

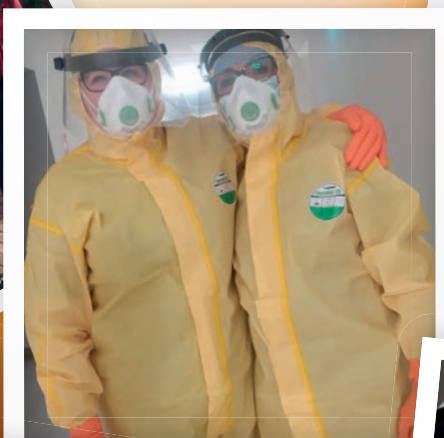


Dwumiesięcznik, wydawany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

BIULETYN INFORMACYJNY

Wrzesień - Październik 2020

LEKARSTWEM, KTÓREGO NIE SPOSÓB PRZEDAWKOWAĆ,



JEST ŻYCZLIWOŚĆ

**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie:**

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25
IV piętro w budynku „Przemysłówka” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego)
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,
503 008 946, 510 893 392
Księgowość: 510 893 408
e-mail: sekretariat@oipip.czyst.pl,
www.oipip.czyst.pl

Godziny pracy biura:

Pn-wt-pt 7.00-15.30, Śr-czw 7.00-17.00

Nr konta bankowego:

Millenium Bank
82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Kasa biura czynna: Pn-pt 8.00-14.00

Ośrodek szkoleniowy:

Pn-wt-pt 7.00-15.00
Śr-czw 7.00-17.00
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,
519 862 186
e-mail: szkolenia@oipip.czyst.pl

Księgowość: Pn-wt-czw-pt

Tel.: 510 893 392

Biblioteka czynna:

Pn-wt-pt 7.00-15.30
Śr-czw 7.00-17.00

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej:

I i III środa miesiąca: 15.00-17.00

Radca Prawny:

Śr 14.00-16.00
Pt 8.30-9.30

Wydawca:

Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie

Redaktor naczelny:

Marzena Maniszewska, Tel.: 503 008 946
e-mail: sekretarz@oipip.czyst.pl

Druk:

Filharmonia Druku – Drukarnia Viper Sp. z o.o.
ul. Rejtana 33A, 42-200 Częstochowa
www.filharmoniadruku.pl, Tel.: 34 344 44 35

Nakład: 1000 egz. ISSN 2451 – 4489

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publicznych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-językowych. Za błędy powstałe podczas druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Spis treści:

INFORMACJA OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH CZĘSTOCHOWIE	str. 3
ANAUONOMIA ZAWODU PIEŁĘGNIARKI	str. 6-9
W TEORII I PRAKTYCE	str. 10
WYTYCZNE KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE MEDYCYN Y RODZINNEJ	str. 11
OPINIA PRAWNA	str. 18
PIEŁĘGNIARKA CZŁONKIEM SPECJALNEGO ZESPOŁU DORADCZEGO MINISTRA ZDROWIA	str. 19
NAGRODY PIEŁĘGNIARSKIEJ KRÓLOWEJ SZWECII	str. 20
STANOWISKA PODJĘTE PRZEZ NRPIP	str. 30
WYCIĄG Z PROTOKOŁU	



BiRaKo
Producent Druków Medycznych

PROFESJONALNE NISZCZENIE DOKUMENTÓW

✓ medycznych ✓ handlowych ✓ księgowych itp.

www.niszcزدok.pl

Zapraszamy do kontaktu: **725 272 209**

ul. Kościuszki 13 lok. 28, 42-200 Częstochowa, tel. 34 365 16 86, fax: 34 374 03 94, e-mail: birako@o2.pl

Szanowni Państwo, Koleżanki, Koledzy!

Pandemia związana z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS – CoV – 2 sprawiła, że zatrzymaliśmy się na moment, by sprostać wyzwaniom i żyć inaczej. To co miało trwać chwilę, nadal trwa. Mijają kolejne miesiące a my doświadczamy trudnej rzeczywistości, staramy się przystosować do nowych reguł i zasad postępowania. Zakażenia w naszym kraju rosną lawinowo, również wśród NASZYCH PIELEŃGNIAREK, PIELEŃGNIARZY i POŁOŻNYCH, a jednak Koleżanki i Koledzy nadal trwają na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem. Trwają i walczą pomimo własnych obaw, lęku, słabości i strachu. Zaczyna brakować łóżek i sprzętu dla chorych, a szczególnie brakuje NASZYCH RĄK DO PRACY.

W obecnej sytuacji, nieustannie mnożąca się ilość chorych wymagających intensywnej terapii na oddziałach tworzonych w ramach zakaźnych szpitali jednoimiennych, szpitali tymczasowych zmusza NAS do rozważenia podjęcia pracy w zmienionym i mocno zreorganizowanym systemie ochrony zdrowia.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwraca się do wszystkich Państwa posiadających prawo wykonywania zawodu o wsparcie Koleżanek i Kolegów ratujących życie.

Jeśli mają Państwo przerwę w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat - w obecnej sytuacji, według rozporządzenia Ministra Zdrowia, mogą Państwo podjąć zatrudnienie, a czas tej pracy zostanie zaliczony w poczet wymaganego przeszkolenia.

Więcej informacji pod numerem telefonu: 34 324-51-12

Codziennosc piszę nową rolę, nieśmy pomoc najbardziej potrzebującym!

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie liczę na wsparcie i chęć powrotu do wyuczonego zawodu jakim jest pielęgniarstwo i położnictwo. Wierząc, iż wkrótce nadejdą lepsze dni, życzę DUŻO DUŻO ZDROWIA i SIŁ w walce z COVID-19.

Z wyrazami uznania i szacunku

Barbara Płaza

Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie

WAŻNE!!!

INFORMACJA OKRĘGOWEJ IZBY

PIELEŃGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE

Uprzejmie informujemy Delegatów wybranych na czas trwania VIII kadencji samorządu w latach 2020-2024,

w związku z ostatnimi zmianami w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych, wydłużającymi VII kadencję do czasu wyboru organów izby na nową kadencję, jednak nie dłużej niż o 60 dni od ustania stanu epidemii lub zagrożenia epidemicznego, uprzejmie informujemy

delegatów VII kadencji, iż zobowiązani są oni do pełnienia swoich dotychczasowych funkcji, posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium OR będą procedowane za pomocą łączu internetowych natomiast

delegatów VIII kadencji, iż odwołany zostanie okręgowy zjazd sprawozdawczo wyborczy, przewidziany na dzień **22 października 2020 r.**

O dalszych działaniach informować będziemy za pośrednictwem strony internetowej OIPiP w Częstochowie.

W załączeniu przekazujemy zestawienie zmian prawnych na dzień 1 września 2020r.

Początkiem września br. weszła w życie ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 r., poz. 1493), która to wprowadziła szereg zmian w regulacjach prawnych dotyczących ochrony zdrowia. Poniżej przedstawiamy te, które mają istotny wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej.

I.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 7)

1) Zmieniona została treść art. 47 ust. 3, który określał osoby niepodlegające skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, a dokładnie brzmienia pkt 4 w/w artykułu zgodnie z którym obecnie do takiej pracy nie mogą

*inwalidzi
i osoby
z orzeczonymi
chorobami
przewlekłymi,
na których
przebieg
ma wpływ
zakażenie*

być kierowaniu również:

„ 4) inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną; „

2) Dodano ust. 3b do art. 47 w brzmieniu:

„3b. Orzeczenie w sprawie choroby, o której mowa w ust. 3 pkt 4, wydaje lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych.”

3) Dodano ust. 5a i 5b do art. 47 w brzmieniu:

„5a. W ramach postępowania w sprawie rozpatrzenia odwołania, o którym mowa w ust. 5, albo wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy:

1) wojewoda może wystąpić do konsultanta wojewódzkiego,

2) minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do konsultanta krajowego

- z dziedziny medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub z dziedziny chorób zakaźnych, celem uzyskania orzeczenia w sprawie choroby, o której mowa w ust. 3 pkt 4.

5b. Orzeczenie właściwego konsultanta wojewódzkiego albo właściwego konsultanta krajowego z dziedziny medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub z dziedziny chorób zakaźnych, o którym mowa w ust. 5a, jest wydawane w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.”

Reasumując:

W/w przepis doprecyzowuje zasady dotyczące uzyskania przez osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi możliwości zwolnienia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii. Po pierwsze wskazuje sposób udokumentowania faktu posiadania takiej choroby, po drugie pozwala wojewodzie lub ministrowi zdrowia – w razie złożenia odwołania od decyzji w przedmiocie skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii lub wniosku o ponowne rozpoznanie takiej sprawy – do wystąpienia do konsultanta odpowiednio wojewódzkiego lub krajowego celem uzyskania orzeczenia w sprawie choroby przewlekłej osoby składającej takie odwołanie lub wniosek, a konsultanta zobowiązuje do wydania go w terminie 14 dni.

II.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art. 9)

1) Do art. 49 dodano art. 6a w brzmieniu:

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

Reasumując:

W/w przepis dotyczy wydłużenia okresu na jaki została zawarta umowa o pracę z osobą wybraną w drodze konkursu lub wskazania na stanowisku naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek albo pielęgniarki oddziałowej.

Zgodnie z przepisami umowę o pracę zawiera się z taką osobą na okres 6 lat (8 lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata). W sytuacji, gdy okres ten miałby upłynąć w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, automatycznie ulega on przedłużeniu o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.

III.

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (art. 12)

1) Dodano ust. 4 do art. 8 w brzmieniu:

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

2) Dodano art. 31a w brzmieniu:

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

Reasumując:

W sytuacji gdy kadencja organów izby upływa w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lub do 30 dni

*W sytuacji
gdy kadencja
organów
izby upływa
w okresie stanu
zagrożenia
epidemicznego*

po ich odwołaniu, kadencja ulega przedłużeniu z mocy ustawy do czasu wyboru organów izby na nową kadencję – nie dłużej niż do 60 dni od dnia odwołania w/w stanów. Organy te działają do czasu pierwszego posiedzenia nowo wybranych organów.

Nadto gdy z powodu ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie ma możliwości przeprowadzenia okręgowego zjazdu, wówczas okręgowa rada – po podjęciu uchwały w tym zakresie – ustala zasady gospodarki finansowej izby oraz uchwała roczny budżet w danym roku.

IV.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 13)

1) Dodano ust. 1 a do art. 5 w brzmieniu:

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

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

- zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.”

2) Dodano ust. 6 – 8 w art. 78 w brzmieniu:

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

- 1) z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość w odniesieniu do zajęć teoretycznych, niezależnie od tego, czy zostało to przewidziane w programie kształcenia;
- 2) w formie indywidualnej w odniesieniu do szkolenia praktycznego, także w podmiocie, w którym aktualnie pielęgniarka, położna uczestnicząca w kształceniu jest zatrudniona.

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

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

3) Do art. 81 dodano pkt 3 w brzmieniu:

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

Reasumując:

W okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, położne uzyskują prawo do wykonywania niektórych świadczeń zdrowotnych, wykonywanych przez pielęgniarki pod warunkiem zgodności z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

Nadto w w/w stanach umożliwiono prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość (zajęcia teoretyczne) oraz w formie indywidualnej (szkolenie praktyczne) oraz dokonanie weryfikacji osiągniętych efektów kształcenia (z wyłączeniem egzaminu państwowego - specjalizacja) z wykorzystaniem technologii informatycznych określonych w przepisach.

V.

W ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (art. 16)

1) Zmianie ulega art. 7f, zgodnie z którym obecnie:

„Art. 7f. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii okres akredytacji, o którym mowa w art. 59 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493), kończący się w okresie ogłoszenia jednego z tych stanów, przedłuża się o 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.”

Reasumując:

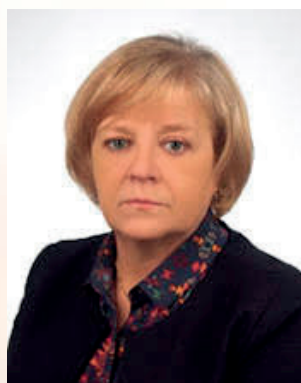
W okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, położne uzyskują prawo do wykonywania niektórych świadczeń zdrowotnych

W/w przepis przedłuża okres akredytacji na prowadzenie studiów na kierunkach pielęgniarstwo lub położnictwo w sytuacji gdyby miały się skończyć w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Informacje na ten temat znajdziecie Państwo również na stronie NIPiP:

<https://nipip.pl/zmiany-w-wykonywaniu-zawodu-pielęgniarki-i-polożnej/>

AUTONOMIA ZAWODU PIEŁĘGNIARKI W TEORII I PRAKTYCE



prof.dr hab. Maria Kózka
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa

Autonomię można niewątpliwie zaliczyć do kluczowych pojęć odzwierciedlających współczesne przemiany zachodzące w rozumieniu i praktyce zawodu pielęgniarstwa. Uznając wagę zagadnienia przygotowano poniższy tekst z myślą, że wzbudzi on u czytelnika refleksję nad kształtowaniem własnej i zbiorowej autonomii zawodu pielęgniarstwa. W materiale zostaną przedstawione regulacje prawne, różne podejścia do rozumienia autonomii, czynniki kształtujące rozwój autonomii i drogi jej rozwoju oraz świadomość autonomii w środowisku zawodowym, postrzeganie autonomii w praktyce pielęgniarstwa oraz kierunki działań zmierzające do jej zwiększenia.

Według słownika języka polskiego [PWN, 2015] **autonomia** (z języka greckiego - αυτονομία) oznacza możliwość stanowienia norm samemu sobie, samodzielność prawna. W innym znaczeniu autonomia odnosi się *do suwerenności, niezależności, samorządności*. Autonomia dotyczy zarówno zbiorowości (np. pielęgniarstwa jako grupa zawodowa) jak i jednostki (samodzielność w decydowaniu o sobie, w etyce – niezależność od innych norm niż własne sumienie). Pielęgniarki jako grupa zawodowa mają możliwość stanowienia norm, bowiem posiadają samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powołany ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 roku (Dz. U. 1991, Nr 41, poz. 178, późn. zm.), która została zmieniona 1 lipca 2011 roku (Dz. U. 2011, Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). Samorząd reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarstwa i położnej oraz sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. W tym znaczeniu pielęgniarstwo jako zbiorowość/grupa mają społeczne i prawne przyznanie samorządności, co oznacza między innymi kontrolę wykonywania zawodu bez ingerencji innych.

Ważnym momentem w rozwoju zawodu pielęgniarstwa było uznanie go jako samodzielny zawód medyczny zapisany w ustawie z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. 1996 Nr 91 poz. 410) i jeszcze mocniej zaakcentowany w nowej ustawie z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.). Uznanie zawodu pielęgniarstwa za samodzielny zawód medyczny oznacza, że pielęgniarstwo jest niezależne (samodzielne) od innych profesjonalistów w sprawach związanych z pielęgniowaniem, współzależne w zagadnieniach dotyczących promocji zdrowia, profilaktyki i rehabilitacji, natomiast zależne od lekarza w tym, co związane jest z leczeniem. Samodzielność przejawia się w gotowości do działania w zaistniałej sytuacji chorego, w wyborze drogi postępowania i podejmowania decyzji, która jest centralnym punktem autonomii pielęgniarstwa.

Autonomia ma fundamentalne znaczenie dla praktyki pielęgniarstwa i jest jedną z najważniejszych cech zawodu. Autonomia jest definiowana jako upoważnienie do wykorzystywania wiedzy zawodowej i osądu do podejmowania decyzji i podejmowania działań [Skår, 2009; Traynor, Boland, & Buus, 2010].

Skår [2010] definiuje autonomię pielęgniarską jako „Autorytet całkowitej opieki nad pacjentem,

*Autonomia
ma funda-
mentalne
znaczenie
dla praktyki
pielęgniarskiej*

prawo do podejmowania decyzji w relacji z pacjentem i najbliższymi krewnymi oraz swobodę dokonywania osądów klinicznych, wyborów i działań”. Ten sam autor wskazał na 4 elementy istotne w autonomii pielęgniarstwa tj.: „mieć całościowy pogląd”, „znać pacjenta”, „wiedzieć, że wiem” i „mieć odwagę”. Podejście to wyraża zdolność pielęgniarki do podejmowania decyzji i zdolność do działania.

Weston [2008] wyodrębnia w praktyce pielęgniarstwa dwa rodzaje autonomii:

1. **Autonomia kliniczna** rozumiana jako autorytet, wolność i dyskrecja pielęgniarek do wydawania osądów w zakresie opieki nad pacjentem.
2. **Kontrola nad praktyką** rozumiana jako autorytet, swoboda i dyskrecja pielęgniarek do podejmowania decyzji związanych z praktyką w odniesieniu do struktury organizacyjnej zarządzania, standardów i polityki.

Podstawą autonomii klinicznej pielęgniarki według Skår [2010] jest wiedza i zaufanie, które mają wpływ na rozwój jej kompetencji. W miarę rozwoju kompetencji pielęgniarki wzrasta jej niezależność w podejmowaniu decyzji. Karra i wsp. [2014] zidentyfikowali osiem kategorii klinicznych decyzji pielęgniarstwa: ocena, diagnoza, zapobieganie, interwencja, komunikacja z pacjentami, poszukiwanie informacji klinicznych, ustalanie priorytetów klinicznych oraz komunikacja w zespole.

Kontrola nad praktyką wymaga jednak zapewnienia sprzyjającego środowiska, które pozwala pielęgniarkom na autonomię praktyki. Kontrola praktyki może obejmować np. udział pielęgniarek w tworzeniu procedur i standardów w jednostce; dyskusja z zarządzającymi na temat organizowania wspólnego podejścia do zarządzania jednostką, a być może całej instytucji; możliwość przedstawienia rozwiązań usprawniających pracę pielęgniarek; wdrażanie nowych metod pracy opartych na dowodach naukowych.

Według Roshanzadeh i wsp. [2018] wszystkie podejmowane przez pielęgniarkę działania niezależnie od specjalności są zasadniczo niezależną praktyką. Pielęgniarka ponosząc odpowiedzialność za działania podejmowane w trakcie praktyki jest zobowiązana dokonywać oceny swoich kompetencji i być zaangażowana w proces uczenia się przez całe życie. Obowiązek świadczenia opieki zgodnie z aktualną wiedzą wynika z art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który brzmi: *Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.*

Pielęgniarki nie są w stanie podejmować niezależnych decyzji jeżeli nie uczestniczą w bieżących szkoleniach związanych z wiedzą pielęgniarstwa i medyczną oraz nie demonstrują zaangażowania w uczenie się przez całe życie poprzez autorefleksję i rozwój osobisty.

W zależności od obowiązujących regulacji prawnych, w tym wykształcenia i rodzaju ukończonego kształcenia podyplomowego oraz organizacji pracy, pielęgniarki mogą nie mieć uprawnień decyzyjnych we wszystkich aspektach opieki. To zróżnicowanie w zakresie uprawnień występuje w wielu krajach w świecie i wynika z rozwoju i pozycji pielęgniarstwa w systemie opieki zdrowotnej, który jest uwarunkowany czynnikami społeczno-ekonomicznymi, prawnymi i politycznymi. Biorąc pod uwagę, że pielęgniarstwo w Polsce zostało prawnie uznane za zawód samodzielny dopiero 24 lata temu można przyjąć, że jest na wczesnym etapie profesjonalizacji autonomii. Rozwój pielęgniarstwa kształtujący autonomię wymaga aktywności ze strony całego środowiska zawodowego, w tym umiejętności wpływania na polityków, zarządzających w celu umocnienia pozycji pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej.

Autonomia jako podstawowa cecha zawodu pielęgniarstwa zobowiązuje pielęgniarki do rozumienia jej znaczenia oraz poznania czynników, które mają wpływ na jej zwiększenie lub zmniejszenie w praktyce.

Wielu autorów wskazuje, że zdolność pielęgniarek do podejmowania niezależnych decyzji dotyczących opieki poprawia wyniki zdrowotne, zmniejsza śmiertelność 30-dniową, zmniejsza częstość występowania zdarzeń niepożądanych, poprawia jakość opieki, zwiększa satysfakcję pielęgniarek z pracy i obniża koszty opieki [Weston, 2008; Maurits i wsp., 2017; Rau i wsp. 2017].

Brak autonomii pielęgniarstwa negatywnie wpływa na same pielęgniarki, pacjentów, innych członków zespołu i organizację jako całość. Do negatywnych skutków zaliczono: brak motywacji, depersonalizacja, dewaluacja zawodowa i osobista, depresja oraz niski poziom współpracy pielęgniarka-lekarz [Papathanassoglou i wsp., 2012]. Inni autorzy podkreślają, że praca zespołowa i współpraca pielęgniarka-lekarz poprawiają jakość opieki, zmniejszają konflikty w pracy i zwiększają motywację zespołu, przyczyniając się do większej autonomii jej członków [Sollami i wsp., 2015].

Do czynników hamujących autonomię autorzy zaliczają: brak wiedzy technicznej/informatycznej

Pielęgniarstwo w Polsce zostało prawnie uznane za zawód samodzielny dopiero 24 lata temu

i naukowej pielęgniarek, autorytarne przywództwo (opresyjne, dominujące), silne podporządkowanie lekarzom, przeciążenie pracą, negatywne środowisko pracy, nieodpowiednie zasoby kadrowe i materialne, brak wsparcia zarządzających [Strapazzon i wsp., 2018].

Do czynników zwiększających autonomię pielęgniarek w warunkach szpitalnych zaliczono: skuteczną komunikację z członkami zespołu, wiedzę pielęgniarek, pozytywne relacje interpersonalne ze współpracownikami, organizację i dokumentację opieki nad pacjentem, przywództwo, kulturę i klimat organizacji, wsparcie zarządzających w rozwój autonomicznie podejmowanych decyzji [Strapazzon i wsp., 2018].

Poziom autonomii pielęgniarskiej jest w dużej mierze zależny od relacji z innymi członkami zespołu. Autonomia może mieć negatywny wpływ, gdy pielęgniarki nie dostrzegają wkładu w opiekę nad pacjentem, lub są całkowicie zależne od lekarza w świadczeniu opieki. Nawiązanie profesjonalnych i koleżeńskich relacji z współpracownikami jest ważnym krokiem w zdobywaniu ich zaufania i szacunku. Pielęgniarki muszą być asertywne i wspierać swoich pacjentów, oferując im i członkom zespołu nowe rozwiązania w opiece oraz profesjonalny wgląd w najlepsze praktyki. Innym sposobem, w jaki pielęgniarki mogą poprawić swoją wiedzę, rozwinąć umiejętności i kompetencje, jest aktywność w organizacjach pielęgniarskich, towarzystwach naukowych. Członkostwo oferuje pielęgniarkom wiele możliwości edukacyjnych, w tym np. szkolenia, konferencje, materiały edukacyjne, dostęp do czasopism, biuletynów informacyjnych. Zaangażowanie w działalność organizacyjną, naukową, udział w szkoleniach, konferencjach związanych z pielęgniarstwem wzmacnia tożsamość zawodową, umożliwiając tym samym pielęgniarkom osiągnięcie wyższego poziomu autonomii w ich praktyce [Roshanzadeh i wsp. 2018].

Innym ważnym elementem w promowaniu autonomii pielęgniarek jest wspólne zarządzanie, w którym menedżerowie dzielą się podejmowaniem decyzji w kwestiach opieki nad pacjentem z pielęgniarkami [Church i wsp., 2008]. Kadra zarządzająca odgrywa kluczową rolę w zwiększaniu zaufania pielęgniarek poprzez wspieranie i zachęcanie pielęgniarek do podejmowania autonomicznych decyzji [Roshanzadeh i wsp., 2018]. Aby wspierać pielęgniarki, zarządzający powinni stwarzać możliwości wzmocnienia współpracy pielęgniarka-lekarz, zachęcać do dzielenia się ze sobą wiedzą i promować opiekę skoncentrowaną na pacjencie.

W praktyce pielęgniarskiej autonomia rozumiana jest jako uprawnienie do samodzielnego podejmowania decyzji związanych z opieką nad pacjentem i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania. Uzasadnionym jest więc stwierdzenie, że podejmowanie decyzji jest podstawą obecnej i przyszłej praktyki.

Innym sposobem, w jaki pielęgniarki mogą poprawić swoją wiedzę, rozwinąć umiejętności i kompetencje, jest aktywność w organizacjach pielęgniarskich

bibliografia u autora



Ministerstwo Zdrowia

Departament

Pielęgniarek i Położnych

Pan

dr n. pr. Marek Wach

Radca Rzecznika

Biuro Rzecznika Małych i Średnich

Przedsiębiorstw

Szanowny Panie,

w odpowiedzi na pismo z dnia 28 lipca 2020 r. znak WPL.342.2020.DL w związku z pismem z dnia 1 czerwca 2020 r. znak WPL.342.2020.DL w sprawie pisma stanowiącego wspólny sprzeciw Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Związku Pracodawców Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych, Stowarzyszenia Dobrze Urodzeni, Polskiego Towarzystwa Położnych, Krajowego Związku Podmiotów Leczniczych wobec rozwiązań przedłożonych w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej polegających na prowadzeniu tzw. "wspólnej deklaracji" wyboru

świadczeniodawcy z zakresu POZ oraz lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Konieczność wydania nowego rozporządzenia w sprawie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wynikała z nowelizacji ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie art. 1 O, dokonanej przez ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590).

Wyjaśnienia wymaga, iż zmiany proponowane w przedmiotowym projekcie miały na celu przede wszystkim ograniczenie biurokratyzacji oraz usprawnienie procesu składania przedmiotowych deklaracji. Intencją projektodawcy nie była natomiast ingerencja w samodzielność zawodową pielęgniarek oraz położnych POZ.

Jednakże mając na uwadze zastrzeżenia zgłaszane przez środowisko pielęgniarek i położnych w toku konsultacji publicznych, dnia 29 maja 2020 r., Ministerstwo Zdrowia zorganizowało spotkanie, którego przedmiotem były prace nad przedmiotowym projektem rozporządzenia (MZ 862), szczególnie w zakresie budzącego sprzeciw środowiska § 1 pkt 4 oraz załącznika nr 4 - tzw ... wspólnej deklaracji wyboru". W ww. spotkaniu udział wzięli reprezentacji środowiska pielęgniarek i położnych oraz kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. W toku dyskusji omówione oraz wyjaśnione zostały kwestie budzące wątpliwości oraz obawy środowiska pielęgniarek i położnych POZ. Ministerstwo Zdrowia przychyliło się do przedstawionych przez ww. grupę postulatów, stosownie zmieniając treść projektu rozporządzenia. Przedmiotowe rozporządzenie ogłoszone zostało dnia 30 czerwca 2020 r. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej- Dz. U. 2020 poz. 1143).

Jednocześnie wskazać należy, że zgodnie z § 13 ust. 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 lipca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. 2020 poz. 1182), do odwołania oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej mogą być składane zgodnie z wzorami obowiązującymi w dniu 13 marca 2020 r. (tj. w dniu ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego).

Z poważaniem
Greta Kanownik
Dyrektor



Ministerstwo Zdrowia

Departament

Pielęgniarek i Położnych

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w związku z pismem znak NIPiP-NRPIP-DM.025.131.2020.MK z dnia 2 lipca br. w sprawie prośby o wprowadzenie zmian w Zarządzeniu nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie warunków objęcia opieką przez położne podstawowej opieki zdrowotnej pacjentek po operacjach ginekologicznych, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, iż w przedmiotowej sprawie zostało wydane Zarządzenie nr 131/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2020 r., które zawiera zapis iż „wizyty położnej poz w opiece pielęgniacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmują okres od dnia zakończenia leczenia szpitalnego do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej i realizowane są przez położną na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 Ogólnych warunków umów albo karty informacyjnej z leczenia szpitalnego wydanych po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej, zgodnie z zaleceniami w nich zawartymi.”

Z poważaniem,
Greta Kanownik
Dyrektor

WYTYCZNE KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

dotyczące teleporad w podstawowej opiece zdrowotnej

udzielanych w czasie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2

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

KWESTIE ORGANIZACYJNE

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

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

KWESTIE MEDYCZNE

17. Należy pamiętać, że zasady odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej przy udzielaniu teleporady są takie same, jak w przypadku innych świadczeń. Należy dołożyć wszelkiej staranności oraz postępować zgodnie

- z aktualną wiedzą medyczną.
18. Rozpoznanie stawiane podczas teleporady powinno wynikać z zebranego wywiadu oraz dostępnej dokumentacji.
 19. W ramach teleporady, jeżeli przemawiają za tym względy medyczne, możliwe jest wystawienie elektronicznych dokumentów (np. recepta, skierowanie lub zwolnienie lekarskie), a także dokumentów wystawionych w formie papierowej, do odbioru w rejestracji przychodni.
 20. Tak jak przy wizycie osobistej wystawienie pacjentowi skierowania na badania diagnostyczne, do poradni specjalistycznych lub do szpitala powinno być uzasadnione stanem zdrowia pacjenta.
 21. Do teleporady pacjentów chorych przewlekłe należy przygotować się, analizując posiadaną dokumentację pacjenta, zwracając przede wszystkim uwagę na to, czy pacjent ma wdrożone leczenie na wszystkie rozpoznane schorzenia, tak aby nie dochodziło do przerwania leczenia chorób przewlekłych. Jeśli jest taka możliwość, warto sprawdzić stan realizacji recept przez pacjenta.
 22. Osobiste wizyty pacjentów, w tym pacjentów pediatrycznych, powinny być realizowane w następujących przypadkach:
 - a. gdy stan pacjenta wskazuje na konieczność przeprowadzenia badania przedmiotowego lub innych procedur z zakresu kompetencji POZ, niemożliwych do zrealizowania w formie teleporady,
 - b. gdy ustalenie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego nie jest możliwe na podstawie informacji zebranych podczas teleporady,
 - c. gdy występują objawy o niejasnym charakterze, znacznym nasileniu, nieustępującym czasie, będące przyczyną istotnego niepokoju pacjenta (tzw. czerwone flagi),
 - d. gdy brak jest spodziewanego efektu terapeutycznego (np. poprawy stanu zdrowia pacjenta) po dwóch kolejnych teleporadach, udzielonych z tej samej przyczyny, a wizyta osobista jest możliwa do realizacji.
 23. Teleporady u dzieci powinny być realizowane z dużą ostrożnością. Należy pamiętać, że u dzieci przebieg choroby, a zwłaszcza infekcji, może szybko doprowadzić do zmiany stanu dziecka z dobrego do ciężkiego. Podczas teleporady, poza standardowym postępowaniem, należy uwzględnić następujące elementy:
 - a. doświadczenie rodziców oraz ich zdolność do właściwej opieki i obserwacji dziecka,
 - b. wywiad zbierany od rodzica/opiekuna dziecka może być mniej pewny, niż zbierany bezpośrednio jak w przypadku dorosłego pacjenta,
 - c. szczególną ostrożność należy wykazać w przypadku występowania objawów takich jak: utrzymująca się gorączka, senność lub nadmierne pobudzenie, silny ból głowy, niewyjaśniona wysypka, silny ból brzucha, powtarzające się wymioty/biegunka, trudności/niechęć w przyjmowaniu płynów, cechy odwodnienia.Jeżeli możliwości poradni i rodziców/opiekunów dziecka na to pozwalają, należy wykorzystywać wideoporady.
 24. Wizyty osobiste powinny być realizowane z zastosowaniem środków bezpieczeństwa, związanych z ryzykiem zakażenia SARS CoV-2 i zgodnie z obowiązującymi wytycznymi w tym zakresie.
- Dokument został opracowany we współpracy z zespołem roboczym Ministerstwa Zdrowia ds. opracowania standardu teleporad w podstawowej opiece zdrowotnej, w składzie:*
- Przewodnicząca:*
dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas - konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej
- Członkowie:*
Anna Miszczak – Dyrektor Departamentu Systemu Zdrowia Ministerstwa Zdrowia
Agnieszka Kister - Dyrektor Centrum e-Zdrowia
Daniel Rutkowski - Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Karaszewski - Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia
mgr Beata Ostrzycka – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
dr n. med. Agata Sławin – Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
dr n. med. Wiesława Fabian – Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
dr n. med. Mariusz Domański – PTMR, KLRwP
lek. Tomasz Zieliński – Federacja Porozumienie Zielonogórskie
lek. Wojciech Pacholicki - Federacja Porozumienie Zielonogórskie
dr n. zdr. Bartosz Pędziński - Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

OPINIA PRAWNA

w sprawie pobierania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej materiału do badań diagnostycznych i transportu tego materiału do laboratorium diagnostycznego

Zlecające: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Wykonawca: prof. nadzw. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska, radca prawny,

I. Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

Jakie w obecnym stanie prawnym, są zasady pobierania materiału do badań diagnostycznych przez pielęgniarki

podstawowej opieki zdrowotnej (dalej zwane: pielęgniarki POZ)?

Kto jest zobowiązany do transportu pobranego materiału do badań diagnostycznych?

II. Podstawa prawna:

Niniejsza opinia prawna została sporządzona na podstawie następujących aktów prawnych:

1. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 849 ze zm.) dalej: u.d.l.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.) dalej: u.dz.l.
3. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 562 ze zm.), dalej: ustawa pielęgniarska lub u.z.p.p.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 154), dalej u.p.p.R.P.P.
5. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 154), dalej u.p.t.
6. Oświadczenie rządowe z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie wejścia w życie zmian do załączników A i B do Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1119) obowiązujące od 1 stycznia 2019 r.
7. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, (Dz. U. z 2020 r., poz. 1493).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne, (Dz. U. z 2018 r., poz. 299).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 320) dalej: r.o.w.u.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (Dz. U. z 2017 r., poz. 497) dalej: r.s.z.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej

opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 2335) dalej: r.z.p.o.z.

12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 736 ze zm.) dalej: r.s.g.p.o.z.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1923) dalej: r.s.j.l.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 r. w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych (Dz. U. z 2004 r, Nr 247, poz. 2481).

III. Analiza prawna

Osoby uprawnione do pobierania materiału do badań diagnostycznych

Zagadnienia związane z czynnościami pobrania materiału do badań laboratoryjnych są przedmiotem regulacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Ustawodawca nie definiuje pojęcia "badania diagnostyczne" natomiast wskazuje, że czynności diagnostyki laboratoryjnej obejmują, między innymi badania laboratoryjne oraz mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek, które dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych zostały pobrane od pacjenta (art. 2 u.d.l.). Jednocześnie przywołana ustawa używa zwrotu: *wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej* oraz zwrotu: *czynności pobrania materiału do badań laboratoryjnych* (art. 6a i art. 6b u.d.l.). Ustawodawca nie precyzuje zwrotu - czynności polegającej na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych, natomiast wskazuje katalog osób uprawnionych, w zależności od posiadanych kwalifikacji zawodowych, które mogą takie czynności wykonywać (art. 6a u.dz.l.l w zw. z art. 6 i art. 6a u.d.l.). Zgodnie z treścią załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 r. *w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych*:

1. osoba posiadająca prawo do wykonywania zawodu lekarza i specjalizację w dziedzinie przydatnej do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej ma prawo o pobierania każdego materiału niezbędnego do wykonania badania laboratoryjnego,
2. diagnosta laboratoryjny oraz osoby, które uzyskały tytuł zawodowy analityki medycznej lub licencjata w kierunku analityka medyczna posiadają uprawnienia do pobierania:

- krwi żyłnej z żył obwodowych kończyn
- krwi włosniczkowej z opuszki palca i palucha, z piętki i płatka ucha
- wymazów z powłok skórnych, gardła, przewodu słuchowego zewnętrznego, przedsionka nosa, worka spojówkowego i odbytu
- włosa i zeszkobin z paznokci i skóry

Analiza przepisów ustaw o diagnostyce laboratoryjnej oraz rozporządzenia w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych prowadzi do wniosku, iż wśród osób uprawnionych do podejmowania czynności związanych z pobraniem materiału do badań, nie zostały wymienione pielęgniarki. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki są uprawnione i zobowiązane do pobrania materiału do badań laboratoryjnych na podstawie odrębnych przepisów od powyższych.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega w szczególności na samodzielnym, bez zlecenia lekarskiego, udzieleniu w określonym zakresie świadczeń diagnostycznych (art. 4 ust. 1 pkt 4 u.z.p.p. w zw. z art. 6) oraz prawie do wystawiania skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających powyższe ryzyko

L.p	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, sód, potas, wapń, kreatynina, glukoza, mleczany, czas protrombinowy (INR), TSH, gazometria z krwi żyłnej, gazometria z krwi włosniczkowej
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: białko C-reaktywne, troponina, hemoglobina glikowana (HbA1c), badanie moczu (białkom ciała ketonowe, cukier, test ciążowy)
3	Badania przeprowadzone z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: przezskórny pomiar bilirubiny, pomiar glikemii za pomocą glukometru

Warto podkreślić, iż przedmiotowy katalog oraz zakres uprawnień pielęgniarki w odniesieniu do pobierania od pacjenta materiału dla celów diagnostycznych uległ znacznemu rozszerzeniu, jeśli porównamy go z dotyczącymi tego zagadnienia regulacjami prawnymi wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia, które zostało uchylone przez rozporządzenie, o którym mowa powyżej . Poprzednie rozporządzenie, bowiem zawierało ściśle określony katalog badań oraz rodzajów materiału, który pielęgniarka miała prawo pobrać od pacjenta.

L.p.	Rodzaj badania
1	Badania hematologiczne
2	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi

dla pacjenta (art. 15a ust. 6 u.z.p.p.). Zakres powyższych uprawnień pielęgniarki w zakresie diagnostycznych świadczeń zdrowotnych został określony w dwóch rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych., diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawić skierowania pielęgniarki i położne. Pielęgniarka może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, mocz, ślinę, kal, włosy, wyszkobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne (§ 11 r.s.z.). Jednocześnie załącznik nr 6 do r.s.z. wskazuje na katalog badań diagnostycznych, które pielęgniarka może przeprowadzić samodzielnie.

Natomiast pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo ma prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Wykaz badań diagnostycznych określił Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia (art. 15a ust. 6 w zw. z ust. 8 pkt 2 u .z.p.p.). Są to następujące badania:

Nazwa badania diagnostycznego
morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
sód, potas, kreatynina, glukoza, hemoglobina glikowana (HbA1c), doustny test tolerancji glukozy (DTTG), białko C-reaktywne (CRP) badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), badanie przeciwciał, anty-HCV, anty-HBs, badania w kierunku kiły (VDRL)

3	Badania układu krzepnięcia	czas protrombinowy (INR)
4	Badania moczu	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu
5	Badania kału	badanie w kierunku obecności pasożytów, badanie w kierunku stwierdzenia krwi utajonej
6	/nie dotyczy pielęgniarstwa/	
7	Badania mikrobiologiczne	szybki test lateksowy, posiew moczu z antybiotykiem
8	Badania z zakresu serologii grup krwi	oznaczanie grupy krwi ABO i antygeny Rh D, oznaczanie przeciwciał anti-Rh
9	Badania radiologiczne	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
10	Badania elektrokardiograficzne	EKG w spoczynku
11	Badania inne	próba tuberkulinowa RT23

Podsumowując, czynności pobrania materiału do badań diagnostycznych można określić mianem czynności przygotowawczych do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Wszelkie czynności związane z pobraniem materiału mogą być wykonywane samodzielnie przez osoby uprawnione w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej, bez konieczności nadzoru ze strony diagnostyki laboratoryjnej.

Za uregulowanie szczególne, należy uznać rozszerzenie katalogu osób uprawnionych do pobierania materiału do badań diagnostycznych o opiekunów medycznych. Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu:

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z COVID-19, osoba, która:

1. rozpoczęła przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny lub
2. rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz uzyskała świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie opiekun medyczny, dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, certyfikat kwalifikacji zawodowej w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie opiekun medyczny lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny, lub
3. ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny - po odbyciu przeszkolenia u pracodawcy, potwierdzonego zaświadczeniem, może pobierać materiał z górnych dróg oddechowych w celu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej a status świadczeniodawcy

Uprawnienia pielęgniarek w zakresie realizacji czynności pobierania materiału do badań laboratoryjnych zostały dodatkowo uszczegółowione w przepisach prawa dla pielęgniarek, które nabyły status pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (dalej zwane także: pielęgniarki POZ).

Pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej jest pielęgniarka, która spełnia łącznie dwa ustawowe kryteria: legitymuje się wymaganymi kwalifikacjami zawodowymi i oraz z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 7 u.p.o.z. w zw. z art. 5 pkt 25 i 26 u.ś.o.z.). Tym samym pielęgniarskie świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej mogą być udzielane w ramach działalności leczniczej prowadzonej przez pielęgniarki praktyk zawodowych lub w ramach działalności leczniczej podmiotu leczniczego (art. 7 u.p.o.z. w zw. z art. 19 ust.1 u.z.p.p.). Pielęgniarka POZ uzyskuje status świadczeniodawcy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jeżeli wykonuje zawód w ramach indywidualnej praktyki zawodowej lub grupowej praktyki zawodowej w formie spółki cywilnej. Natomiast w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki POZ w ramach grupowej praktyki pielęgniarskiej prowadzonej w formie spółki partnerskiej lub jawnej - świadczeniodawcą będzie ta spółka z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 4 u.d.l. w zw. z art. 19 ust. 1 u.z.p.p.), a w przypadku wykonywania przez pielęgniarkę POZ zawodu w podmiocie leczniczym - świadczeniodawcą będzie podmiot leczniczy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 7 u.p.o.z. w zw. z art. 5 pkt 25 i 26 u.ś.o.z.).

Zasady postępowania diagnostycznego w podstawowej opiece zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia,

w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 2 u.p.o.z.). Pacjent mający status świadczeniobiorcy ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z NFZ, i w ramach tego

wyboru - pacjent ma prawo wybierać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ. (art. 9 ust. 1 i ust. 2 u.p.o.z.). To nie lekarz POZ "dobiera: sobie pielęgniarkę POZ i położną POZ do wspólnej realizacji zadań, ale "zespoły POZ" de facto ma być tworzony przez świadczeniobiorcę, tzn. że pacjent ma sam dokonać wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ (art. 9 ust. 2 u.p.o.z.). Zespół POZ w zależności od dokonanego przez

pacjenta wyboru może składać się z (art. 9 ust. 3 u.p.o.z.):

1. lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ u tego samego świadczeniodawcy albo
2. lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo
3. lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ będących świadczeniodawcami

Dokonany przez pacjenta wybór lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ determinuje skład "zespołu POZ", który ma sprawować nad nim opiekę zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 u.p.o.z.). Innymi słowy, pacjent wskazuje którą pielęgniarkę będzie wykonywać względem niego zlecenia lekarskie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a tym samym staje się zobowiązana do pobierania materiału do badania diagnostycznego.

Planowanie i koordynacja postępowania diagnostycznego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy, należy do lekarza POZ, w ramach swoich kompetencji zawodowych (art. 4 i art. 5 ust. 1 i 2 u.p.o.z. w zw.z Załącznik I pkt 3 r.z.p. o.z.). Świadczenia gwarantowane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmują nieodpłatne świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej określone na podstawie art. 31 d u.s.o.z. w części IV załącznika nr 1 do rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych:

1. Badania hematologiczne:

- morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi;
- morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi;
- retikulocyty;
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).

2. Badania biochemiczne i immunochemiczne:

- sód; potas; wapń zjonizowany; żelazo; żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC);
- stężenie transferyny; stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
- mocznik; kreatynina; glukoza; test obciążenia glukozą;

białko całkowite;

- proteinogram; albumina; białko C-reaktywne (CRP); kwas moczowy;
- cholesterol całkowity; cholesterol-HOL; cholesterol-LDL; triglicerydy (TG);
- bilirubina całkowita; bilirubina bezpośrednia; fosfataza alkaliczna (ALP);
- aminotransferaza asparaginianowa (AST); aminotransferaza alaninowa (ALT);
- gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP); amylaza; kinaza kreatynowa (CK);
- fosfataza kwaśna całkowita (ACP); czynnik reumatoidalny (RF);
- miano antystreptolizyn O (ASO); hormon tyreotropowy (TSH); antygen HBs-AgHBs;
- VDRL; FT₃; FT₄; PSA- Antygen swoisty dla stercza całkowity.

3. Badania moczu:

- ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną
- mikroskopową osadu; ilościowe oznaczanie białka; ilościowe oznaczanie glukozy;
- ilościowe oznaczanie wapnia; ilościowe oznaczanie amylazy.

4. Badania kału:

- badanie ogólne; pasożyty; krew utajona - metodą immunochemiczną.

5. Badania układu krzepnięcia:

- wskaźnik protrombinowy (INR); czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); fibrynogen.

6. Badania mikrobiologiczne:

- posiew moczu z antybiogramem; posiew wymazu z gardła z antybiogramem;
- posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella.

Natomiast do zadań pielęgniarki POZ w zakresie świadczeń diagnostycznych należy m.in. wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium przy wykorzystaniu zestawów i aparatury przeznaczonych do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, pobieranie materiału do badań diagnostycznych oraz wystawianie skierowań na wykonanie badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta - zgodnie z wymogami art. 15a ust. 6 u.z.p.p. (art. 12 ust. 2 u.p.o.z. i art. 13 ust. 4 w zw.z Załącznikiem 2 A pkt 3 ppkt 7, 10, 11 r.z.p.o.z.).

Pobieranie przez pielęgniarkę POZ materiału do badań diagnostycznych w domu świadczeniobiorcy (pacjenta)

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ może pobrać materiał do badań diagnostycznych w domu pacjenta (świadczeniobiorcy). Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, muszą jednak zaistnieć wyraźnie wskazane okoliczności.

1. Pobrania materiału do badań diagnostycznych w warunkach domowych dokonuje pielęgniarka, która została przez świadczeniobiorcę (pacjenta) wybrana jako pielęgniarka POZ i który to pacjent został wpisany na jej listę świadczeniobiorców.
2. Pielęgniarka POZ pobiera materiały do badań diagnostycznych w przypadkach gdy świadczenie, ze względów uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, może być zrealizowane wyłącznie w domu świadczeniobiorcy.
3. Świadczeniodawca przy zlecaniu pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej pobrania materiałów do badań diagnostycznych w domu świadczeniobiorcy, znajdującego się na jej liście świadczeniobiorców, jest obowiązany do:
 - zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt pojemników na materiały do zleconych badań oraz pojemnika zbiorczego do transportu pobranych próbek, odpowiadających wymogom określonym w przepisach ustawy o diagnostyce laboratoryjnej,
 - udostępnienia pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu udzielania świadczeń lub w filii świadczeniodawcy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, pojemników, o których mowa w pkt 1, oraz zapewnienia w tym samym miejscu odbioru pobranych przez pielęgniarkę próbek.
4. Świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Załącznik I do r.g.ś.p.o.z. Część I pkt 3) - co oznacza w praktyce, iż świadczeniodawca zlecając pielęgniarce POZ ma obowiązek zapoznać ją z procedurą zasad pobierania materiału do badań diagnostycznych opracowaną przez laboratorium diagnostyczne, z którym świadczeniodawca zawarł umowę (czyli do którego zostanie przekazany pobrany przez pielęgniarkę POZ materiał do badania diagnostycznego). Dokument zawierający procedurę stanowi załącznik do umowy na wykonywanie badań diagnostycznych, jaką laboratorium podpisuje z każdym świadczeniodawcą z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zagadnienie zasad pobierania materiału do badań diagnostycznych, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych. Wykładnia językowa podstawy prawnej w/w rozporządzenia, tj. art. 17 ust. 4 u.d.z.l., jak i tytuł tego rozporządzenia - wskazuje iż adresatem przepisów wydanych w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości czynności diagnostyki laboratoryjnej są medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne. Jednak wykładnia celowościowa i systemowa wskazuje, iż adresatami tych przepisów są także wszystkie podmioty realizujące zadania w zakresie pobierania materiału do badań diagnostycznych. Każdy świadczeniodawca realizujący zadania podstawowej opieki zdrowotnej ma prawo do otrzymania procedury pobierania materiałów do badań laboratoryjnych, przygotowanej przez laboratorium do

którego będzie dostarczany materiał do badań diagnostycznych, pobierany przez pielęgniarkę POZ lub innego członka zespołu POZ. Świadczeniodawca zobowiązany jest do potwierdzenia zapoznania się z procedurą oraz stosowania się do niej w zakresie pobierania materiału.

Procedura pobierania materiału do badań winna uwzględniać, w szczególności: a) sposób przygotowania pacjenta; b) rodzaj i objętość pobieranego materiału; c) sposób pobrania materiału do badania - gdzie znaleźć się powinny przykładowo zapisy dotyczące zasad pobierania krwi do badań wykonywanych rutynowo, które obejmują między innymi pobieranie krwi rano, po wypoczynku nocnym, na czczo, przy zachowaniu dotychczasowej diety oraz przed leczeniem lub po ewentualnym odstawieniu leków mogących wpływać na poziom mierzonych składników, o ile nie zaburza to procesu leczenia; d) wymagania dotyczące sprzętu i pojemników stosowanych do pobierania materiału, e) sposób postępowania ze sprzętem i wyrobami medycznymi stosowanymi przy pobieraniu materiału wraz z ich utylizacją; t) oznakowanie pojemników z pobranym materiałem imieniem i nazwiskiem, numerem PESEL lub numerem dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta albo numerem identyfikacyjnym pacjenta, albo kodem kreskowym; g) obowiązki osoby pobierającej materiał, przykładowo regulacje dotyczące stosowania przy każdym pacjencie nowych rękawiczek jednorazowego użytku tylko w celu pobrania materiału, dokonywania jednoznacznej identyfikacji i weryfikacji tożsamości pacjenta, od którego został pobrany materiał, potwierdzania podpisem faktu pobrania materiału.

Podkreślić należy użycie przez ustawodawcę sformułowania "w szczególności" w zakresie wyliczenia poszczególnych elementów, które winny zostać zamieszczone w procedurze oznacza to, że ich katalog ma charakter otwarty, a wymienione w przepisach części składowe procedur stanowią jedynie określone minimum przewidziane przez prawodawcę. Poszczególne procedury mogą zatem zawierać dodatkowe elementy, uwzględniające specyfikę pracy i wykonywanych badań w konkretnym laboratorium.

Transport pobranego materiału do badań diagnostycznych

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych - laboratorium opracowuje, wdraża i stosuje procedury transportu materiału do badań oraz udostępnia je zlecającemu, którzy potwierdzają zapoznanie się z tymi procedurami. Oznacza to, iż każdy świadczeniodawca POZ jest zobowiązany do organizacji transportu materiału pobranego w celu wykonania badań diagnostycznych zgodnie z tą procedurą.

Materiał do badań laboratoryjnych musi być transportowany i dostarczany do laboratorium przez upoważnione osoby. Materiał jest transportowany w zamkniętych próbkach lub pojemnikach, w zamkniętym opakowaniu zbiorczym, oznakowanym

“materiał zakaźny”. Materiał do badań jest transportowany w warunkach niezmiennych jego właściwości. Procedury transportu materiału zawierać musi w szczególności informacje dotyczące: 1) zabezpieczenia materiału przed uszkodzeniem, 2) zapewnienia bezpieczeństwa osoby transportującej materiał, 3) minimalizacji skutków skażenia w wypadku uszkodzenia opakowania zbiorczego lub opakowania indywidualnego transportowanego materiału, 4) sposobu dekontaminacji w przypadku skażenia, 5) opisu pojemników i opakowań zbiorczych przeznaczonych do transportu, 6) dopuszczalnego czasu transportu, 7) dopuszczalnego zakresu temperatury transportu - z uwzględnieniem rodzajów materiału.

Jednocześnie ustawodawca zobowiązuje świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej do przestrzegania procedur w zakresie transportu, nie wskazuje -jakie pojazdy mechaniczne mogą być wykorzystane do przewożenia materiału pobranego do badania diagnostycznego i kto jest zobowiązany do pokrycia kosztów tego transportu?

Zgodnie z § 8 ust. 1 r.o.w.u. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Natomiast zgodnie z art. 13 ust. 1 u.p.o. .. z.: Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do zapewnienia możliwości realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego, odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 4. Oznacza to, iż obowiązki o których mowa art. 13 ust. 1 u.p.o.z. - spoczywają na tym podmiocie, który jest stroną umowy z Narodowym

Funduszu Zdrowia. Jeżeli pielęgniarka POZ wykonuje zawód na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, to ma prawo oczekiwać, iż podmiot leczniczy zapewni realizację ustawowych zadań w zakresie postępowania diagnostycznego zgodnie z obowiązującym stanem prawnym. W sytuacji wykonywania zawodu w ramach praktyk grupowych, obowiązki te spoczywają na tej praktyce, natomiast odnośnie wykonywania zawodu w ramach indywidualnej pielęgniarstwa praktyki zawodowej lub cywilnej - świadczeniodawcą jest pielęgniarka - a zatem sama musi zapewnić sobie realizację swoich zadań.

Odpowiedzi na pytanie o “pojazd mechaniczny”, w którym ma być przewożony pobrany materiał do badań laboratoryjnych nie dają także przepisy rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest uszczegóławianie organizacji współpracy pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej. W przywołanym rozporządzeniu jest jedynie mowa, że świadczeniodawca w przypadkach określonych w ustawie oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie (§ 8 ust. 2 o.w.u.). Od tej zasady jest wyjątek,

świadczeniodawcy udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie zapewniają transportu sanitarnego, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy (§ 8 ust. 2 o.w.u.).

Stan prawny nieprecyzujący “czym” pobrany materiał do badania laboratoryjnego ma być transportowany przez świadczeniodawcę budzi wiele wątpliwości. Przede wszystkim, nasuwa się pytania o charakter biologiczny pobranego materiału, o bezpieczeństwo jego transportu, bezpieczeństwo osoby transportującej pobrany materiał oraz zgodność postępowania ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Dodatkowo wątpliwości nasuwa regulacja, że materiał biologiczny materiał wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu ma być przewożony transportem sanitarnym (art. 5 pkt 33a u.s.o.z.). Literalna wykładnia w/w zapisu sugeruje, że materiały biologiczne i materiały wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych, które nie wymagają specjalnych warunków transportu, mogą być przewożone transportem niespełniającym wymogów transportu sanitarnego. Nie znajduje to jednak potwierdzenia w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, które wyraźnie wskazuje, że każdy materiał pobierany do badań diagnostycznych jest traktowany jako zakaźny, czyli nasuwa się logiczny wniosek, że należałoby zapewnić jednolite warunki transportu dla tego materiału.

W tym stanie rzeczy należy więc sięgnąć do przepisów regulujących zasady transportu drogowego, w świetle których materiały biologiczne, co do których nie można wykluczyć, iż zawierają elementy zakaźne, kwalifikowane są jako niebezpieczne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych. Towar niebezpieczny to materiał lub przedmiot, który zgodnie z ADR, RID lub ADN (oznaczające odpowiednie umowy międzynarodowe) nie jest dopuszczony odpowiednio do przewozu drogowego, przewozu kolejną lub przewozu żegluga śródlądową albo jest dopuszczony do takiego przewozu na warunkach określonych w tych przepisach (art. 2 pkt 4 u.p.t.). Zgodnie z art. 9 ust. 7 u.p.t. organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Jak wynika zaś z treści Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych - ADR (oświadczenie rządowe z dnia 16 stycznia 2009 r. w sprawie wejścia w życie zmian do załączników A i B Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.) wg załącznika A pkt 2.2.62. Klasa 6.2 (materiały zakaźne) obejmuje materiały, o których wiadomo lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają drobno-ustroje chorobotwórcze (w tym bakterie, wirusy) - w tym próbki diagnostyczne (podklasa 14). Poza wymaganiami transportu określonymi w ADR pozostają jedynie te próbki ludzkie, co do których istnieje znikome prawdopodobieństwo, że zawierają

patogeny - np. próbki do badań histopatologicznych lub krew pobrana wyłącznie celem ustalenia grupy krwi, pobrane od pacjenta diagnozowanego wcześniej pod kątem braku drobnoustrojów chorobotwórczych.

Wnioski i rekomendacje

1. W przypadku gdy w wyniku udzielonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań diagnostycznych i ich transport zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Załącznik I do r.g.ś.p.o.z. Część I pkt 3).
2. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej - zlecenie lekarskie przeprowadzania określonego badania diagnostycznego jest kierowane do świadczeniobiorcy (pacjenta), a nie do konkretnej pielęgniarki POZ. Zlecenie to będzie zobowiązana zrealizować pielęgniarka, która została wybrana przez pacjenta, jako pielęgniarka POZ, a pacjent został wpisany na jej listę świadczeniobiorców.
3. Obecnie obowiązujący stan prawny nie reguluje jednoznacznie kwestii związanych z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych od pacjenta w warunkach domowych. Nieprecyzyjne przepisy sugerują,
4. że wszelkie obowiązki w zakresie transportu obciążają świadczeniodawcę w zakresie przedmiotowym zawartej umowy z Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Zgodnie z postanowieniami umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR) transport materiałów do badań diagnostycznych ma odbywać się specjalnym do tego celu przeznaczonym transportem. Natomiast transport materiałów zakaźnych może odbywać się samochodem specjalnie do tego celu me przystosowanym wyjątkowo, gdy istnieje znikome prawdopodobieństwo, że materiały te zawierają patogeny.
6. Zgodnie z art. 9 ust. 7 u.p.t. organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy do spraw zdrowia. - postulat de lege ferenda - PILNE przygotowanie warunków przewozu.
7. Koszty związane z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych muszą być przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. De lege ferenda - przewóz mógłby być realizowany w całym zakresie badań wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez tzw. transport sanitarny będący w dyspozycji świadczeniodawcy, albo na podstawie zawartej umowy pomiędzy świadczeniodawcą a przewoźnikiem transportu sanitarnego.

PIELĘGNIARKA CZŁONKIEM SPECJALNEGO ZESPOŁU DORADCZEGO MINISTRA ZDROWIA

Eksperci przygotowują tzw. plan recovery, który ma trzy fundamentalne założenia



Adam Niedzielski, minister zdrowia, poinformował dzisiaj o powołaniu zespołu doradczego, złożonego z 7 ekspertów w dziedzinie medycyny, wśród których znalazła się Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zadaniem zespołu jest opracowanie strategii rozwoju systemu opieki zdrowotnej w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2.

Eksperci przygotowują tzw. plan recovery, który ma trzy fundamentalne założenia: bon na profilaktykę, uwolnienie i czasowe zniesienie limitów oraz zwiększenie nacisku na leczenie kardiologiczne i onkologiczne. Ważnym założeniem tzw. planu recovery jest też koncentracja na psychologii i psychiatrii. – Zgodnie z badaniami, najgorsze konsekwencje izolacji i odosobnienia dotyczą ludzi relatywnie młodych – podkreślił szef resortu zdrowia.

W skład zespołu wejdą: prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej dr Michał Byliniak, rektor

gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marcin Gruchała, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, prezes NRL prof. Andrzej Matyja, prezes Polskiej Fundacji polskiej Opieki Zintegrowanej dr Andrzej Zapaśnik, przewodniczący porozumienia rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Filip Płużański. Przewodniczącym zespołu został prof. Tomasz Hryniewiecki.



NAGRODY PIEŁĘGNIARSKIEJ KRÓLOWEJ SZWECJI



DLA PIEŁĘGNIAREK WALCZĄCYCH Z COVID-19

Trwa piąta polska edycja nagrody pielęgniarskiej pod patronatem JKM Królowej Szwecji. Do 6 listopada 2020 r. wszystkie pielęgniarki i pielęgniarze aktywni zawodowo oraz osoby studiujące pielęgniarstwo, mogą zgłaszać pomysły, usprawniające opiekę zdrowotną w czasach COVID-19. Zwycięzca otrzyma stypendium 25000 zł, dyplom od JKM Królowej Szwecji oraz indywidualny staż. Organizatorem stypendium w Polsce jest Fundacja Medcover.



Edycja Queen Silvia Nursing Award 2020:

Tematem zgłoszeń są pomysły dotyczące wyzwań, jakie COVID-19 stawia przed opieką zdrowotną.

Kandydat może zgłosić swój pomysł, który jeszcze nie został zrealizowany, jak również swoje rozwiązanie, które już zastosował.

Jest możliwość nominowania kolegi lub koleżanki z pracy lub z uczelni.

„Fundacja Medcover od wielu lat realizuje projekty wspólnie z pielęgniarkami. Pandemia COVID-19 pokazała wyraźnie, jak ważną rolę na całym świecie odgrywają pielęgniarki i pielęgniarze. Dlatego w edycji 2020 chcemy podziękować i nagrodzić kreatywne pielęgniarki i pielęgniarzy, którzy każdego dnia walczą z COVID-19.”- mówi Marcin Radziwiłł, Prezes Fundacji Medcover.

To prestiżowe stypendium przyznawane jest każdego roku i obecnie organizowane jest w Szwecji, Finlandii, Niemczech, Polsce, Litwie oraz w Uniwersytecie w Waszyngtonie.

Naszym wspólnym celem jest umożliwienie rozwoju pielęgniarkom i pielęgniarzom, dlatego uprzejmie proszę o przekazanie informacji o konkursie o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii pielęgniarkom i pielęgniarzom z Państwa otoczenia.



PIEŁĘGNIARSTWO NA ZDJĘCIACH

PROFESJA O WIELU TWARZACH

W ramach programu Akademia Opieki Długoterminowej (największy w Polsce cykl szkoleń skierowanych do pielęgniarek opieki długoterminowej) powstała wyjątkowa wystawa. Każdy może zobaczyć, jak wygląda codzienność tych, którzy ukończyli pielęgniarstwo ze specjalizacją z opieki długoterminowej. Zapraszamy 25–30 września do Hali Głównej Dworca Centralnego w Warszawie.



Ile pielęgniarek, tyle historii

*Stojąc
przed wyborem
szkoły średniej
wiedziałam,
że życie
i zdrowie
ludzkie jest
najważniejsze*

Podjęcie studiów z zakresu pielęgniarstwa to pierwszy krok w zdobywaniu doświadczeń z opieką nad chorymi. Decyzja najczęściej przychodzi z łatwością i jest podyktowana chęcią pomocy osobom potrzebującym. Tak naprawdę decyzję o tym, że będę pielęgniarką podjęłam w wieku 14 lat. Zawsze lubiłam się uczyć, szczególnie interesowała mnie biologia, uwielbiałam chemię. W latach 80-tych XX wieku zawód pielęgniarki cieszył się dużym zaufaniem społecznym. Był na trzecim miejscu w zestawieniu zawodów zaufania. Wówczas było bardzo trudno dostać się do szkoły pielęgniarstwiej. Na każde miejsce przypadało kilku chętnych – **wspomina Alina Kaczor, pielęgniarka z blisko 20-letnim stażem pracy, aktualnie pielęgniarka koordynująca Nutrimed, prowadząca warsztaty dla pielęgniarek w ramach Akademii Opieki Długoterminowej.** Zdarza się jednak, że wyborowi studiów towarzyszą pewne wątpliwości. Tak o swoim powołaniu opowiada **Iwona Markiewicz, pielęgniarka z 35-letnim stażem, pełniąca funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej** – [...] Od zawsze chciałam robić coś wyjątkowego. Stojąc przed wyborem szkoły średniej wiedziałam, że życie i zdrowie ludzkie jest najważniejsze. Chciałam być blisko człowieka. Wiedziałam, że chcę być medykiem, może lekarzem, może pielęgniarką albo fizjoterapeutą, a może farmaceutą. Wybrałam liceum medyczne. Stwierdziłam, że właśnie tam zweryfikuję swoje plany. [...] Praca zawodowa jest dla mnie ogromną przyjemnością. Czerpię ją nie tylko pielęgnując pacjentów, ale także przekazując wiedzę, zamiłowanie i pasję przyszłym pielęgniarkom i pielęgniarzom.



Opieka długoterminowa źródłem satysfakcji

W 2017 r. jedną z najczęściej wybieranych przez pielęgniarki specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych było pielęgniarstwo opieki długoterminowej[1]. Praca z pacjentami w ich domach różni się od opieki świadczonej w warunkach szpitalnych. Kluczową rolę odgrywa opiekun chorego, którym najczęściej jest członek jego rodziny. Za jego przeszkolenie i wyedukowanie odpowiada właśnie pielęgniarka opieki długoterminowej, zajmująca się danym pacjentem. Aż 76%[2] pielęgniarek wśród najważniejszych potrzeb pacjentów wskazało edukację rodziny i przygotowanie jej do opieki nad pacjentem, co oznacza, że podnoszenie kwalifikacji personelu pielęgniarstwiej przekłada się bezpośrednio na najbliższe otoczenie pacjenta. Zdarza się jednak, że chory mieszka sam, wówczas pielęgniarka często jest jedyną osobą pełniącą opiekę nad pacjentem – jej pomoc i wsparcie stają się tym bardziej niezbędne.



Kalina Kowalik, pielęgniarka koordynująca pracę hospicjum domowego w Centrum Medycznym Białolęka i w hospicjum domowym tak opisuje swoje codzienne spotkania z pacjentami – Przychodzimy do różnych domów i różnych środowisk. Największą satysfakcję przynoszą efekty mojej pracy – uśmiech czekającego na mnie pacjenta, jego lepsze samopoczucie i czas spędzony z chorym, który wie, że przyszłam tylko dla niego. Moi pacjenci to często osoby samotne, opuszczone przez rodzinę albo tacy, u których kontakty z rodziną są bardzo sporadyczne. Ci ludzie czekają na każdą wizytę, patrząc na zegarek, gdy się spóźnięm dzwonią zaniepokojeni, oczywiście mówię tylko o tych, którzy są na tyle samodzielni, że mogą to zrobić. Czekają na rozmowę, często na zwykłe podanie dłoni lub przytulenie. Ze mną mogą o wszystkim porozmawiać, a czasem, jeśli tego potrzebują, popłakać.

Pielęgniarz przewodnikiem chorego i opiekuna

Pacjenci opieki długoterminowej to przede wszystkim pacjenci neurologiczni, którzy stanowią ok. 60-70%[3] tej grupy; osoby starsze i przewlekle chore, cierpiące często z powodu odleżyn; pacjenci onkologiczni, wymagający wsparcia żywieniowego, a także pacjenci niepełnosprawni i czasowo unieruchomieni, u których stopień sprawności zależy od rehabilitacji. Z obserwacji pielęgniarek długoterminowych wynika, że aż 30-40%[4] pacjentów, których odwiedzają w domach, nie jest w stanie samodzielnie jeść. Część z nich jest żywiona dojelitowo w warunkach domowych. Wówczas poradnia żywieniowa zaopatruje w produkty do żywienia medycznego oraz cały niezbędny sprzęt do ich podaży wraz z materiałami opatrunkowymi. Rolą

pielęgniarki czy pielęgniarza jest wtedy kompleksowa pomoc rodzinie pacjenta w opiece nad zgłębnikiem, podażą produktów i odnalezieniem się w nowej sytuacji. Bardzo często poza wiedzą medyczną pielęgniarki i pielęgniarze opieki długoterminowej służą również wsparciem psychologicznym, pomagając pacjentom i opiekunom w podejmowaniu decyzji np. o włączeniu żywienia dojelitowego, które rekomenduje lekarz.

Paweł Urbańczyk, pielęgniarz koordynujący w Poradni Żywnieniowej Nutrimed tłumaczy – Jako pielęgniarz pracujący w poradni żywnieniowej mogę śmiało stwierdzić, że u pacjentów objętych opieką poradni żywienia dojelitowego w warunkach domowych obserwuję zdecydowanie mniej problemów niż u osób, które pod taką opieką nie są. U pacjentów, którymi się opiekuję nie obserwuję odleżyn, a u tych którzy je mieli, udaje się je skutecznie wygoić. To w dużej mierze zasługa podaży produktów do żywienia medycznego, która zawiera odpowiednie dla chorego ilości białka i innych składników odżywczych. Współpracujemy również z rehabilitantami, którzy podkreślają, że pacjent prawidłowo odżywiony lepiej i skuteczniej się rehabilituje, a co za tym idzie szybciej wraca do zdrowia. Po wdrożeniu żywienia medycznego, rodziny, które początkowo były sceptycznie nastawione, bardzo szybko się do niego przekonują, widzą jak poprawia się stan odżywienia ich bliskich, a sami zauważają jak proste i szybkie jest przygotowanie produktu do podania, dzięki czemu oszczędzają sporo czasu na rzecz innych czynności pielęgnacyjnych, a nie jak dotychczas na gotowanie, miksowanie i rozcieńczanie jedzenia.

U pacjentów, którymi się opiekuję nie obserwuję odleżyn

Ambasadorzy pielęgniarstwa opieki długoterminowej

O tym, że ktoś czuje się w wykonywanym przez siebie zawodzie jak ryba w wodzie, nie trzeba długo przekonywać, to widać gołym okiem. Pielęgniarki i pielęgniarze opieki długoterminowej to przedstawiciele zawodu zaufania społecznego, przed którymi codziennie pojawiają się nowe wyzwania i trudne do rozwiązania sytuacje w domach pacjentów. Czy mimo wszystko podjęliby decyzję o ponownym wyborze tego zawodu? Czy polecają go młodym osobom stojącym przed wyborem drogi zawodowej?

Paweł Urbańczyk, nie zastanawiając się długo, odpowiada – Zdecydowanie polecam ten kierunek. Jest to co prawda bardzo trudny zawód, wymagający od nas ciągłego samodoskonalenia oraz nauki. Pielęgniarki i pielęgniarze uczą się przez całe życie, jednak pomimo tych wszystkich trudów, które na co dzień napotykamy w pracy, pielęgniarstwo jest wspaniałym zawodem z długimi tradycjami, który przynosi codziennie wiele satysfakcji z wykonywanych obowiązków.

Jeśli ktoś lubi być w bliskim kontakcie z ludźmi, rozmawiać i przekazywać wiedzę przez szkolenia, powinien próbować sił na samodzielnym stanowisku czyli np. w opiece długoterminowej czy środowiskowej. Życzę również nowym koleżankom i kolegom spotkania na swojej drodze zawodowej osób, które będą otwarte i chętnie podzielić się wiedzą i doświadczeniem. To trochę jak w rodzinie „co mama umie, dziecko też będzie umiało”, czyli naturalnie zostanie przekazana aktualna wiedza i praktyka. Dzięki temu szybciej i bez sytuacji stresowych przejdą pierwszy etap adaptacyjny pracy w zawodzie, który jest obarczony dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów – **dodaje Alina Kaczor.**

Akademia Opieki Długoterminowej to największy w Polsce program szkoleń skierowany do pielęgniarek opieki długoterminowej i środowiskowych udzielających świadczeń w warunkach domowych, obejmujący wykłady i warsztaty praktyczne z zakresu wsparcia żywieniowego, rehabilitacji oraz leczenia ran i odleżyn. Docelowo w ramach Akademii Opieki Długoterminowej zostanie przeszkolonych 1600 uczestników. Program merytoryczny został opracowany wspólnie z: Polskim Towarzystwem Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN), firmą Convatec oraz Stowarzyszeniem Udarowcy – Liczy się wsparcie.

Organizatorem Akademii Opieki Długoterminowej jest firma Nutricia.

Do głównych Partnerów należą: Stowarzyszenie Udarowcy – Liczy się wsparcie oraz firma Convatec. Projekt został objęty Patronatem honorowym Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Patronatem: Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) i Stowarzyszenia Apetyt na Życie, zrzeszającego pacjentów z niewydolnością przewodu pokarmowego żywionych do- lub pozajelitowo w warunkach domowych.

Więcej informacji znajduje się na portalu edukacyjnym Akademii Opieki Długoterminowej, skierowanym do personelu medycznego, pacjentów i opiekunów pod adresem: www.opiekunchorego.pl.

Docelowo w ramach Akademii Opieki Długoterminowej zostanie przeszkolonych 1600 uczestników

Stanowiska podjęte przez NRPiP z dnia 15 października 2020 r.

Stanowisko nr 39

W sprawie rozszerzenia kompetencji pielęgniarki w zakresie samodzielnego wykonywania zakresie samodzielnego wykonywania zabiegów z dziedziny kosmetologii i kosmetologii estetycznej oraz podjęcia działań w kierunku zmian w przepisach regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek poprzez wprowadzenie nowej ścieżki kształcenia umożliwiającej pielęgniarcze nabyć w/w uprawnienia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w ramach kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, które wynikają z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 916 ze zm.) i obejmują wyznaczanie kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, doradzanie w sprawach kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz wychodząc naprzeciw oczekiwaniom licznych środowisk pielęgniarskich, popiera proponowany kierunek rozwoju pielęgniarstwa w przedmiocie rozszerzenia uprawnień pielęgniarek w zakresie wykonywania samodzielnie zabiegów w zakresie kosmetologii i kosmetologii estetycznej.

Mając na uwadze, dynamiczny rozwój dziedziny kosmetologii i kosmetologii estetycznej w obszarze nauk medycznych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na konieczność podjęcia działań legislacyjnych w celu zmian przepisów regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek pozwalających na wprowadzenie nowej ścieżki rozwoju zawodowego, która umożliwi osobom wykonującym zawód pielęgniarki nabycie kwalifikacji zawodowych, umiejętności i kompetencji w zakresie kosmetologii i kosmetologii estetycznej.

Absolwenci kierunku pielęgniarstwa posiadają bardzo dobre przygotowanie o charakterze interdyscyplinarnym, łączącym wiedzę z zakresu różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, w tym nauk medycznych, chemicznych i biologicznych, co niezaprzeczalnie umożliwia im w ramach kształcenia przeddyplomowego kontynuowanie nauki w obszarze kosmetologii i medycyny estetycznej. Wprowadzenie w/w zmian stworzy ponadto dodatkowe obszary wykorzystania wiedzy i kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki oraz przyczyni się do zwiększenia atrakcyjności wykonywania samodzielnego zawodu medycznego.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęcie prac nad wprowadzeniem zmian w systemie kształcenia podyplomowego powinno być poprzedzone szczegółową analizą z zakresu rozszerzenia uprawnień i zadań pielęgniarki w nowym obszarze medycyny oraz konieczność zasięgnięcia specjalistycznej wiedzy w tym zakresie. W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje, aby w ramach powołanego przez Ministerstwo Zdrowia Zespołu ds. opracowywania zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych podjęto prace w zakresie ustalenia głównych założeń kierunków zmian w systemie kształcenia podyplomowym pielęgniarek, opracowania szczegółowych rozwiązań w poszczególnych obszarach kształcenia, określenia standardów kwalifikacji zawodowych oraz przedłożenia propozycji nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i innych aktów prawnych regulujących system kształcenia podyplomowego pielęgniarek.

Biorąc pod uwagę powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi, jak na wstępie.

Stanowisko nr 40

W sprawie prawa pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru zasiłku wypłacanego za każdy miesiąc niezdolności do pracy

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 916 ze zm.), zwraca się po raz kolejny z prośbą o PILNĄ zmianę

przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego osobom wykonującym zawód medyczny za okres niezdolności do pracy w okresie choroby i odosobnienia w związku z chorobą zakaźną.

Z uwagi na zaistnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzenianiem się zakażeń wirusem SARS Co V -2 i ogłoszeniem w Polsce stanu epidemii- Zespół Zarządzania Kryzysowego działający przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych w dniu 23 marca 2020 r. skierował pismo do Pani Marleny Małąg, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o pilną zmianę przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego osobom wykonującym zawód medyczny za okres choroby i odosobnienia w związku z chorobą zakaźną.

Nasz postulat spotkał się ze zrozumieniem i w następstwie nowelizacji ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2020 r., poz. 374 ze zm.) wprowadzono do w/w ustawy przepis art. 4c w brzmieniu: *W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.*

Niestety, z niezrozumiałych dla Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych względów, przepis ten utracił moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy na podstawie art. 36 w/w ustawy, czyli z dniem 4 września 2020 r.

W dniu 1 października 2020 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ponownie wystąpiła do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej o przywrócenie przedmiotowego zapisu.

Pragniemy stanowczo podkreślić, że już z literalnego brzmienia uchwalonego przepisu wynikało, iż omawiana regulacja ma obowiązywać w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Zaniechanie kontynuowania w/w uregulowania w naszej opinii jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego i podważa zaufanie do władzy publicznej, której rolą jest stworzenie optymalnie bezpiecznych i stabilnych warunków pracy i rekompensaty utraconego zarobku w okresie niezdolności do pracy w następstwie zakażeń wirusem SARS CoV-2.

Ponadto, mając na uwadze obecnie niekorzystnie i dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiologiczną w Polsce, zwracamy się o rozszerzenie niniejszego uregulowania na całą grupę zawodową pielęgniarek i położnych bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Wiele osób z naszego środowiska bierze udział w walce z epidemią w innych miejscach niż podmioty lecznicze. Są to w szczególności domy pomocy społecznej, pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznej czy osoby pracujące w zespołach podstawowej opieki zdrowotnej, które obecnie są pierwszym miejscem kontaktu z pacjentem podejrzanym lub zarażonym COVID-19.

Propozycja zmian jest podyktowana ekstraordynaryjną sytuacją wynikającą z rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS Co V -2 i konieczności wprowadzenia szczególnych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego dla osób zobowiązanych do bezpośredniego niesienia pomocy osobom podejrzanym lub zarażonym wirusem SARS Co V -2 bez względu na ryzyko dla własnego zdrowia i życia. Nie ma obecnie żadnych wątpliwości, że osoby wykonujące zawód medyczny, bez względu na miejsce niesienia pomocy, potrzebują szczególnego wsparcia ze strony władzy publicznej.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o jak najszybsze podjęcie koniecznych prac i uregulowań mających moc obowiązywania od dnia 4 września 2020 r.

W sprawie zlikwidowania w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych i zaniechania podjęcia w tej sprawie dialogu z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczą dezaprobatę i sprzeciw w związku ze zlikwidowaniem w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz zaniechanie podjęcia dialogu i nie udzielenia odpowiedzi na pismo skierowane z zapytaniem do Ministra Zdrowia w niniejszej sprawie.

W szczycie pandemii koronawirusa i roku 2020 ogłoszonym Światowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych środowisko pielęgniarek i położnych zostało zaskoczone decyzją i postawione przed faktem zlikwidowania Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Pragniemy przypomnieć, iż utworzenie Departamentu Pielęgniarek Położnych w Ministerstwie Zdrowia dla największej grupy zawodowej w Polsce ma swoje historyczne i merytoryczne uzasadnienie. Natomiast podjęcie decyzji o włączeniu go, jako jednego z zakresów działania nowego Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych jest kolejnym naruszeniem społecznej umowy zawartej z przedstawicielami władzy publicznej i przedstawicielami najliczniejszego środowiska medycznego w Polsce.

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentujący ponad 320 000 pielęgniarek i położnych, na fali protestów społecznych 15 lat temu zawarł z ówczesną władzą publiczną - umowę społeczną, iż powstanie w strukturach władzy publicznej specjalna jednostka organizacyjna zajmująca się współpracą ze środowiskiem pielęgniarek i położnych oraz jego przedstawicielami w zakresie systematycznego wzmacniania statusu zawodowego naszych grup zawodowych. Miała to być również swoista rekompensata za wieloletnie bagatelizowanie, lekceważenie, pomijanie, zaniedbywanie i ignorowanie warunków pracy i życia środowiska pielęgniarek oraz położnych. Powołanie celowanego Departamentu Pielęgniarek i Położnych miał być również realizacją zobowiązań Polski, w związku z ratyfikowaniem konwencji MOP nr 149 z 1977 r. dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego i położniczego (Ratyfikowana przez Polskę 9.10.1980 r. Dz.U. z 1981 r. Nr 2, poz. 4.). W preambule wskazano, iż Konwencja została przyjęta w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia z uwagi na uznanie istotnej roli, jaką odgrywa personel pielęgniarski i położniczy współpracujący z innymi pracownikami służby zdrowia w ochronie oraz podnoszeniu zdrowotności i dobrobytu ludności, uznając, że **sektor publiczny, jako pracodawca personelu pielęgniarskiego i położniczego, powinien odgrywać aktywną rolę w polepszaniu warunków zatrudnienia i pracy tej grupy zawodowej.**

Podjęcie przez Pana Ministra decyzji o likwidacji w/w Departamentu z całkowitym pominięciem stanowiska naszego środowiska, bez przedstawienia nam propozycji alternatywnego rozwiązania - uważamy za złą i nieprzeżywaną decyzję, zarówno dla władzy publicznej, jak i dla środowiska pielęgniarek i położnych. Pragniemy zwrócić uwagę, że decyzji o likwidacji nie należało traktować tylko w kategorii porządkowania struktur organizacyjnych w ministerstwie zdrowia i kalkulacji ekonomicznej, ale należało wziąć pod uwagę kryteria merytoryczne, funkcję, jaką ten Departament pełnił w sektorze opieki zdrowotnej oraz zasadę homeostazy społecznej.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęcie decyzji o likwidacji Departamentu Pielęgniarek i Położnych działającego na rzecz najliczniejszej grupy wśród zawodów medycznych świadczy o braku dostrzeżenia powagi sytuacji, z jaką boryka się polskie pielęgniarstwo i położnictwo, braku zrozumienia specyfiki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej przez urzędników oraz braku jednego ośrodka administracji rządowej, który analizowałby problemy, konsultował z przedstawicielami środowiska sposoby ich rozwiązywania.

Kryzys demograficzny wśród polskich pielęgniarek i położnych stał się powodem opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce a w efekcie przyjęciem przez Rząd RP Uchwałą Nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. dokumentu "Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)". Pozytywne początki zmian, jakie dokonały się w ostatnich latach to wspólna ciężka praca organizacji reprezentujących interesy środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych wspartych merytorycznie i organizacyjnie przez pracowników Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Mając na uwadze powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po raz kolejny zwraca uwagę, że władza publiczna w sposób nieprzeżywany, lekceważąc prośby i apele naszego środowiska- podjęła autorytarną decyzję.

W sprawie sprzeciwu wobec wprowadzeniu w życie art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2020, poz. 562 ze zm.)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 916 ze zm.), zgodnie z którą reprezentuje dwa odrębne zawody zaufania publicznego, tj. osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony **wyraża swoje zdumienie i sprzeciw wobec wprowadzeniu w życie art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2020, poz. 562 ze zm., dalej: u.z.p.p) dodanego przez art. 13 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. 2020 poz. 1493) i żąda jego uchylenia w trybie pilnym, jako wprowadzającego w błąd środowisko medyczne i kadrę zarządzającą.**

Art. 5 ust. 1a u.z.p.p otrzymał następujące brzmienie:

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

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

-zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

Ustawodawca, poprzez dodanie ust. 1a do art. 5 u.z.p.p., rozszerzył zakres przedmiotowy definicji zawodu położnej poprzez prostą technikę legislacyjną - skopiowanie treści ust. 1 art. 4 u.z.p.p. i przeniesienie jej do nowo utworzonej regulacji. Rozszerzył w ten sposób kompetencje położnej o zakres czynności dotychczas charakterystycznych dla zawodu pielęgniarki.

Innymi słowy, osoba mająca prawo wykonywania zawodu położnej w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w ocenie ustawodawcy może wykonywać czynności właściwe dla zawodu pielęgniarki, choć nadal ma mieć tytuł zawodowy "położna".

Wprowadzenie takiego zapisu jest ewidentnie sprzeczne z dobrą legislacją i wprowadza chaos interpretacyjny w podmiotach zatrudniających i środowiskach medycznych.

Powstała w ten sposób sytuacja, że w okresie trwania epidemii ustawodawca mocą przepisu prawa, wbrew dotychczasowym przepisom o systemie kształcenia przeddyplomowego oraz wbrew obecnie obowiązującym regulacjom prawnym określającym kompetencje osób wykonujących zawód położnej czyni z położnych osoby mogące wykonywać te same czynności, co pielęgniarki. Jeżeli taki był zamierzony cel ustawodawcy, to jest on absolutnie sprzeczny z wykładnią historyczną, systemową, funkcjonalną, celowościową, a także z orzecznictwem sądowym i doktryną prawa.

Przypominamy także, że choć kompetencje dwóch innych zawodów, tj. lekarza i lekarza dentystry krzyżują się w zakresie niektórych czynności zawodowych (np. pobierania krwi u pacjenta, wykonania iniekcji, wystawiania recept itp.), to jednak nadal są to dwa różne zawody medyczne. Dla potrzeb walki z epidemią ustawodawca nie wprowadził zamian w definicji zawodu lekarza dentystry i nie rozszerzył jego kompetencji o kompetencje lekarza. Nie zrobił tego mimo konieczności zamknięcia gabinetów dentystrycznych.

I tak jak środowisko lekarskie podkreśla odrębności w zakresie kwalifikacji zawodowych i swoich uprawnień w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2020 r., poz. 514 ze zm.), tak nasze środowisko wyraźnie i stanowczo podkreśla odrębność zawodu pielęgniarki i położnej.

Całkowicie nieprzekonywujący jest argument Ministra Zdrowia, że zmiany wprowadzone do definicji zawodu położnej leżą w interesie tego środowiska i mają na celu ochronę miejsc pracy.

Po raz kolejny Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, iż w sytuacji ekstremalnej może zachodzić konieczność czasowego świadczenia opieki nad pacjentem z COVID-19 przez położne w zakresie nieprzekraczającym jej kwalifikacji zawodowych i umiejętności (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.) na zasadach ogólnych. Jednak sam fakt nakładania się niektórych kompetencji pielęgniarki i położnej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie czyni zasadnym rozszerzania zakresu definicji zawodu położnej o elementy właściwe dla definicji zawodu pielęgniarki w czasie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. W tej sprawie jednoznacznie wypowiedzieli się także krajowi konsultanci ds. położnictwa i pielęgniarstwa.

Takie rozwiązania budzą stanowczy sprzeciw i żądamy natychmiastowego podjęcia działań legislacyjnych w przedmiotowej sprawie.

Stanowisko nr 43

W sprawie medialnej wypowiedzi Wicepremiera i Ministra Aktywów Państwowych Jacka Sasina.

W dniu 13 października 2020 r. Wicepremier i Minister Aktywów Państwowych Jacek Sasin wypowiedział słowa, które poruszyły i oburzyły środowisko pielęgniarek i położnych. Wicepremier stwierdził, że władza publiczna zapewniła wszelkie niezbędne środki i konieczny sprzęt medyczny do walki z pandemią, ale poważną przyczyną braku skuteczności działań w tym zakresie jest brak zaangażowania części lekarzy i innego personelu medycznego, co miałoby się przekładać na rozprzestrzenianie wirusa SARS CoV-2.

Wyrażając solidarność ze środowiskiem lekarskim, diagnostami laboratoryjnymi, ratownikami medycznymi, fizjoterapeutami, farmaceutami, opiekunami medycznymi i innymi osobami biorącymi bezpośredni udział w codziennej walce o życie i zdrowie pacjentów i ich bliskich **nie znajdujemy merytorycznego, społecznego, etycznego ani prawnego uzasadnienia dla publicznego wyrażania takich opinii. Wzywamy przedstawicieli władzy publicznej do zaprzestania działań prowadzących do podważania zaufania społecznego do środowiska medycznego.**

Władza publiczna poprzez swojego przedstawiciela wysłała do społeczeństwa sygnał, że część środowiska lekarskiego oraz innych grup medycznych nie chce pomagać w walce z epidemią, co może nasilić negatywne zjawiska, jakimi są hejt i agresja wobec personelu medycznego.

Jesteśmy medycznymi zawodami zaufania publicznego i czynimy wszystko, co w naszej mocy, aby walczyć o życie i zdrowie pacjentów - nawet kosztem naszego zdrowia i życia (wśród kadry medycznej są również osoby z grupy wysokiego ryzyka, tj. osoby chore, niepełnosprawne, w wieku emerytalnym) czy bezpieczeństwa naszych rodzin. Statystyki udostępnione przez resort zdrowia wskazują, że od początku pandemii do drugiej połowy września zakażenie potwierdzono u prawie 1,4 tys. lekarzy, 3,2 tys. pielęgniarek i ponad 300 ratowników medycznych. Koronawirus przyczynił się do śmierci ośmiu lekarzy, sześciu pielęgniarek i ratownika medycznego.

Obecnie trzeba mieć na uwadze, że rosnąca dynamika epidemii wzmaga społeczne napięcie z uwagi na coraz większą liczbę osób potrzebujących pomocy medycznej. Dlatego słowa przedstawiciela władzy odbieramy jako próbę przekierowania społecznej agresji z problemów i błędów organizacyjnych na przemęczony, zestresowany i coraz mniej liczny personel medyczny.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP rolą władzy publicznej jest solidarne wspieranie i udzielanie maksymalnie wszechstronnej pomocy wszystkim uczestnikom systemu opieki zdrowotnej, w tym kadrze medycznej, która ryzykuje swoim życiem i zdrowiem, a nie skłócanie ich ze społeczeństwem.

W obecnej sytuacji priorytetem powinny być tylko i wyłącznie działania służące ochronie zdrowia i życia całego społeczeństwa, integrowanie i motywowanie środowiska medycznego, ale przede wszystkim zapewnianie społeczeństwu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

W sprawie równego traktowania świadczeniodawców w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o pilne podjęcie działań w kierunku równego traktowania świadczeniodawców w POZ, uwzględnienie finansowania w formie nowej stawki tzw. fee for service, która będzie miała zastosowanie dla każdego pacjenta z dodatnim wynikiem testu w kierunku SARS Co V-2, objętego opieką przez pielęgniarkę i położną POZ.

Pacjenci z dodatnim wynikiem na obecność koronawirusa to w większości pacjenci z chorobami współistniejącymi, którzy w trakcie terapii wymagają i będą wymagali udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne POZ. Obecnie pielęgniarki i położne POZ otrzymują zlecenia na realizację świadczeń u pacjentów pozostających w kwarantannie, a wymagających zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji, co wiąże się ze zwiększonym zagrożeniem epidemicznym oraz zwiększonymi kosztami zapewnienia odpowiednich środków ochrony osobistej zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS Co V-2 zmienione z dniem 2 lipca 2020 r. zawierają zapis: zaleca się aby wizyta trwała możliwie jak najkrócej. O czasie wizyty decyduje pielęgniarka po uprzednim zebraniu wywiadu z pacjentem lub rodziną mając na uwadze stan pacjenta oraz zaplanowane czynności do zrealizowania. Nie ma możliwości wyegzekwowania tego zapisu przez pielęgniarki POZ, ponieważ niektórzy lekarze POZ wystawiają skierowania na realizację świadczeń, których czasookres to niekiedy kilka godzin, np. wykonanie wlewu kroplowego. Lekarze POZ nie biorą pod uwagę zagrożenia epidemicznego.

Lekarze POZ w zakresie teleparady wystawiają zlecenia lekarskie dla pacjenta, które muszą być zrealizowane przez pielęgniarkę POZ w miejscu zamieszkania tego pacjenta. Wykonanie zlecenia lekarskiego wymaga osobistego kontaktu pielęgniarki i położnej POZ z pacjentem, np. w sytuacji trudno gojących się ran, odleżyn, długoterminowej terapii w formie iniekcji, coraz liczniej zlecanych wlewów kroplowych i ciągłości leczenia po hospitalizacji.

Tym samym zachodzi istotna różnica w realizacji zadań przez lekarza POZ pracującego co do zasady on-line, a pielęgniarkę POZ czy położną POZ. Pielęgniarki i położne POZ w zdecydowanej większości należą do grupy wysokiego ryzyka ze względu na bezpośredni kontakt z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem. Dodatkowo należy podkreślić średnią wiek w grupie pielęgniarek i położnych pracujących w POZ oraz zachorowalność w tej grupie zawodowej.

Taka sytuacja faktyczna budzi niepokój wśród środowiska pielęgniarek i położnych POZ. Ich praca jest inaczej wyceniana przez NFZ niż praca lekarza co do zasady wykonywana w gabinecie bez konieczności osobistego kontaktu z pacjentem.

Będąc zawodem zaufania publicznego i mając na uwadze zdrowie i życie pacjentów, jesteśmy gotowi do wykonywania pracy w ekstraordynaryjnej sytuacji epidemiologicznej - jednak żądamy szacunku dla naszej pracy i przestrzegania generalnej zasady wyrażonej w art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398):

Art. 134. [Równe traktowanie świadczeniodawców]

J. Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Pogłębiająca się w naszym środowisku frustracja i niezrozumienie różnicowania członków zespołu POZ grozi rezygnacją z pracy dużej grupy pielęgniarek i położnych POZ będących w wieku emerytalnym.

Trzeba ponadto zauważyć, że w sytuacji epidemii wiele laboratoriów diagnostycznych zaprzestało pobierania krwi w miejscu zamieszkania pacjenta (tłumacząc to zagrożeniem i kosztami związanymi z zabezpieczeniem w środki ochrony osobistej), co sprawiło, że świadczenie i koszty z nim związane są przerzucane na pielęgniarki POZ. Tu zwracamy ponownie uwagę na istotny fakt- gdy w przypadku udzielonej przez lekarza POZ teleparady zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, obowiązkiem świadczeniodawcy Strona 2 z 4 jest organizacja pobrania materiałów do badań diagnostycznych i ich transport zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 849 ze zm.). Obecnie obowiązujący stan prawny nie reguluje jednoznacznie kwestii związanych z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych od

pacjenta w warunkach domowych. Nieprecyzyjne przepisy sugerują, że wszelkie obowiązki w zakresie transportu obciążają świadczeniodawcę w zakresie przedmiotowym zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z postanowieniami umowy europejskiej, która dotyczy międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), transport materiałów do badań diagnostycznych ma odbywać się specjalnym, do tego celu przeznaczonym transportem. Natomiast transport materiałów zakaźnych może odbywać się samochodem specjalnie do tego celu nieprzystosowanym wyjątkowo, gdy istnieje znikome prawdopodobieństwo, że materiały te zawierają patogeny. Zgodnie z art. 9 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 154) organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy do spraw zdrowia - postulat *de lege ferenda* - **wnosimy o PILNE przygotowanie warunków przewozu.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku utrzymania finansowania w formie opłat jednostkowych wizyt patronażowych oraz wizyt edukacji przedporodowej realizowanych przez położne POZ wobec ciężarnych położnic za pomocą środków teleinformatycznych. Zalecenia dla położnych POZ konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dr hab. n. o zdr. Grażyny Iwanowicz-Palus w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 określają: Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej. Powyższe zalecenia wskazują na wykorzystanie różnego rodzaju środków teleinformatycznych z możliwością wykorzystania wizji i fonii, a nie jedynie telefonu.

Wykorzystanie tych środków staje się wręcz niezbędne w codziennej pracy położnej POZ w warunkach zagrożenia epidemicznego, zważywszy na fakt konieczności minimalizowania ryzyka infekcji COVID-19 poprzez ograniczenie do niezbędnego minimum osobistych kontaktów z pacjentkami.

Na położne POZ, jako jedynych świadczeniodawców, został nałożony obowiązek uwiarygodnienia wykonania świadczenia podpisem podopiecznej. W tej sytuacji położna POZ powinna udokumentować udzieloną poradę za pomocą środków teleinformatycznych w dokumentacji medycznej pacjenta.

Biorąc powyższe pod uwagę, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **zwraca się o pilne podjęcie działań legislacyjnych**, mających na celu zagwarantowanie równego traktowania świadczeniodawców w POZ poprzez:

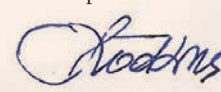
- wzrost stawek kapitałowych, biorąc pod uwagę systematyczny wzrost stawki lekarza POZ,
- zróżnicowanie w sposobie finansowania wskaźników wiekowych w populacji objętej opieką,
- zapewnienie zwiększonego finansowania w okresach wzmożonej zachorowalności na infekcje dróg oddechowych, analogicznie tak, jak to występuje w świadczeniach lekarza POZ,
- zapewnienie wzrostu wyceny świadczenia - ankieta profilaktyki gruźlicy,
- wprowadzenie wyceny porady pielęgniarki POZ i położnej POZ,
- zapewnienie finansowania na wdrożenie EDM, co ma miejsce w sytuacji lekarzy POZ.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska

PODZIĘKOWANIA

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Lelowie
składa wyrazy najwyższego szacunku i uznania oraz podziękowania Paniom Pielęgniarkom;

Annie Cieślak, Marzenie Kular

za wsparcie i ofiarną pracę na rzecz mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Lelowie w bardzo trudnym czasie pandemii.
Panie Pielęgniarki na co dzień pracują w Domu Pomocy Społecznej w Blachowni, bez wahania podjęły decyzję by w ramach urlopu w swym miejscu pracy przyjść i wesprzeć potrzebujących. Pełniły swą służbę wiele dni w trudnych warunkach wśród osób chorych na Covid – 19.

Prekursorka pielęgniarstwa polskiego Florence Nightingale pisała:

„ Pielęgniarstwo to nie zawód, to sztuka. A sztuki nie można nauczyć się jak rzemiosła, do sztuki trzeba mieć powołanie..”

Alicja Grzegorzczuk
Dyrektor Domu

~~~~~  
Bądź tym kim jesteś i mów to, co czujesz,  
ponieważ ci, którzy mają z tym problem nie są ważni,  
a ci, którzy są ważni nie mają z tym problemu.”

## **Pani Kierownik Działu Marketingu i Szkoleń Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie mgr Barbarze Halkiewicz**

Składamy serdeczne podziękowanie za empatię, zaangażowanie, profesjonalizm, bezinteresowną pomoc, poświęcony czas. Dziękujemy za wszystko...  
Udowodniłaś, że to co było niemożliwe, stało się możliwe... Dziękujemy, że dzięki Tobie Basiu jesteśmy w tym miejscu, w którym jesteśmy...

Specjalistki „Anestezjologia i intensywna opieka” 2017/2019

~~~~~  
Nadszedł czas gdy nasze Koleżanki Pielęgniarki ze Szpitala Rejonowego w Krzepicach po wielu latach ciężkiej pracy przeszły na zasłużoną emeryturę.

Elżbieta Gwiżdziel, Alicja Kajkowska, Janina Nicpoń, Jadwiga Paliwo- da, Henryka Siejka

Z tej okazji życzymy Wam, Koleżanki, by ten etap Waszego życia był wyjątkowy. Odreagujcie wszystkie stresy. Prześpijcie wreszcie wszystkie noce we własnych łóżkach. Zadbajcie o swoje zdrowie. Zrealizujcie marzenia, na nigdy które nie było czasu. Znajdźcie więcej czasu dla swoich bliskich.
Niech nigdy nie zabraknie Wam energii i chęci do życia! I pamiętajcie o wspólnie spędzonych chwilach.

Pielęgniarki i pracownicy Szpitala Rejonowego w Krzepicach

~~~~~  
Najserdeczniejsze życzenia dla pielęgniarek Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w związku z przejściem na emeryturę

## **Małgorzaty Helm, Elżbiety Kawy, Gabrieli Rataj**

Zawsze w życiu najtrudniejsze są pożegnania, szczególnie wtedy, gdy pracowało się wspólnie wiele lat. Dziękujemy Wam za wszystkie chwile spędzone razem w oddziale szpitalnym, za to, że dzieliłyśmy się radościami i troskami naszego życia rodzinnego, za wsparcie, za życzliwość, za wzajemny szacunek. Życie na emeryturze może być pełne radości i niespodzianek- każdego dnia może się wydarzyć mały cud. Życzymy Wam takich cudów- małych spraw, które spowodują wielką radość, pięknych piosenek gdzieś zasłyszanych, nieznajomego, który się uśmiechnie i poda rękę, poczucia się kimś specjalnym i wyjątkowym. Bo takie właśnie jesteście -Wspaniałe Wyjątkowe Pielęgniarki- odpowiedzialne, zawsze chętne do pomocy innym, życzliwe i bezinteresowne. Żyćcie długo i szczęśliwie, a pracę wspominajcie z uśmiechem.

Wszystkiego najlepszego życzą koleżanki z Oddziału Chorób Wewnętrznych



**Wyciąg z protokołu z posiedzenia  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie w dniu 29 września 2020 roku.**

**Podjęto uchwały w sprawie:**

- braku możliwości przeprowadzenia Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
- zmiany uchwały Nr 2/VII/20/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 29 sierpnia 2019r. w sprawie kalendarza wyborczego,
- zmiany uchwały Nr 1/VII/22/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 18 grudnia 2019r. zmieniającej uchwałę nr 1/VII/22/2019r. Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia w sprawie zwołania I Okręgowego Zjazdu Delegatów Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji w Częstochowie i powołania Komitetu Organizacyjnego,
- zmiany zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
- zatwierdzenia sprawozdania z wykonaniu budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za rok 2019,
- uchwalenia budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rok 2020,
- aneksu nr 1 do Regulaminu wynagradzania z dnia 8 marca 2017 r. obowiązującego w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie przyjętego uchwałą Nr 8/VII/08/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 8 marca 2017r. (dalej Regulamin wynagradzania), < przyznania jednorazowej nagrody pielęgniarkom pracującym w oddziale obserwacyjno – zakaźnym – 30 pielęgniarkom.

**Wyciąg z protokołu z posiedzenia  
Prezydium Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie w dniu 23 lipca 2020 roku.**

**Podjęto uchwały w sprawie:**

- wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych – dwie pielęgniarki,
- anulowania zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony – jedna pielęgniarka,
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – jedna pielęgniarka,
- dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego – czternaście pielęgniarek – na kwotę 20 050 zł.
- udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych – trzy pielęgniarki - na kwotę 13 000 zł.,
- skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6 latach, wydania duplikatu prawa

wykonywania zawodu pielęgniarki – jedna pielęgniarka, wydano trzy decyzje odmowne w sprawie udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych.

**Wyciąg z protokołu z posiedzenia  
Prezydium Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie w dniu 27 sierpnia 2020 roku.**

**Podjęto uchwały w sprawie:**

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – szesnaście pielęgniarek, jedna położna,
- wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych – dwie pielęgniarki,
- dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego – osiemdziesiąt pięć pielęgniarek – na kwotę 119 000 zł.
- udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych – trzy pielęgniarki - na kwotę 13 000 zł.,
- wykreślenia położnej z Rejestru Pielęgniarek i Położnych - jedna położna.

**Wyciąg z protokołu z posiedzenia  
Prezydium Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie w dniu 27 sierpnia 2020 roku.**

**Podjęto uchwały w sprawie:**

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – siedem pielęgniarek,
- wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych – trzy pielęgniarki, osiem położnych,
- przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – jeden pielęgniarka na czas nieokreślony, jedna pielęgniarka na czas czasowy,
- dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego – trzydzieści trzy pielęgniarki – na kwotę 54 925 zł.
- dofinansowania kosztów leczenia uzdrowskiego i turnusu rehabilitacyjnego – czterem pielęgniarkom – na kwotę 4 000 zł.,
- udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych – trzy pielęgniarki - na kwotę 10 500 zł.,
- wykreślenia z Rejestru Pielęgniarek i Położnych - trzy pielęgniarki, jedna położna,
- wydania zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach – jedna pielęgniarka,
- anulowania zaprzestania wykonywania zawodu – jednej pielęgniarki.



# ♡ Kondolencje ♡

*“Można odejść na zawsze,  
by stale być blisko...”*

Z wielkim żalem zawiadamiamy, iż odeszła od Nas w wieku 84lat  
emerytowana pielęgniarka,  
współtwórczyni opieki pielęgniarskiej szpitala,  
wieloletnia pielęgniarka oddziału chirurgii ogólnej  
szpitala im. R. Weigla w blachowni

***Anna Myślikowska***

Wyrazy współczucia najbliższej rodzinie składają;  
Naczelna Pielęgniarka szpitala, współpracownicy  
oraz Przewodnicząca a także

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**Córka Aneta Glanc** – pielęgniarka, składa ogromne podziękowania  
za udział w ceremonii pogrzebowej Mamy; Poczciwi  
Sztandarowemu, delegacjom i współpracownikom ze szpitali;  
w Blachowni i Neuropsychiatrycznego w Lublińcu, oraz wszystkim  
obecnym.

Pograżeni w smutku, zawiadamiamy również o odejściu w wieku 72 lat

***Janiny Godela***

wieloletniej Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Wewnętrznego Szpitala  
im. R. Weigla w Blachowni.

Składamy

serdeczne wyrazy współczucia najbliższej rodzinie zmarłej  
w imieniu Naczelnej Pielęgniarki Szpitala, współpracowników  
a także

Przewodniczącej i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

Z wielkim żalem, smutkiem i zadumą przyjęliśmy wiadomość o śmierci

***Ewy Skulimowskiej***

wieloletniej Położnej Miejskiego Szpitala Zespołonego przy ulicy  
Mickiewicza w Częstochowie, instrumentariuszki, pracownika  
sterylizacji oraz położnej epidemiologicznej szpitala.

Wyrazy współczucia najbliższej rodzinie składają;  
Naczelna Pielęgniarka Szpitala, koleżanki położne,  
współpracownicy szpitala

oraz

Przewodnicząca a także Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.

Pani

***Dorocie Grajcar***

Pielęgniarkę oddziałowej oddziału urologii Miejskiego Szpitala  
Zespołonego w Częstochowie przy ulicy Mirowskiej wyrazy szczerego  
współczucia z powodu śmierci

***Męża***

składają;

Naczelna Pielęgniarka Szpitala, koleżanki, personel oddziału urologii  
oraz

Przewodnicząca a także Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

Pani

***Barbarze Jurczyk***

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

***Męża***

składają Naczelna Pielęgniarka Szpitala,  
Pielęgniarki i współpracownicy Oddziału  
Pediatricznego Miejskiego Szpitala Zespołonego  
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.

Pograżeni w smutku, zawiadamiamy również  
o odejściu w wieku 72 lat

***Janiny Godela***

wieloletniej Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału  
Wewnętrznego Szpitala im. R. Weigla  
w Blachowni.

Składamy

serdeczne wyrazy współczucia najbliższej  
rodzinie zmarłej w imieniu Naczelnej

Pielęgniarki

Szpitala, współpracowników  
a także Przewodniczącej i Okręgowej  
Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Pani

***Annie Paszta***

Pielęgniarkę oddziałowej oddziału położniczo  
– ginekologicznego Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego w Częstochowie

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci.

***Mamy***

Składają;

koleżanki, personel oddziału ginekologicznego -  
położniczego

oraz

Przewodnicząca a także Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych

Pani

***Marii Bajor***

Położnej oddziału położniczo – ginekologicznego  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Częstochowie wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci

***Mamy***

Składają;

Koleżanki położne, personel oddziału  
ginekologicznego - położniczego

oraz

Przewodnicząca a także Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



## **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje, że w 2020 roku planuje uruchomić następujące kursy :**

### **Kursy kwalifikacyjne**

- Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo internistyczne – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo ratunkowe – kurs dla pielęgniarek systemu
- Pielęgniarstwo rodzinne – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo geriatryczne - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo rodzinne - kurs dla położnych
- Pielęgniarstwo operacyjne - kurs dla pielęgniarek

### **Kursy specjalistyczne**

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Szczepienia ochronne- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- Szczepienia ochronne dla położnych – kurs specjalistyczny dla położnych
- Leczenie ran- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- Leczenie ran – kurs specjalistyczny dla położnych
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych - kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część I – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych

- Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część II- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Edukator w cukrzycy – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu - kurs specjalistyczny dla położnych
- Onkologia ginekologiczna - dla położnych (nowe szkolenie)
- Opieka nad pacjentem z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP) (nowe szkolenie)
- Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – kurs przeznaczony dla położnych
- Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów- kurs przeznaczony dla pielęgniarek
- Wywiad i badanie fizykalne – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Endoskopia – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- Wykonanie badania spirometrycznego - kurs specjalistyczny dla pielęgniarek

### **Szkolenia specjalizacyjne – specjalizacje pielęgniarskie**

- Pielęgniarstwo internistyczne
- Pielęgniarstwo geriatryczne
- Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
- Pielęgniarstwo pediatryczne
- Pielęgniarstwo chirurgiczne
- Pielęgniarstwo psychiatryczne
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek

### **Kursy doształcające**

- Cewnikowanie pęcherza moczowego
- Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych
- Badanie tętna płodu – zapis kardiografii – dla położnych,
- Postawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego;
- Podstawy dezynfekcji i sterylizacji

### **Kursy jednodniowe**

- Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę

### **Osoby zainteresowane udziałem kursach powinny spełniać poniższe kryteria:**

#### **Do specjalizacji pielęgniarskiej:**

- posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
- posiadać udokumentowane 2 lata pracy w zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat
- posiadać ukończone wymagane kursy specjalistyczne
- złożyć wniosek na specjalizację w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – SMK.

#### **Do kursów kwalifikacyjnych:**

- posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
- posiadać udokumentowane 6 miesięcy pracy w zawodzie.
- złożyć wniosek na kurs w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – SMK.
- posiadać ukończone wymagane kursy specjalistyczne.

#### **Do kursów specjalistycznych doształcających :**

- zgłoszenie w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – SMK

**Kontakt Ośrodkiem Szkoleniowym:**

**Tel. 519 – 862-186 lub 34 324-12-51**

**wew. 407**