzięki pracy w Zespole  
Układ wybiera  
Zespół traktuje wszystkich jednakowo  
W Układzie panuje hierarchia  
„lepszych przed gorszymi”  
W Zespole wszyscy są lojalni  
i darzą się zaufaniem  
Układ jest niestały i nieprzewidywalny  
Zespół wzmacnia potencjał jednostek i trwa  
Układ opiera się na rywalizacji zakopując talenty  
Zespół dzieli się talentami i tworzy wspólne dzieło  
Bycie w Układzie budzi niepokój  
Praca w Zespole daje siłę  
Układ odbiera tożsamość  
Zespół zachowuje osobowość  
Układ uwielbia plotki  
Zespół uznaje jawność krytyki

/Katarzyna Błaszczuk/

# AKTUALNOŚCI

## Stanowisko Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie propozycji zmian legislacyjnych w zakresie udzielania przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych dzieciom przebywającym w żłobku

NIPiP-NRPiP-DM-0025.30.2019.JP

Warszawa, dnia 15 maja 2019 r.

*Pan  
Łukasz Szumowski  
Minister Zdrowia*

Szanowny Panie Ministrze,

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

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

**1.** Określenie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, w tym:

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

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

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

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

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

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

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 11 powyższej ustawy podmiot, który utworzył żłobek ustala jego statut, określając w nim m. in. cele i zadania oraz sposób ich realizacji. Ponadto zapis art. 21 ww. ustawy, nakłada na dyrektora żłobka odpowiedzialność za organizację pracy w żłobku, zgodnie z ustanowionym wewnętrznym regulaminem



## AKTUALNOŚCI

---

organizacyjnym. Wobec powyższego dyrektorzy żłobków, chcąc zapewnić optymalną opiekę nad dzieckiem i sprostać oczekiwaniom rodziców, opracowują stosowne procedury i instrukcje w ramach wewnętrznego regulaminu organizacyjnego i kwestie związane z funkcjonowaniem żłobka, w tym określenie obowiązków pracowników, zasad ich postępowania w przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka lub podawania leków dzieciom niepełnosprawnym, przewlekle chorym. W sytuacji, kiedy dziecko wymaga podania leku, postępowanie personelu jest uzależnione od wewnętrznych uregulowań przyjętych przez placówkę oraz od kompetencji pracownika i jego zakresu obowiązków. W żłobkach obowiązują różne zasady postępowania w odniesieniu do dzieci, u których występuje konieczność podawania leków lub kontynuowania farmakoterapii.

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

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

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP  
Zofia Małas



MINISTER  
Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Warszawa, dnia 18 czerwca 2019 r.

DSR.V.840.70.2019.AB



Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

*Francuska Pani Peres*

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

Od momentu wejścia w życie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, żłobki nie są już zakładami opieki zdrowotnej, jednak część uregulowań dotyczących tych instytucji ma swoje korzenie we wcześniejszych obowiązujących przepisach. Obecnie w żłobkach, do których uczęszcza co najmniej 20 dzieci, należy zatrudnić pielęgniarkę lub położną. Jednak ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 nie określa zakresu obowiązków tej osoby - jest to

## AKTUALNOŚCI

---

zadanie dyrektora żłobka. Niewątpliwie zakres obowiązków pielęgniarki lub położnej zależy od specyfiki danego żłobka i od tego, jakie dzieci są do tej instytucji przyjmowane. Należy mieć na względzie okoliczność, że funkcje żłobka nie obejmują świadczeń zdrowotnych, choć mogą się one zawierać w funkcji opiekuńczej żłobka.

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

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

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

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

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

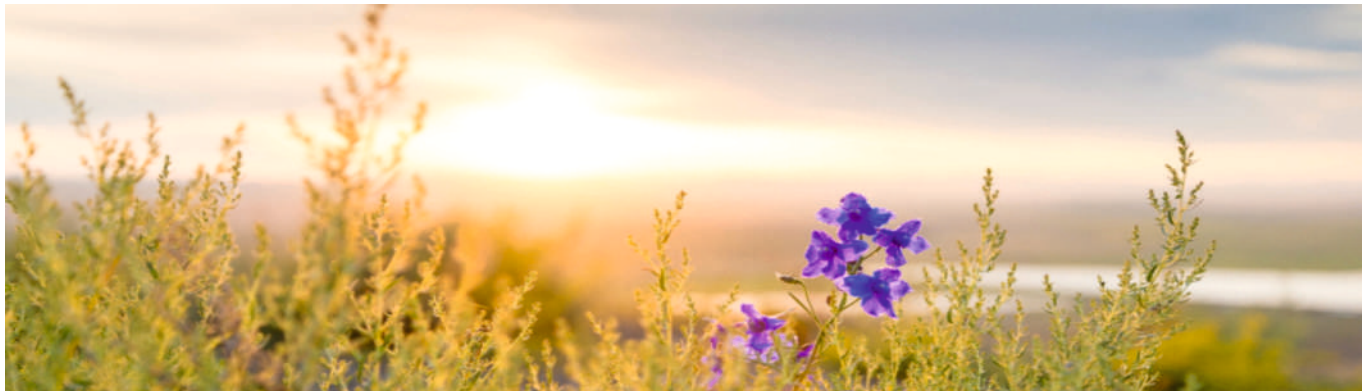
*Z up. Minister*

*Stanisław Szwed - Sekretarz Stanu*

Do wiadomości:

Pani Greta Kanownik

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
w Ministerstwie Zdrowia







### NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-OIE.060.111.2019

Warszawa, 9 lipca 2019 r.

**Pan**

**Łukasz Szumowski**

**Minister Zdrowia**

*Szanowny Panie Ministrze*

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

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

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

*Zofia Małas*

Zofia Małas

*Z Małas*

Prezes NRPiP



Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu

Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 18 lipca 2019

ROR.450.5.71.2019.TM



Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

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

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

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

Dlatego pielęgniarki i położne zatrudnione lub świadczące usługi w ramach innych umów nie są objęte wzrostem wynagrodzeń w ramach ww. przepisów przedmiotowych rozporządzeń, gdyż wykonują zawód i świadczą usługi na rzecz podmiotu, który nie jest bezpośrednio powiązany finansowaniem objętym w ramach zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Powyższe regulacje wynikają z realizacji porozumień zawartych w dniu 23.09.2015r. oraz z dnia 9.07.2018r. między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

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



## AKTUALNOŚCI

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

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

Ministerstwo Zdrowia ze swej strony będzie dążyć do kolejnej zmiany przepisów - zgodnie z Państwa postulatem.

Z poważaniem

Józefa Szczurek-Żelazko  
Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Szanowni Państwo,

**W dniach 11-12 października 2019 r organizujemy III Ogólnopolskie Forum Pielęgniarki i Położnej w Hotelu Skalite w Szczyrku. Konferencja skierowana jest do pielęgniarek oraz do położnych.**

**W trakcie obrad specjaliści przedstawiają stan wiedzy, ciekawe przypadki i praktyczne wskazówki z zakresu pediatrii, dermatologii dzieci i dorosłych, położnictwa, chorób układu oddechowego, psychiatrii, żywienia, szczepień etc. Planowana frekwencja to ok 150-200 osób.**

**PIĄTEK - 11.10.2019** - Sesja Inauguracyjna;

PEDIATRIA – co pielęgniarka i położna wiedzieć powinny; EKG w pediatrii, zaburzenia rytmu serca u dzieci; Badanie moczu, morfologia krwi – podstawowe badanie o dużych możliwościach i interpretacji; Nowe fakty w leczeniu mukowiscydozy; Wstrząs bólowy- praktyka pielęgniarska w ocenie i leczeniu bólu; DERMATOLOGIA – choroby skóry w praktyce pielęgniarskiej; Dermokosmetyki i ich praktyczne zastosowanie; Atopowe Zapalenie Skóry - problem całej rodziny; Nietypowe zmiany skórne u dzieci i dorosłych; PSYCHIATRIA - współczesne problemy cywilizacyjne; Pułapki cywilizacji, czyli kilka słów o uzależnieniach behawioralnych; Samookaleczenia i samobójstwa plagą XXI wieku. Dyskusja.

**SOBOTA - 12.10.2019** - ŻYWIENIE w okresie noworodkowym i niemowlęcym; Rola pielęgniarki w leczeniu żywieniowym pacjenta pediatrycznego; Kolka niemowlęca- co robić?; Alergia pokarmowa u niemowląt i małych dzieci - wiedza a praktyka; SZCZEPIENIA - 2019, rola pielęgniarki w realizacji PSO; Praktyczne aspekty realizacji programu szczepień A.D. 2019; Szczepienia wciąż potrzebne, czyli jak przekonać rodziców do szczepienia dzieci; Powikłania poszczepienne – fakty i mity; Szczepienia ciężarnych; CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO; Astma – od ogółu do szczegółu; Nebulizacja dzieci i dorosłych – aspekty praktyczne;; Kaszel niejedno ma imię; Alergiczny nieżyt nosa; GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO – różnorodność bez tajemnic; Depresja poporodowa – jak rozpoznawać?; Rola położnej w profesjonalnym wsparciu i edukacji w trakcie i po ciąży; Wysiłkowe nietrzymanie moczu i inne problemy uroginekologiczne – rola pielęgniarki i położnej.

Więcej informacji: [www.fpp.edu.pl](http://www.fpp.edu.pl)



## OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Rzeszowie

DISTRICT CHAMBER OF NURSES AND MIDWIVES

35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3, tel. (17) 77 88 483, fax (17) 77 88 484  
www.oipip.rzeszow.pl e-mail: biuro@oipip.rzeszow.pl

### Stanowisko nr 25

#### Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie z dnia 27 czerwca 2019 roku w sprawie planów utworzenia zawodu technik pielęgniarstwa

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wyraża zdecydowany sprzeciw wobec propozycji utworzenia nowego zawodu – technik pielęgniarstwa.

Propozycja utworzenia nowego zawodu, w ocenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, będzie prowadzić do obniżenia rangi i prestiżu zawodowej grupy zawodowej pielęgniarek i nie będzie stanowił skutecznego sposobu rozwiązania aktualnych problemów związanych z niedoborem na polskim rynku pracy pielęgniarek.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, podtrzymując dotychczas wyrażane stanowisko, że rozwiązaniem obecnych problemów związanych z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej może być większy udział w procesie ich udzielania opiekunów medycznych.

Opiekun medyczny to zawód, który został wprowadzony do klasyfikacji zawodów w Polsce od lipca 2007 roku. Opiekun medyczny, zgodnie z założeniami programu kształcenia, ma w sposób profesjonalny pomagać osobie chorej i niesamodzielnej zaspokoić jej podstawowe potrzeby życiowe. Asystując personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, opiekun medyczny ma stanowić dla niego pomoc i jednocześnie wspiera osobę chorą i niesamodzielną. Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej osobie chorej i niesamodzielnej podejmuje współpracę z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym.

Tym samym uznać należy, że utworzenie nowego zawodu, które w rzeczywistości może doprowadzić do obniżenia poziomu kształcenia pielęgniarek, nie ma swojego faktycznego uzasadnienia. W związku z powyższym zasadnym jest wskazanie, że rozwiązaniem aktualnych problemów w zakresie dostępu do usług opiekuńczych mogą być odpowiednie regulacje prawne uwzględniające w systemie świadczeń opieki zdrowotnej opiekunów medycznych. Ponadto zmiany w zawodzie pielęgniarki powinny przede wszystkim polegać na poprawie warunków pracy, przez chociażby systematyczne i realne podnoszenie wynagrodzeń.

Sekretarz  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Rzeszowie  
*mgr Dorota Liput*

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Rzeszowie  
*mgr Aneta Dzięczek*



## Nie dla zawodu technika pielęgniarstwa – Stanowisko Prezydium NRPIP



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

**Stanowisko Nr 27**  
**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
**z dnia 9 lipca 2019 r.**  
**w sprawie utworzenia nowego zawodu „TECHNIK PIELEŃNIARSTWA”**

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

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

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

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

W ocenie Prezydium NRPIP problem stanowi również aktualnie niezatrudnianie absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo przez podmioty realizujące świadczenia zdrowotne. Dlatego wprowadzenie dodatkowego szczebla kształcenia nie będzie skutkowało wzrostem liczby potencjalnych pracowników do realizacji pielęgniarstkich świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie kształcenia średniego niewątpliwie przyczyni się do obniżenia poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. Kształcenie średnie sprawdziło się w przeszłości, gdy w systemie służby zdrowia potrzebny był pracownik realizujący świadczenia pomocnicze na rzecz świadczeń lekarskich. Obecnie pielęgniarstwo i położnictwo to samodzielne zawody medyczne wymagające nie tylko przygotowania w zakresie wykonywania standardowych procedur ale również samodzielnego podejmowania decyzji diagnostycznych, profilaktycznych, terapeutycznych i ratunkowych, co wymaga szerokiego zakresu wiedzy i umiejętności. W całym rozwiniętym świecie medycznym obserwuje się substytucję usług, czego wyrazem w RP było wprowadzenie dla pielęgniarek i położnych uprawnienia do ordynacji leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

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

# AKTUALNOŚCI

---

stacjonarnym. Stąd też zasadnym jest podejmowanie działań systemowych dla zwiększenia możliwości zatrudnienia już wykształconych absolwentów zawodów pomocniczych takich jak np. opiekun medyczny.

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

*Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP  
Zofia Małas*

---

**MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ  
SEKRETARZ STANU  
Pełnomocnik Rządu do spraw wspierania wychowawczej funkcji szkoły**

Warszawa, 02 sierpnia 2019 r.

DSKKZ-WOKZ.423.30.2019.UB

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

*Szanowna Pani Prezes,*

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

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

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

*Z wyrazami szacunku*

*Iwona Michałek  
Sekretarz Stanu  
/podpisany cyfrowo/*

---

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

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



## Sprzeciw NRPIP wobec zmian legislacyjnych dotyczących systemu Ratownictwa Medycznego – STANOWISKO PREZYDIUM NRPIP



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

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

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

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

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

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

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

Wprowadzane zmiany uważamy za naruszenie interesu publicznego, na straży której stoi Minister Zdrowia oraz samorząd pielęgniarek i położnych – realizujący zadania władzy publicznej zgodnie z art. 17 Konstytucji RP i ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.2018, poz.916). W interesie publicznym – przez, który rozumiemy zarówno interes pacjentów, jaki interes skoordynowanej pracy zespołów medycznych. Uważamy za konieczne podjęcie pilnych prac nad zmianą wprowadzonych zapisów i stanowczych działań hamujących - błąd organizacyjny - nieszanowania godności zawodów pielęgniarki i ratownika medycznego - wprowadzając regulacje prawne prowadzące do konfliktów pomiędzy tymi zawodami, jak i kadrą zarządzającą w podmiotach leczniczych oraz wprowadzania rozwiązań prawnych grożących naruszeniu bezpiecznych warunków pracy personelu szpitalnych oddziałów ratunkowych i bezpieczeństwa pacjentów.

#### UZASADNIENIE:

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

# AKTUALNOŚCI

---

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

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

Z przywołanych powyżej przepisów można wnioskować, iż Minister Zdrowia zamiennie traktuje zawód pielęgniarki systemu i ratownika medycznego. Pierwsza kwestia, to kierowanie lub koordynacja szpitalnym oddziałem ratunkowym. Zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (Dz.U.2018.2190 t.j.) w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko:

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

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

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

Wprowadzenie systemu koordynacji w szpitalnych oddziałach jest obecnie formalnie możliwe – tylko dla personelu lekarskiego (art. 49 ust. 7 u.dz.l.). Ponadto, pod względem merytorycznym – możliwość sprawowania koordynacji pracą zespołu może dokonywać tylko osoba o większych kwalifikacjach i umiejętnościach, a zgodnie z systemem kształcenia i nabytymi kwalifikacjami zawodowymi i umiejętnościami oraz zgodnie z wymaganiami jakie stawia się dla nabycia statusu „pielęgniarki systemu” i „ratownika medycznego” – takie uprawnienia ma tylko pielęgniarka systemu.

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

Status pielęgniarki systemu może uzyskać osoba:

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

Wynika z powyższego, iż ustawodawca dbając o jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów postawił wysokie wymagania zarówno formalne i merytoryczne, jak i etyczne - dla osób chcących wykonywać pracę na stanowisku – pielęgniarki systemu. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na (art. 4 ust.1 u.z.p.p.):

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;



# AKTUALNOŚCI

---

- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgniacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

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

- rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną,
- wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę,
- wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną, biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków.

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

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

- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
- wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: "Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego", z zastrzeżeniem ust. 2;
- spełnia określone wymagania w zakresie uzyskania formalnego dokumentu potwierdzającego ukończenie wymaganego kształcenia.

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

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

Zakres czynności wykonywanych przez ratownika medycznego szczegółowo został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U.2019.993 t.j). Wypracowany status zawodowy pielęgniarki, w tym pielęgniarki systemu oraz ratownika medycznego – wyraźnie wskazuje, iż uprawnienia pielęgniarki systemu mogą uzyskać tylko osoby mające wcześniej wykształcenie pielęgniarskie, uzyskujące dodatkowe kwalifikacje w ramach specjalizacji oraz muszą wykazać określony staż pracy.

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

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

Pragniemy przypomnieć, iż:

- anestezja – wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
- intensywna terapia – postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2016.2218).

## AKTUALNOŚCI

---

Zgodnie z w/w prowadzoną analizą – medyczne czynności ratunkowe – do których upoważnieni są ratownicy medyczni nie są terminem zamiennym z anestezją i intensywną terapią, a ratownik medyczny nie ma prawa wykonywania swojego zawodu w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Zgodnie z §10 z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2016.2218): Świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii. Świadczenia na anestezjologii i intensywnej terapii mogą udzielać tylko lekarze specjaliści z zakresu anestezjologii i pielęgniarstwa anestezjologiczne. Pielęgniarka anestezjologiczna to pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Czyli osoby, które oprócz spełnienia wymogów do uzyskania prawa wykonywania zawodu, muszą uzyskać dodatkowe szczególne umiejętności.

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

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

### WNIOSKI.

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

Pielęgniarka systemu ma zdecydowanie szerszy zakres kwalifikacji zawodowych i umiejętności oraz zdecydowanie szersze uprawnienia do wykonywania świadczeń samodzielnych bez zlecenia lekarskiego i sprawowania całościowej opieki nad pacjentem w szpitalnym oddziale ratunkowym. Nadzór i kierownictwo nad wykonywaniem zawodu pielęgniarki w oddziale szpitalnym może sprawować tylko pielęgniarka oddziałowa, co już wielokrotnie potwierdzono w judykaturze. W zakresie medycznym pielęgniarka jest częścią zespołu terapeutycznego, gdzie koordynatorem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych jest lekarz.

Ustanowienie koordynatorem pracy pielęgniarki, w tym pielęgniarki systemu – ratownika medycznego – jest merytorycznie i prawnie niedopuszczalne. Uważamy także, iż obecnie wprowadzona zmiana jest co najmniej wyrazem lobbingu określonych środowisk z pominięciem merytorycznego zaplecza środowiska pielęgniarskiego. Pielęgniarką systemu jest to osoba, która posiada kwalifikacje zawodowe zarówno do pracy na szpitalnym oddziale ratunkowym, jak i w innych szpitalnych oddziałach, w tym w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. W obecnym stanie prawnym i przyjętym modelu opieki nad pacjentem - w ramach pracy na szpitalnych oddziałach - ratownik medyczny może być jedynie zatrudniany w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Nie ma żadnych przesłanek ani medycznych, ani merytorycznych ani systemowych, aby ratownik medyczny mógł być zatrudniony na innych szpitalnych oddziałach.

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

*Sekretarz NRPiP*

*Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP*

*Zofia Małas*





## OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD KRAJOWY

---

Warszawa, dnia 10.07.2019 r.

### STANOWISKO

**Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
w sprawie konieczności zmiany zapisu § 12 ust. 1 pkt. 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 27-06-2019r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2019r. poz. 1213)**

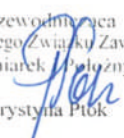
Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oczekuje pilnej zmiany zapisu § 12 ust. 1 pkt. 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27-06-2019r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2019r. poz. 1213). Przepis ten stwierdza, że minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 4 i 5.

Oznacza to, że Minister Zdrowia zdecydował się na bardzo ryzykowną sytuację jaka może powstać w praktyce w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, gdzie stanowisko koordynatora pracy pozostałych pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych oraz personelu pomocniczego SOR obejmie osoba wykonująca zawód ratownika medycznego.

Zgodnie z art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi (zapis identyczny jak u lekarzy). Tymczasem ratownik medyczny nie jest samodzielnym zawodem medycznym. Oczywiście nikt nie kwestionuje faktu, że ratownik medyczny ma prawo do wykonywania zawodu, ale zwracamy jedynie uwagę, że nie jest to w Polsce samodzielny zawód medyczny. Z tego też powodu niedopuszczalne jest zaistnienie sytuacji, że funkcję koordynatora w SOR obejmie ratownik medyczny, który będzie koordynował (nadzorował, wydawał polecenia służbowe, oceniał i rozliczał) zatrudnione w SOR pielęgniarki i pielęgniarki,

Zapis ten wymaga szybkiej zmiany przez Ministra Zdrowia.

W imieniu Zarządu Krajowego OZZPiP

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
  
Krystyna Ptak

---

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy z siedzibą w Warszawie

ul. Podwale 11 lok. 311 | 00-252 Warszawa tel. (022) 504 42 67 | 504 42 69 | fax. (022) 504 42 54 | e-mail: [biuro@ozzpip.com.pl](mailto:biuro@ozzpip.com.pl) | [www.ozzpip.com.pl](http://www.ozzpip.com.pl)

NIP: 888-20-68-724 | REGON: 910234133

## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZESTRZEGA PRZED NIEUCZCIWYMI ORGANIZATORAMI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH.

W związku z pojawiającymi się niepokojącymi informacjami na temat nieuczciwych organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, przypominamy, że zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej:

### Organizatorami kształcenia mogą być:

1. uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;
2. inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe (prowadzonego przez ORPIP lub NRPIP).

### Warunkami prowadzenia kształcenia podyplomowego są:

1. posiadanie programu kształcenia, o którym mowa w art. 78 ust. 1 lub 2;
2. zapewnienie kadry dydaktycznej o kwalifikacjach odpowiednich dla danego rodzaju kształcenia, zgodnych ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia;
3. zapewnienie bazy dydaktycznej odpowiedniej do realizacji programu kształcenia, w tym dla szkolenia praktycznego, zgodnej ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia;
4. posiadanie wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia, uwzględniającego narzędzia oceny jakości kształcenia oraz metody tej oceny.

Organizator kształcenia jest obowiązany pielęgniarce lub położnej zakwalifikowanej do:

- specjalizacji,
- kursu kwalifikacyjnego,
- kursu specjalistycznego,

wydać adekwatnie:

- kartę specjalizacji,
- kartę kursu kwalifikacyjnego,
- kartę kursu specjalistycznego,

które wraz z wymaganymi wpisami oraz potwierdzeniami i zaliczeniami stanowią dowód ukończenia kształcenia podyplomowego.

Ponadto przypominamy, że kształcenie podyplomowe w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych prowadzone jest na podstawie programów kształcenia zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia.

Zapisy odnoszące się do stosowanych metod i środków dydaktycznych, metod sprawdzania efektów kształcenia, warunków zaliczenia, jak również rodzaju i liczby godzin dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia **NIE PRZEWIDUJĄ METODY E-LEARNINGU.**

Warto również przed przystąpieniem do kształcenia podyplomowego zapoznać się z przepisami określonymi w: rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych; ustawie o zawodach pielęgniarek i położnych z dnia 15 lipca 2011 r. (Rozdział 6) oraz programem kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na który chcemy się zapisać, gdzie określono warunki przeprowadzenia danego kształcenia:

- programy szkoleń specjalizacyjnych,
- programy kursów kwalifikacyjnych,
- programy kursów specjalistycznych.

Szczegółowych informacji czy dany organizator kształcenia może prowadzić kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych można uzyskać w swojej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych lub w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

źródło: [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)

## USTAWA O OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI – nowe kompetencje pielęgniarki

Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami standaryzuje zakres opieki zdrowotnej nad uczniami kładąc nacisk na profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną. W szczególności ustawa zapewni dostęp do opieki zdrowotnej w szkole oraz dostęp dzieci i młodzieży do gabinetów stomatologicznych. Osobami odpowiedzialnymi za sprawowanie opieki zdrowotnej będą: pielęgniarka nauczania i wychowania albo higienistka szkolna oraz lekarz dentysta.

Wchodząca w życie 12 września br. ustawa jest pierwszym tego typu aktem prawnym, który zapewnia kompleksowość oraz integrację działań osób sprawujących opiekę zdrowotną (pielęgniarki, lekarza) nad uczniami. Podnosi również znaczenie promocji zdrowia, profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej dla zachowania zdrowia.

W przypadku świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę, świadczenie będzie realizowane w gabinetach profilaktyki zdrowotnej. W przypadku realizacji świadczeń stomatologicznych – w gabinetach stomatologicznych (w szkole lub poza nią) lub dentobusach. W zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w sprawowaniu opieki stomatologicznej nad uczniami będzie mogła uczestniczyć również higienistka stomatologiczna.

Ustawa nakłada nowe obowiązki na osoby sprawujące opiekę zdrowotną polegające na udzielaniu świadczeń, jak również współdziałanie z innymi podmiotami. Po raz pierwszy określono zakres współpracy między rodzicami a pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną, a także współpracy między podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami (pielęgniarka lub higienistka szkolna, lekarz dentysta), podmiotami zapewniającymi warunki organizacyjne tej opieki (dyrektor szkoły, organ prowadzący szkołę) oraz nauczycielami i innymi pracownikami szkoły (pedagog szkolny). Określono także organizację opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole. Działania te mają realnie wesprzeć rodziców w skutecznej realizacji prawa ucznia do świadczeń zdrowotnych.

Za zapewnienie gabinetu profilaktyki zdrowotnej oraz gabinetu dentystrycznego odpowiada organ prowadzący szkołę, który będzie udostępniać pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania albo higienistce szkolnej gabinet profilaktyki zdrowotnej nieodpłatnie. Monitorowanie opieki zdrowotnej nad uczniami realizowane będzie przez wojewodów oraz Instytut Matki i Dziecka.

Nowe przepisy wejdą w życie 12 września 2019 r.

*źródło: nipip.pl*

---

## POWSTANIE STANDARD ŻYWIENIA SZPITALNEGO DLA Kobiet W CIĄŻY

1 października 2019 r. wystartuje pilotaż programu „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”, który przewiduje wypracowanie jednolitych standardów określających zasady żywienia szpitalnego. To rozwiązanie dotyczyć będzie na razie oddziałów ginekologiczno-położniczych, czyli kobiet w ciąży i w okresie poporodowym. W szczególności ma się odbywać poprzez podniesienie jakości żywienia hospitalizowanych kobiet, zwiększenia ich wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania, jak również wyrobienia dobrych nawyków żywieniowych. Projekt zakłada również podniesienie stawki żywieniowej. Wyżywienie pacjentów hospitalizowanych wynika m. in. z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). Do tej pory kwestie dotyczące stawki żywieniowej, czy norm żywieniowych nie było uszczegółowione a pozostawało w gestii dyrektorów szpitali. Obecnie szpitale nie zapewniają pacjentkom specjalnie dobranej diety do ich potrzeb a otrzymują standardowe posiłki, takie jak wszyscy hospitalizowani. Średnia dzienna stawka żywieniowa w szpitalach wynosi 14 zł.

Projekt zarządzenia w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” zakłada podwojenie stawki podstawowej przeznaczanej na finansowanie tej grupy pacjentów. Pozostałe koszty, jak wynagrodzenie dietetyka, działania edukacyjne – stanowić będą 30% stawki żywieniowej, czyli w sumie 18,20 zł.

W szczególności realizacja pilotażu ma zapewnić odpowiednie wyżywienie kobiet w ciąży i w okresie poporodowym, konsultacje dietetyczne oraz edukację w zakresie prawidłowego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym. Co więcej poradnictwo dietetyczne polegające na dostosowaniu diety do indywidualnych potrzeb ma być prowadzone również po wyjściu kobiety ze szpitala. W ramach Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej będzie można uzyskać darmową konsultację dietetyczną on-line. W tym celu stworzony został portal [www.ncez.pl](http://www.ncez.pl).

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dobrze, że powstał taki projekt, który zwraca uwagę na bardzo ważny problem, jakim jest edukacja zdrowotna w zakresie racjonalnego odżywiania. Dla kobiety w ciąży i w okresie poporodowym pobyt w szpitalu często jest jedynym momentem, kiedy może poznać zasady racjonalnego żywienia. Projekt zarządzenia skierowany został do konsultacji publicznych 2 czerwca br. Pilotaż programu ma ruszyć w październiku tego roku i potrwać 2 lata.



# OPINIA KONSULTANTA

**KONSULTANT KRAJOWY**  
**w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego - BEATA OSTRZYCKA**  
Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach  
11-001 Dywity, ul. Jeżynowa 16, e-mail:bostrzycka@wp.pl, tel. (89) 512 01 22, 605 099 120

*Dywity, 10 czerwiec 2019 r.*

## **OPINIA w sprawie podawania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej produktów leczniczych o nazwie Olfen 75 mg - roztwór do wstrzykiwań oraz Dicloratio 75 mg - roztwór do wstrzykiwań w warunkach domowych w gabinecie pielęgniarki POZ oraz w gabinecie zabiegowym lekarza POZ.**

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

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

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

Wobec powyższego zapisu pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, realizująca świadczenia w zakresie pielęgniarstwa POZ - nie zapewnia w gabinecie pielęgniarki POZ aparatury ratowniczej, gdyż nie wynika to z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki POZ oraz warunki realizacji. Jednocześnie w warunkach domowych również nie zapewnia w neseserze pielęgniarki aparatury ratowniczej.

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

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

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

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

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

**KONSULTANT KRAJOWY**  
**w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego**  
Beata Ostrzycka

## PORÓWNANIE JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PODDAWANYCH ZABIEGOWI HEMODIALIZY I DIALIZOWANYCH OTRZEWNOWO

Joanna Ostrowska

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie, jakością życia w naukach medycznych, szczególnie w tych, które mają do czynienia z chorobami przewlekłymi. Choroby nerek, zwłaszcza w schyłkowym stadium, są chorobami nieuleczalnymi, gdzie wyzdrowienie jest niemożliwe i nie jest celem zabiegów medycznych. Postęp medycyny dostarcza wciąż nowej wiedzy jak wydłużyć życie chorych z krańcową niewydolnością nerek, ale jak poprawić jego, jakość wciąż w dużym stopniu pozostaje niejasne [1].

Naukowcy, oraz klinicyści zaczęli zwracać baczną uwagę na to, aby lecząc nie tylko dodawać lat do życia, ale przede wszystkim życia do lat. Widoczne jest to szczególnie, w przypadku, gdy przy obecnym stanie wiedzy medycznej, nie jesteśmy w stanie wyleczyć, ale możemy starać się by choroba jak najmniej upośledzała dotychczasowe życie pacjenta.

Pojawia się tu wyraźna rozbieżność pomiędzy oceną stanu zdrowia dokonaną przez lekarza na podstawie parametrów fizjologicznych, w których wypatrujemy polepszenia stanu zdrowia, a subiektywnie odczuwaną, jakością życia pacjenta (zdolność do funkcjonowania w społeczeństwie, rodzinie, w pracy, posiadanie potomstwa, bycia wolnym od bólu). Przykładem może być przedłużenie życia dzięki zabiegom nerkozastępczym [1].

Im bardziej procedura dializacyjna przypomina naturalne odtruwanie drogą nerek, a więc zapewnia ciągłość i odpowiednią intensywność, tym większej poprawy, jakości życia można się spodziewać u chorych leczonych tą metodą [2].

Aby zapewnić choremu jak najlepszą, jakość życia, dobór metody leczenia nerkozastępczego powinien być zindywidualizowany, dostosowany do wieku pacjenta, jego stanu zdrowia, a także uwzględniać świadomy wybór pacjenta.

Praca składa się z trzech rozdziałów. Rozdział pierwszy zawiera ogólne informacje na temat chorób nerek. Przedstawiono w nim: zarys historyczny leczenia nerkozastępczego w Polsce i na świecie, podstawowe jednostki chorobowe wymagające dializoterapii, ostrą i przewlekłą niewydolność nerek. Przedstawiono istotę, cel i przebieg hemodializy i dializy otrzewnowej. Opisa- no także zagadnienia związane z jakością życia chorych dializowanych. Rozdział drugi to metodologiczne podstawy pracy. Przedstawiono w nim cel i uzasadnienie wyboru tematu pracy, metody, techniki, problemy badawcze oraz organizację i przebieg badań. Rozdział trzeci zawiera analizę jakościową i ilościową zebranych artykułów na temat jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo.

### Historia leczenia nerkozastępczego w Polsce i na świecie.

Leczenie nerkozastępcze ma dwie formy: dializoterapię i transplantologię nerek. Dializoterapia, czyli leczenie dializami jest najczęściej realizowane za pomocą dwóch metod: hemodializy tj. dializy pozaustrojowej, oraz dializy otrzewnowej, czyli wewnątrzustrojowej [3].

#### Hemodializa.

Hemodializa jest najbardziej rozpowszechnioną metodą dializoterapii. Pierwszą osobą, która opisała dializę krwi poprzez błonę półprzepuszczalną, był angielski uczonec B. R. Richardson. Miało to miejsce w 1889 roku w Londynie [4]. W Stanach Zjednoczonych w 1913 roku trzech uczeni J. J. Abel, L. Rowntree i B. B. Turner skonstruowali pierwszy aparat do hemodializy i za jego pomocą przeprowadzili pierwsze eksperymenty na psach. Usunęli tą metodą podane wcześniej zwierzętom salicylany. W 1924 r. w Niemczech, została przeprowadzona pierwsza dializa na człowieku, trwała 15 minut, druga hemodializa wykonana u młodego chłopca trwała 35 minut [5].

Pionierem stosowania hemodializy u chorych z mocznicą był holenderski lekarz Willem Kolff. Pierwszą hemodializę wykonał w 1943 r. w Holandii, używając aparatu skonstruowanego wspólnie z inżynierem Hendrickiem Berkiem. Jako błony półprzepuszczalnej Kolff użył rury celofanowej, służącej do produkcji kiełbas [5]. Kolff w ten sposób zapoczątkował rodzaj leczenia, który po wielokrotnych modyfikacjach do tej pory uratował i nadal ratuje życie setkom tysięcy ludzi z ostrą i przewlekłą niewydolnością nerek. W ciągu ponad pięćdziesięciu lat, które minęły od tego czasu, aparaty do hemodializy ulegały kolejnym modyfikacjom. Stosowane obecnie są znacznie bardziej niezawodne, pozwalające na przeprowadzenie bezpiecznego i efektywnego zabiegu. Dializatory kapilarne cechują się coraz lepszą jakością, zarówno jeśli chodzi o cały proces dializy jak i ultrafiltrację [3].

W Polsce pierwszy zabieg hemodializy wykonano w Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Poznaniu, kierowanej przez prof. Jana Rogulskiego. Miało to miejsce 6 listopada 1958 r. Kolejnym ośrodkiem wykonującym zabieg hemodializy była I Klinika Chorób Wewnętrznych w Warszawie. Kolejne ośrodki powstały w Łodzi, Krakowie, Katowicach, Gdańsku, Bytomiu, Wrocławiu. Początkowo hemodializy wykonywane były u pacjentów z ostrą niewydolnością nerek, po odkryciu dostępu naczyniowego, rozpoczęto także leczenie chorych z przewlekłą niewydolnością nerek

Praktyczny początek dializoterapii przewlekłej należy datować na lata sześćdziesiąte, kiedy Cimino

i Brescia zaproponowali podskórne połączenie tętno-czo-żylne (przetokę), służącą do wielokrotnego nakłuwania. Ten rodzaj dostępu po wielu modyfikacjach przetrwał do chwili obecnej [3].

## **Dializa otrzewnowa.**

Dializa otrzewnowa jest metodą oczyszczania krwi, w której jako błonę półprzepuszczalną wykorzystuje się otrzewną chorego. Pierwsze tego typu próby podjęto w XIX wieku. W 1894 r. angielski fizjolog Ernest Sterling przedstawił badania nad wymianą substancji przez błonę otrzewnową [5]. W 1927 r. w Szwajcarii wykonano pierwszy zabieg u ludzi, który można uznać za właściwą dializę otrzewnową [4].

Przełomem w dializie otrzewnowej stało się wprowadzenie do użycia silastikowego cewnika w 1968 r. w Stanach Zjednoczonych. Innym ważnym faktem było zastosowanie w końcu lat siedemdziesiątych modyfikacji w postaci ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej. Ta forma dializy zdobyła uznanie na całym świecie [3]. W Polsce po raz pierwszy dializę otrzewnową wykonali w Warszawie chirurg Jan Nielubowicz i internista, nefrolog Tadeusz Orłowski w 1953 r. Pierwszy zabieg zakończył się niepowodzeniem. Od połowy lat sześćdziesiątych w wielu ośrodkach dializacyjnych m.in. w Warszawie, Lublinie, Krakowie, Poznaniu leczono chorych powszechną formą dializy otrzewnowej. W 1979 r. rozpoczęto stosowanie ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej w ośrodku dializ WAM pod kierunkiem prof. Z. Wańkowicza. Od tego czasu obserwowano stały, powolny wzrost liczby dializowanych tą metodą [5].

Dalszy rozwój dializy otrzewnowej stwarzać będzie szanse leczenia dla pacjentów w podeszłym wieku, dla małych dzieci, dla pacjentów z nefropatią cukrzycową, oraz dla tych chorych, u których istnieją duże trudności z dostępem naczyniowym [3].

## **Jednostki chorobowe wymagające konieczności leczenia nerkozastępczego.**

Do tych jednostek zaliczyć należy ostrą i przewlekłą niewydolność nerek.

### **Ostra niewydolność nerek.**

Ostrą niewydolnością nerek określamy stan chorobowy, w którym gwałtownie czasami w ciągu kilku dni, dochodzi do zmniejszenia ilości oddawanego moczu tzw. skąpomocz. Przez skąpomocz rozumiemy takie zmniejszenie diurezy dobowej, która uniemożliwia usunięcie z organizmu produktów przemiany materii, zwykle objętość ta nie przekracza 400ml [6].

W wyjątkowych przypadkach, ostrej niewydolności nerek towarzyszy wielomocz - diureza dobową powyżej 2 litrów, mocz taki jest jednak niedostatecznie zagęszczony i mimo dużej objętości w organizmie dochodzi do gromadzenia się szkodliwych substancji, a to z kolei prowadzi do objawów ostrej mocznicy [6].

Ostra niewydolność nerek jest zespołem klinicznym najczęściej odwracalnym, występuje u około 5% pacjentów hemodializowanych na oddziałach inten-

sywnej terapii oraz pooperacyjnych kardiochirurgicznych. Ponad 50% wszystkich przypadków ostrej niewydolności nerek ma związek z urazem, lub zabiegiem operacyjnym, 10% stanowią przyczyny związane z okresem ciąży, porodu, połogu. W zależności od mechanizmu powstania od mechanizmu powstania ostrą niewydolność nerek dzielimy na przednerkową (czynnościową), miąższową (zapalna i niezapalna), i pozanerkową (obstrukcyjną) [7].

Ostra przednerkowa niewydolność nerek jest następstwem zmniejszenia przepływu krwi przez nerki i niedokrwienia nerki. Najczęstszą przyczyną takiego stanu może być krwotok np. z przewodu pokarmowego, dróg rodnych, odwodnienia np. z powodu biegunki, wymiotów - głównie u ludzi w podeszłym wieku, którzy nie są w stanie zaspokoić pragnienia lub go nie odczuwają, oraz przesunięcie płynów z łożyska naczyniowego do jamy otrzewnowej np. w zapaleniu otrzewnej, trzustki. Inną przyczyną przednerkowej niewydolności nerek mogą być zaburzenia pracy serca np. zawał serca, zator tętnicy płucnej oraz zaburzenia naczyniowe występujące w wyniku uogólnionego zakażenia krwi, czy też różnych typów wstrząsu. Jeśli uda się w krótkim czasie zlikwidować niedokrwienie nerek, usuwając jedną z wyżej wymienionych przyczyn, możliwy jest szybki powrót prawidłowej funkcji nerek i nie dochodzi do rozwoju ostrej nerkowej niewydolności nerek [6].

Przyczyny ostrej nerkowej niewydolności nerek dzielimy na zapalne i niezapalne. Do zapalnych m. in. należą: choroby dotyczące pierwotnie naczyń nerkowych np. zapalenie naczyń, ostre, podostre i gwałtownie postępujące kłębuszkowe zapalenie nerek. Niezapalne przyczyny to: martwica cewek nerkowych spowodowana niedokrwieniem nerek w wyniku przedłużającego działania czynników wywołujących przednerkową ostrą niewydolność nerek. Ponadto martwice cewek nerkowych mogą powodować czynniki toksyczne np. leki, środki kontrastowe [7].

Poza nerkowa ostra niewydolność nerek powoduje utrudnienie odpływu moczu w wyniku obustronnego zamknięcia moczowodów (kamica moczowa, ucisk z zewnątrz na moczowody, nacieki nowotworowe), zamknięcie dróg moczowych na wysokości szyjki pęcherza lub zamknięcie cewki moczowej (choroby gruczołu krokowego) [7].

W ostrej niewydolności nerek o typowym przebiegu wyróżnia się 4 okresy: wstępny, skąpomocz, wielomocz, zdrowienie. Początek niewydolności jest zwykle maskowany objawami choroby podstawowej, zwykle po kilkunastu godzinach od zadziałania czynnika wywołującego ostre uszkodzenie nerek dochodzi do zmniejszenia ilości oddawanego moczu, lub całkowitego jego zatrzymania. W zależności od przyczyny niewydolności, a tym samym tempa ogólnoustrojowych przemian w organizmie, w ciągu kilku dni dochodzi do rozwoju ostrej mocznicy [6].



Leczenie ostrej niewydolności nerek polega na zwalczaniu choroby podstawowej, oraz leczeniu skutków samej niewydolności nerek. Rokowania w ostrej niewydolności nerek zależą głównie od przyczyny ją wywołującej. Istotnym czynnikiem jest także wiek chorego oraz ogólny stan zdrowia. Im bardziej zaawansowany wiek: nerkowe objawy niewydolności nerek tym powrót do zdrowia jest trudniejszy. Po ostrej niewydolności nerek może nastąpić całkowite wyzdrowienie, lub funkcja nerek ulegnie umiarkowanemu upośledzeniu, w takim przypadku konieczna jest stała opieka specjalisty, gdyż z biegiem lat funkcja filtracyjna nerek ulega pogorszeniu [6].

## **Przewlekła niewydolność nerek.**

Przewlekła niewydolność nerek jest zespołem chorobowym, który rozwija się, jako następstwo uszkodzenia bądź zmniejszenia liczby czynnych nefronów przez różne procesy chorobowe toczące się w miąższu nerki. O przewlekłej niewydolności nerek można mówić, kiedy stopień filtracji kłębuszkowej (GFR) spadnie poniżej 60ml/min. i obniżenie to utrzymuje się powyżej trzech miesięcy [8].

Wyodrębniono 5 stadiów przewlekłej choroby nerek: (PChN)

### Stadium I.

Początkowe stadium PChN bardzo często przebiega bezobjawowo, a objawy zależą od przyczyny nefropatii, mogą to być objawy związane z zespołem nerczycowym, nawracającymi zakażeniami układu moczowego, kamicą. W tym stadium GFR jest prawidłowe, w badaniach laboratoryjnych lub obrazowych obserwuje się cechy uszkodzenia nerek np. albuminurię, białkomocz, krwinkomocz, torbiele w USG [8].

### Stadium II.

Objawy stopniowo narastają w miarę postępu niszczenia miąższu nerek przez proces chorobowy. Jeśli chory zaadaptuje się do powoli narastających zmian może nie odczuwać żadnych dolegliwości. W stadium tym nadal dominują objawy związane z chorobą nerek, stopniowo dochodzi do upośledzenia zagęszczenia moczu, co objawia się koniecznością oddawania moczu w nocy. W tym stadium może wystąpić niedokrwistość, szczególnie u chorych z nefropatią cukrzycową.

### Stadium III.

Obniża się stopniowo GFR, występuje wielomocz, oraz zwiększone pragnienie, u większości pacjentów występuje nadciśnienie tętnicze. Nie wszystkie objawy kliniczne pojawiają się jednocześnie, jako pierwsze najczęściej odczuwane są objawy ze strony przewodu pokarmowego w postaci zaburzeń łaknienia, nudności, wymioty. W surowicy krwi obserwujemy podwyższenie stężenia mocznika, kreatyniny, występuje niedokrwistość [8].

### Stadium IV.

Objawy kliniczne i biochemiczne postępują wraz z nasileniem stopnia upośledzenia wydolności nerek [8].

### Stadium V.

Pojawiają się objawy upośledzające prace poszczególnych układów. Ze strony układu pokarmowego występują nudności, wymioty, brak łaknienia, uporczywe czkawki, pojawia się charakterystyczny zapach z ust, określany jako zapach amoniaku lub nieświeżych ryb. Skóra staje się sucha, łuszcząca się z licznymi zadrapaniami. Pojawia się męczliwość, rozdrażnienie, przygnębienie, zaburzenia koncentracji. Charakterystyczne jest odwrócenie rytmu snu i czuwania. W późniejszym okresie pojawia się apatia, depresja, dezorientacja, omamy, zaburzenia świadomości i w końcu śpiączka mocznikowa [8].

Moment, w którym należy rozpocząć leczenie za pomocą dializ ustala lekarz. U chorych z nefropatią cukrzycową rozpoczyna się dializoterapię znacznie wcześniej niż u pacjentów z tak zwanymi pierwotnymi chorobami nerek, chorzy z wielotorbielowością nerek zwykle kwalifikowani są do dializ znacznie później, ze względu na brak objawów klinicznych, mimo znacznie większych stężeń mocznika i kreatyniny we krwi [9].

Wraz z rozwojem dializoterapii, w coraz większym stopniu przy wyborze formy leczenia, będzie można się kierować wolą pacjenta. Mimo jednak coraz lepszych wyników dializoterapii i istotnej poprawy jakości życia leczonych tą formą pacjentów, najlepszą formą leczenia nerkozastępczego jest przeszczep nerki [9].

## **Jakość życia pacjenta dializowanego.**

Pojęcie „jakość życia” (QoL) - quality of life wprowadzono w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej po II wojnie światowej. Zainteresowanie tym tematem wynikało z dążenia do poprawy warunków życia, początkowo dotyczyły tylko dóbr materialnych z czasem zaczęto zwracać uwagę także na takie aspekty jak edukacja, wolność, zdrowie, szczęście [10].

Próby uściślenia definicji, jakości życia w medycynie doprowadziły do sprecyzowania nowego pojęcia „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia”, który określała „funkcjonalny efekt choroby, jej leczenia odbierany przez pacjenta” [10]. Zaznaczyła się różnica między stanem zdrowia, określanym na podstawie obiektywnych objawów, a jakością życia docenianą subiektywnie przez pacjenta. Jest to więc ocena indywidualna, która wykazuje zmienność w czasie. O jej wielowymiarowości świadczą wyznaczniki fizyczne (ból, dolegliwości), społeczne (satisfakcja z pracy), międzyludzkie (wsparcie społeczne, konflikty z partnerem, stosunki interpersonalne). Obserwowany obecnie wzrost zainteresowania jakością życia, wiąże się ze zmianą oceny efektów leczenia, gdzie jakość życia zaczyna zajmować równorzędne miejsce z jego długością [10].

W ostatnich latach wzrasta liczba narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych do badania, nad jakością życia chorych w schyłkowym stadium choroby

nerek. Do oceny obszarów, jakości życia wykorzystuje się różne testy. Narzędzia charakteryzujące, jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek skupiają się na najistotniejszych dla tej choroby dziedzinach.

Testy do oceny, jakości życia wykorzystywane w chorobach nerek to:

KDQoL- Kidney Disease Quality of life,

RDQoL- Renal Dependent Quality of Life.

Test KDQoL dostarcza informacji z zakresu 4 obszarów:

- zdrowia fizycznego: funkcjonowanie fizyczne, stan zdrowotny, ograniczenia ról spowodowane problemami fizycznymi, ogólna percepcja zdrowia, ból, energia;
- zdrowia psychicznego: funkcjonowanie emocjonalne, funkcjonowanie społeczne, obciążenie chorobą, wsparcie osób trzecich, ograniczanie ról spowodowane problemami emocjonalnymi;
- problemów związanych z chorobą: funkcjonowanie poznawcze, objawy, sen, problemy seksualne, wpływ choroby nerek na życie codzienne;
- satysfakcja z opieki medycznej [10].

Przewlekła choroba nerek oraz sposoby jej leczenia mają znaczący wpływ, na jakość życia chorego. Pacjenci, u których wcześniej wykryto niewydolność nerek mają czas na przystosowanie się do nowej sytuacji, a rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego jest u nich planowe, oraz coraz częściej mają oni możliwość wyboru metody leczenia [10]. Bardzo ważna jest więc edukacja skierowana do pacjentów, w wielu krajach w tym także w Polsce opracowuje się specjalne programy edukacyjne mające na celu wczesne wykrywanie chorób nerek i spowolnienie ich progresji [11]. Sytuacja osób, które przypadkowo dowiedziały się o chorobie nerek jest diametralnie różna, często początkową reakcją jest bunt i zaprzeczenie, ponadto obserwuje się u tych osób agresję, frustrację, lęk, depresję, niską samoocenę, która niekiedy bywa przyczyną prób samobójczych. Z czasem jednak pacjenci lepiej poznają chorobę przebieg dializy, potrafią właściwie zinterpretować sygnały- zastosować właściwe środki zaradcze, co daje chorym, chociaż częściowe poczucie panowania nad sytuacją [10].

Okazuje się również, że sposób dializoterapii ma także wpływ, na jakość życia. Lepszą, jakością życia cieszą się pacjenci dializowani otrzewnowo, niż hemodializowani. Pacjenci dializowani hemodializami negatywnie ocenili swoje relacje społeczne, skarżyli się na nadmierne rozdrażnienie, agresję [10].

Czynnikiem, który najsilniej wpływa na obniżenie, jakości życia dializowanych jest stopień w jakim choroba ogranicza aktywność fizyczną. Czynności spr-

wiające największe trudności to te związane z codziennym życiem jak np. wchodzenie po schodach, schyłanie się, klękanie, problemy te w znacznym stopniu zmniejszają wydolność fizyczną. Niektóre ośrodki dla poprawy wydolności fizycznej proponują swoim pacjentom wykonywanie ćwiczeń fizycznych podczas hemodializy [10].

Niezwykle istotny dla, jakości życia osób dializowanych problem jest utrzymanie aktywności zawodowej, tylko nieliczni, pacjenci po rozpoczęciu dializoterapii nadal pozostają aktywni zawodowo. Aktywność zawodowa niesie ze sobą wiele korzyści, dializowani aktywni zawodowo wykazują lepsze przystosowanie do ograniczeń choroby, nie stwierdza się u nich stanów depresyjnych, nie obserwuje się hipochondrii. Lepiej znoszą dializę chorzy, którzy, pomimo że nie pracują zawodowo nadal wykonują w domu wiele różnych zajęć. Każda, więc forma aktywności fizycznej czy umysłowej jest dla chorych dializowanych najlepszym sposobem do utrzymania dobrej jakości życia, pomimo istniejących ograniczeń [12].

Jeszcze innym czynnikiem mającym istotny wpływ na adaptację do dializ i warunkującym dobrą, jakość życia, jest wsparcie ze strony najbliższych. Pacjenci mający oparcie w rodzinie, akceptowani ze swoją chorobą i ograniczeniami lepiej znoszą swoją chorobę. Trudności rodzinne stwarzają niebezpieczeństwo wystąpienia u osoby dializowanej ostrej reakcji dezadaptacyjnej [12]. Choroba przewlekła, jaką jest niewydolność nerek zaburza, jakość życia, a jej poprawa możliwa jest po zaakceptowaniu przez pacjenta nowej trudności sytuacji. Pielęgniarka, która ma największy, najdłuższy kontakt z pacjentem poprzez rozmowę terapeutyczną, wsparcie i wysoką, jakość usług wpływa na proces adaptacji chorego. Warunkiem działania terapeutycznego jest poznanie potrzeb i problemów osób dializowanych, jest to punkt wyjścia do działań podejmowanych w celu poprawy, jakości życia tych pacjentów. Coraz większe zainteresowanie tematem, jakości życia pacjentów dializowanych przyczynia się do zmiany modelu opieki nad tymi chorymi. Dominować powinno indywidualne podejście do osoby, a nie tylko do choroby.

Ogromną rolę odgrywa personel pielęgniarski, który czuwa nad pacjentem podczas całego zabiegu dializoterapii. Poprzez rozmowę z elementami psychoterapii elementarnej, wzmacnianie bodźców pozytywnych można wpłynąć na poprawę, jakości życia pacjentów [10].

Piśmiennictwo u autorki.

## Zadania i kompetencje pielęgniarki medycyny szkolnej

Ewa Sroka

W dniach 26-27.06.2019 r. w Warszawie odbyła się I Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej zorganizowana przez Polskie Centrum Edukacji pod patronatem Instytutu Matki i Dziecka, Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej i Stowarzyszenia Pielęgniarek Cyfrowych.

Tematów poruszanych na konferencji było wiele: funkcjonowanie uczniów z chorobami przewlekłymi w szkole; problemy zdrowia psychicznego uczniów; ocena stanu odżywienia dzieci i młodzieży. Jednak największe zainteresowanie wzbudził temat - Rola, kompetencje i miejsce pielęgniarki szkolnej w opiece nad uczniami w aspekcie przepisów prawa. Temat związany z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami. Ustawa ta zacznie obowiązywać po 12 września 2019 r. Ma ona na celu zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej w szkole, bez względu na miejsce zamieszkania i typ szkoły, oraz zwiększenie efektywności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w ramach tej opieki.

Najważniejsze zmiany które wprowadzi ustawa: profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19 roku życia (a nie jak dotychczas do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej).

- Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole sprawują pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna.
- Opiekę stomatologiczną sprawuje lekarz dentysta.
- W zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w sprawowaniu opieki stomatologicznej nad uczniami może uczestniczyć również higienistka stomatologiczna.
- Opieka zdrowotna nad uczniami jest sprawowana we współpracy z rodzicami i pełnoletnimi uczniami.

Podmiotami działającymi na rzecz zapewnienia warunków organizacyjnych opieki zdrowotnej nad uczniami są: dyrektor szkoły i organ prowadzący szkołę. W przypadku szkół publicznych jest to samorząd terytorialny lub właściwy minister w przypadku szkół branżowych. Organ prowadzący szkołę zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – prawo oświatowe.

Organ prowadzący szkołę na podstawie umowy nieodpłatnie udostępnia pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania albo higienistce szkolnej gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole. W przypadku braku gabinetu dentystycznego w szkole organ prowa-

dzący zawiera porozumienie z podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży finansowanych ze środków publicznych, w którym określa się sposób organizacji udzielania świadczeń.



Profilaktyczna opieka zdrowotna oraz opieka stomatologiczna nad uczniami jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców lub pełnoletnich uczniów. Rodzice na pierwszym zebraniu oraz pełnoletni uczniowie na pierwszej lekcji wychowawczej w roku szkolnym uzyskują informację o zakresie opieki zdrowotnej, oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu, rodziców albo pełnoletnich uczniów złożonego w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego opiekę. Informacje te umieszcza się ponadto w miejscu ogólnie dostępnym.

- Do zadań pielęgniarki/higienistki szkolnej należy:
- wczesne wykrywanie i rozpoznawanie problemów zdrowotnych, czynników ryzyka i wynikających z nich potrzeb zdrowotnych,
  - współpraca z rodzicami w ustaleniu zakresu opieki nad uczniami, stopnia samodzielności ucznia oraz zakresu udostępnianych informacji nauczycielom,
  - współpraca z nauczycielami w tworzeniu środowiska sprzyjającego bezpieczeństwu funkcjonowaniu uczniów w środowisku szkolnym,
  - integrowanie opieki zdrowotnej nad uczniami,
  - edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna integrują opiekę zdrowotną nad uczniami w celu wsparcia rodziców oraz pełnolet-



nich uczniów w realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych. Współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z rodzicami albo pełnoletnimi uczniami polega na przekazywaniu informacji o:

- stanie zdrowia i rozwoju psychofizycznym uczniów,
- terminach i zakresie udzielania świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami,
- możliwościach i sposobie kontaktowania się z osobami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami.

W stanach nagłego zagrożenia zdrowia podczas transportu ucznia przez zespół ratownictwa medycznego do szpitala oraz w szpitalu do czasu przybycia rodziców może być obecna pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna albo opiekun faktyczny. Decyzję o obecności jednej z tych osób podczas transportu podejmuje kierownik zespołu ratownictwa medycznego po uzyskaniu zgody dyrektora szkoły - zapis ten budzi wiele kontrowersji.



Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z dyrektorem szkoły nauczycielami i pedagogiem szkolnym. Współpraca ta polega na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych, czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły. W ramach współpracy pielęgniarka albo higienistka szkolna doradza dyrektorowi w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole. Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka albo higienistka szkolna przedstawia zagadnienia

z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów na posiedzeniach rady pedagogicznej z zachowaniem prawa do tajemnicy o stanie zdrowia uczniów.

Współpraca pielęgniarki albo higienistki szkolnej z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej polega na:

- uzyskiwaniu porad,
- wymianie informacji o stanie zdrowia uczniów w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej za zgodą rodziców albo pełnoletnich uczniów,
- podejmowaniu wspólnych działań w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji uczniów,
- podejmowaniu wspólnych działań w zakresie profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych.

Współpraca pielęgniarki albo higienistki szkolnej z lekarzem dentystą polega na:

- wymianie informacji o stanie zdrowia uczniów w zakresie niezbędnym do realizacji opieki stomatologicznej w szczególności zdrowia jamy ustnej, za zgodą rodziców albo pełnoletnich uczniów,
- podejmowaniu wspólnych działań w zakresie profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych w zakresie zdrowia jamy ustnej.

Konferencja była bardzo owocna jednak nie zostały wyjaśnione wszystkie kwestie związane z opieką nad uczniami. Nadal brak odpowiedniej nowej dokumentacji, która by obowiązywała w środowisku szkolnym. Następną kwestią dotyczącą opieki nad 4 i 5 latkami na terenie szkoły. I wiele innych. Niemniej jednak czekamy na kolejne rozwiązania.

Przytoczę jeszcze budujące słowa jednej z prelegentek: „PIELĘGNIARKA SZKOLNA ZASTĄPI WSZYSTKICH A PIELĘGNIARKĘ SZKOLNĄ - NIKT”.

Na podstawie ustawy z 12.04.2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.

### **Szanowne Koleżanki, Koledzy**

**Prosimy o aktualizowanie swoich danych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych w celu stworzenia właściwych list wyborczych do wyboru delegatów na VIII kadencję samorządu (2020-2024) (aktualne miejsce pracy - szpital, zoz, oddział)**

# WIATR I WODA CZYLI ... REGATY W KRAINIE WILKA

Joanna Kułakowska

Dnia 15 czerwca 2019 r. odbyła się wycieczka nad Solinę organizowana przez OIPIP w Rzeszowie. W tym roku była to II edycja wyjazdu. Z powodu ogromnego zainteresowania, uczestnicy zostali podzieleni na dwie grupy. Pierwszy autokar zebrał chętnych z Tarnobrzega i Stalowej Woli, natomiast drugi z Rzeszowa.

Jedną z głównych atrakcji wyjazdu była możliwość podążania podkarpackim szlakiem winiarskim. W Przeworsku, gdzie znajduje się rodzinna winnica, odbyła się degustacja różnych rodzajów wina. Gama była bogata: od słodkiego białego, po wytrawne czerwone. Każdy mógł znaleźć coś dla siebie. Kolejnym punktem wycieczki było zakosztowanie przepysznych regionalnych serów znajdujących się w Pruchniku.



Po dojechaniu do Polańczyka udaliśmy się nad przystań, gdzie czekał na nas gorący kapuśniak oraz tradycyjnie pieczony pstrąg z dodatkami. W godzinach popołudniowych rozpoczęły się upragnione przez wszystkich regaty. Dla odmiany, w tym roku po Jeziorze Solińskim płynęliśmy specjalnymi mniejszymi galearami, które były wyposażone w wiosła i żagle. Pomimo panującego tego dnia upału, relaks na łódkach w połączeniu z przepięknym widokiem był dla nas niezwykle przyjemny. Choć na chwilę można było oderwać myśli od codziennych spraw i cieszyć się panującą ciszą.



Wieczorem, tak jak w zeszłym roku, odbył się poczęstunek, składający się głównie z dań przyrządzonych na grillu. Przy towarzyszącej nam podczas uczt muzyce odbywały się tańce. Była to mała rozgrzewka przed prawdziwą imprezą w klubie Czarne Złoto, w którym największe hity taneczne były puszczone przez DJ-a. Wyśmienita zabawa trwała do późnych godzin nocnych. Koło godziny 2.00 wyjechaliśmy w drogę powrotną do naszych domów.

Ten dzień z pewnością zostanie zapamiętany na bardzo długo. Nie tylko z powodu ogromnego upału jaki nam towarzyszył, ale także niesamowitych ludzi i atmosfery, które spowodowały, że mogliśmy przeżyć te wspaniałe wspólne chwile nad Soliną.





## III OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA SAMOTNOŚĆ CZŁOWIEKA W ZDROWIU, CHOROBIE I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI 24-25 października 2019 r. - Barlinek

GLÓWNE ZAGADNIENIA KONFERENCJI: Samotność w ujęciu filozoficznym, psychologicznym, socjologicznym, pedagogicznym; Osamotnienie opiekunów osób niepełnosprawnych i chorych; Choroba przewlekła i niepełnosprawność jako źródło samotności; Przemoc jako źródło i przyczyna samotności; Problemy osamotnienia, izolacji i wykluczenia; Uzależnienia a samotność; Praca zawodowa źródłem samotności; Samotność związana z płcią i wiekiem; Samotne rodzicielstwo.

Szczegółowy program konferencji zostanie opublikowany po nadesłaniu zgłoszeń i streszczeń na stronie:

<https://www.pum.edu.pl/wydzialy/wydzial-nauk-o-zdrowiu/zaklad-nauk-humanistycznych-wmedycynie/konferencje>

REJESTRACJA na formularzu rejestracyjnym zamieszczonym na stronie Konferencji. Liczba miejsc ograniczona.

O przyjęciu decyduje kolejność zgłoszeń. Ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa do 20 października 2019 r.

OPŁATA KONFERENCYJNA: Opłata za pełny udział w konferencji wynosi 250 zł (wpłata do 31.08.2019 r.) / 350 zł (wpłata 1.09.2019 r. lub później) i obejmuje: udział w sesji plenarnej, plakatowej i sesjach tematycznych, materiały konferencyjne, przerwy kawowe, lunch.

Kontakt z Organizatorami: tel. (91) 4414 751 w godz. 8:00 – 15:00; fax (91) 4414 752 email: [ksamotni@pum.edu.pl](mailto:ksamotni@pum.edu.pl)

### Prezydent RP podpisał ustawę o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

#### Informacja w sprawie ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Celem ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych jest modyfikacja „kwoty bazowej” służącej do obliczania, w okresie przejściowym, najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych objętych ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ustawa zmienia kwotę bazową, na podstawie której oblicza się najniższe wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych w okresie od 1 lipca 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. – z kwoty 3900 zł, na kwotę 4200 zł. Ponadto ustawa wydłuża o 6 miesięcy okres stosowania przepisu przejściowego w art. 7 ustawy, z 31 grudnia 2019 r., na 31 czerwca 2020 r.

W art. 2 ustawy wprowadzono przepisy dostosowujące, zgodnie z którymi określono termin na zawarcie porozumienia lub zarządzenia, jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte, o sposobie podwyższania na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzeń zasadniczych w podmiocie leczniczym, w zakresie wynikającym ze zmian wprowadzanych ustawą.

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

Źródło: <https://www.prezydent.pl/prawo/ustawy/podpisane/art.48.sierpien-2019-r.html>

### KONFERENCJA SZKOLENIOWA NOWE UJĘCIE ZNAJOMYCH PROBLEMÓW W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII 20-22 września 2019 – ŁUKĘCIN OW „Wielki Błękit” - Łukęcin, ul. Spacerowa 3

#### Bloki tematyczne planowanej konferencji szkoleniowej dla położnych:

TEMATY BLOKU POŁOŻNICZEGO - Nowoczesne metody leczenia hiperbilirubinemii; Nowoczesne metody leczenia cholestazy wątrobowej; Choroba nowotworowa a ciąża; Prowadzenie porodu przez położną u pacjentki niepełnosprawnej; Nowe rozporządzenie nowelizujące standard opieki okołoporodowej;

TEMATY BLOKU GINEKOLOGICZNEGO - Wsparcie kobiety w chorobach onkologicznych; HPV – diagnostyka molekularna; Hormonalna terapia zastępcza; Problemy ginekologiczne młodych kobiet; Jak radzić sobie z menopauzą; Postępowanie w bólu pooperacyjnym, po operacjach ginekologicznych; Nietrzymanie moczu – poważny problem społeczny; Rehabilitacja i profilaktyka leczenie nietrzymania moczu.

Osoby chętne do uczestnictwa prosimy o składanie kart zgłoszeń osobiście lub drogą elektroniczną na adres: [szkolenia@sipip.szczecin.pl](mailto:szkolenia@sipip.szczecin.pl)

Termin składania kart zgłoszeń do dnia 06.09.2019 r. - koszt: 850 zł

Liczba miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń - kontakt – tel. (91) 432 98 64



# POŻEGNANIA

„Dziękujemy Bogu za to,  
że byłeś wśród nas taka, jaka byłeś,  
z tą Twoją wielką prostotą,  
z tym wewnętrznym spokojem,  
a zarazem z tym wewnętrznym żarem,  
że byłeś wśród nas jakimś wcieleniem  
Chrystusowych błogosławieństw  
z Kazania na Górze,  
zwłaszcza tego, które mówi:  
"BŁOGOSŁAWIENI MIŁOSIERNI".

Łącząc się w bólu, Rodzinie,  
Współpracownikom i tym wszystkim,  
których tak jak nas dotknęła  
śmierć naszej Koleżanki  
**ELŻBIETY SZWEDO**

Wyrazy współczucia składają  
Pielęgniarki i Położne Szpitala w Nisku

„Nie płaczcie. Nie ma mnie tu.  
Ale jestem w waszych kochających mnie sercach,  
w waszych tęskniących oczach.  
W każdym niezapomnianym wspomnieniu..”

Pani  
**DOROCIE KRUPA**  
Pielęgniarka Bloku Operacyjnego  
Kliniki Kardiologii

wyrazy najgłębszego współczucia  
z powodu tragicznej śmierci  
syna **DAMIANA**

składają  
Naczelną Pielęgniarkę  
i Z-ca Naczelnej Pielęgniarki  
wraz z Personelem Pielęgniarskim  
Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2  
im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

„Pokój Ci wieczny w cichej krainie,  
gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie płynie,  
gdzie tylko słychać Boga głos serdeczny:  
"Pokój Ci wieczny" ...

16 lipca w wieku 58 lat  
po krótkiej i bardzo ciężkiej chorobie  
odeszła od nas

**ELŻBIETA SZWEDO**  
Była osobą zawsze uśmiechniętą,  
niezmiernie życzliwą,  
serdeczną i całym sercem  
oddaną małym pacjentom.  
Taka na zawsze pozostanie  
w naszych sercach i pamięci.

Rodzinie i Bliskim  
wyrazy szczerego współczucia  
składa cały personel  
Oddziału Dziecięcego  
Szpitala w Nisku.

„W momencie śmierci bliskiego  
uderza człowieka świadomość  
niczym nie dającej się zapętnić pustki”  
ks. J. St. Tischner

Naszej drogiej Koleżance  
**LUCYNIE LICHOCIE**  
wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci **TATY**

składają  
Koleżanki z Oddziału Neonatologii  
Szpitala Pro-Familia w Rzeszowie



„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,  
wspomnień nikt nam nie odbierze,  
zawsze będą z nami”

Koleżance  
**BARBARZE PUSTELAK**  
wyrazy współczucia  
z powodu śmierci **MĘŻA**

składają  
pielęgniarki, pielęgniarz, położne  
i personel Oddziału  
Paliatywno-Hospicyjnego  
Wojewódzkiej Stacji  
Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie

„Życie przemija,  
jednak pamięć o kochanej osobie  
pozostaje w sercu na zawsze”

Wyrazy szczerego współczucia i żalu  
dla Naszej Koleżanki  
**DANUSI HARPULA**  
z powodu śmierci **MAMY**

składają  
Koleżanki Kliniki Chorób Wewnętrznych  
Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2  
w Rzeszowie

„Mimo, że odchodzą,  
w sercach pozostaną na zawsze”

Naszej drogiej Koleżance  
Pielęgniarce  
**LUCYNIE LICHOTA**  
wyrazy współczucia, żalu i smutku  
z powodu śmierci **TATY**

składają  
Koleżanki z Oddziału Pediatrii  
Szpitala Pro-Familia w Rzeszowie

„Można odejść na zawsze,  
By stale być blisko...”  
Ks. J. Twardowski

Koleżance  
**JANINIE JANIK**  
wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci  
**SYNA PRZEMYSŁAWA**

składają Koleżanki  
z Kliniki Pulmonologii i Chemioterapii  
PCCChP w Rzeszowie

„Życie odchodzi, pamięć pozostaje...”

Wyrazy żalu i szczerego współczucia  
dla Naszej Koleżanki

PIELĘGNIARKI  
**IWONY RUTKA**  
z powodu śmierci **MAMY**

składają Pielęgniarki  
z Niepublicznego Zespołu Opieki  
Pielęgniarsko-Położniczej  
we Frysztaku

# INTER - profesjonalne ubezpieczenia dla pielęgniarek i położnych

## Co jest najważniejsze w ubezpieczeniach? Poczucie bezpieczeństwa.

W pracy pielęgniarki i położnej jest coraz więcej zagrożeń. Nadmiar obowiązków, zmęczenie, stale podnoszone wymagania - to wszystko zwiększa ryzyko popełnienia błędu, a co za tym idzie może skutkować koniecznością wypłaty odszkodowania.

Od 25 lat INTER konsekwentnie buduje poczucie bezpieczeństwa wśród personelu medycznego poprzez kompleksowe programy ubezpieczeniowe. Oferta INTER posiada rekomendację Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

## Ochrona podczas wykonywania pracy:

**Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej** niezbędne dla pielęgniarek i położnych pracujących na kontrakcie, prowadzących praktykę pielęgniarską i położniczą.

**Dobrowolne Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej** jest doskonałym uzupełnieniem OC obowiązkowego. Rozszerza zakres ochrony np. o szkody w mieniu. Pielęgniarkom i położnym, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, zapewnia ochronę m.in. w przypadku popełnienia błędu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Ubezpieczenie INTER Kontrakt** umożliwi Ci utrzymanie przychodów w sytuacji, gdy z powodu choroby lub wypadku, nie będziesz mogła wykonywać pracy zawodowej.

**Ubezpieczenie INTER Ochrona Prawna** w życiu zawodowym, prywatnym i w ruchu drogowym. Zapewnimy Ci szybką pomoc prawną wraz z pokryciem kosztów obsługi Twojego adwokata.

**Ubezpieczenie skutków ekspozycji zawodowej INTER HIV/WZW** zapewnia refundację kuracji antyretrowirusowej. W przypadku zachorowania wypłacimy Ci świadczenia finansowe.

**Ubezpieczenie INTER Partner** zabezpieczy Twoją praktykę, a w szczególności sprzęt medyczny na wypadek zniszczenia bądź kradzieży. W ramach ubezpieczenia otrzymasz również profesjonalną pomoc Assistance.



Rozszerz swoją ochronę o odpowiedzialność cywilną z tytułu naruszenia praw pacjenta i agresji pacjenta – jedyny taki produkt na rynku!

**Poczuj się bezpiecznie**

## Ochrona w życiu prywatnym:

**INTER Tour 365** to całoroczna ochrona ubezpieczeniowa podczas podróży dla Ciebie i Twoich najbliższych. Kupujesz ubezpieczenie na rok, płacisz jedną składkę, a wyjeżdżasz ile chcesz.

**Ubezpieczenie INTER Lokum dla medycyny** chroni Twój dom, mieszkanie, a także mienie służące do działalności gospodarczej w możliwie najszerszym zakresie.

**Ubezpieczenie na życie INTER Medyk Life** zabezpiecza Ciebie i Twoją rodzinę na wypadek choroby, uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.