



BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

Nr 1 (129) 17 ISSN 1429-9275

Gorzów Wlkp., KWIECIEŃ 2017 r.

*Z okazji Świąt Wielkanocnych życzę spokoju, życzliwości i odpoczynku.
Świąteczne dni niech przewyciężą troski, smutki i staną się źródłem radości
i miłości, a wiosenna zieleń i budząca się do życia przyroda
da wszystkim wiarę i nadzieję*

*Marta Powchowicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.*



BIULETYN INFORMACYJNY Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 729 67 84

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

ZESPÓŁ REDAKCYJNY: Marta Powchowicz, Wiesława Kandefer, Alicja Świątek

OPRACOWANIE TECHNICZNE: Bartosz Kaczmarek

SKŁAD I DRUK: SONAR Sp. z o.o., ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 72 50 335
e-mail: biuro@sonar.pl; www.sonar.pl

ISSN 1429-9275

W BIULETYNIE

1. Pismo w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzania zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek 3
2. Rekomendacje z debaty eksperckiej OPD 4
3. Wyciąg z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 6
4. Odpowiedź Ministra Zdrowia 8
5. Pisma dotyczące realizacji zleceń lekarskich w domu chorego na podanie leków oznaczonych „Lz” 11
6. Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego..... 13
7. Konkurs „Położna na medal” 15
8. Konkurs „Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem”..... 16
9. Zmiany w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych 21
10. Oswajamy porty naczyniowe 22
11. Plan kursów zaplanowanych do realizacji przez OIPI w Gorzowie Wlkp. w 2017 r. 26
12. Co po dyżurze 27
13. Podziękowania i gratulacje... 29
14. Kondolencje 33
15. Kalendarium 34

INFORMACJE BIURA OIPI w Gorzowie Wlkp.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,
tel. 95 729 67 84

Izba czynna:

**poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 15.00
czwartek w godz. 7.00 - 17.00**

PRZEWODNICZĄCA ORPI

Marta Powchowicz

przyjmuje interesantów

od poniedziałku do piątku od 7.00 - 15.00 po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania

WICEPRZEWODNICZĄCE ORPI

Beata Dunał

Dorota Górecka

RADCA PRAWNY

Halina Łagocka przyjmuje interesantów

w każdy piątek w godz. 11.00 - 13.00

SEKRETARZ

Elżbieta Majdańska

SKARBNIK

Maria Teresa Ziółkowska

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Anna Herodowicz

tel. 95 729 67 84

ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Beata Majchrzak

Joanna Banicka

Anna Kisson

Danuta Kosecka

Violetta Zajac

Dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca od 15.00 do 16.00

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Renata Głowacz

MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ

SEKRETARZ STANU Teresa Wargocka

DKZU-WKZ.4214.28.2016.EM

Warszawa, 19 grudnia 2016 r.

Sz.P.

Sebastian Irzykowski

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Prezesie,

W odpowiedzi na pismo sygn. NIPiP-NRPIP-OIE.060.330.2016, przy którym przedłożono stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek uprzejmie informuję.

Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o rozważenie włączenia do systemu oświaty kształcenia w zawodzie pielęgniarki. W zakresie tym Minister Zdrowia zgłosił również, w toku uzgodnień międzyresortowych, propozycje zmian w procedowanych projektach: ustawy Prawo oświatowe oraz ustawy Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe.

W związku z tym, że propozycja Ministra Zdrowia dotycząca umożliwienia kształcenia w zawodzie Pielęgniarka w ramach systemu oświaty wymaga przeprowadzenia szczegółowej analizy, Minister Edukacji Narodowej w procedowanych projektach ustaw nie uwzględnił propozycji Ministra Zdrowia w tym zakresie.

Z informacji uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia wynika, że resort zdrowia prowadzi konsultacje robocze w przedmiotowym zakresie z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych celem zapewnienia zgodności rozważanego sposobu kształcenia pielęgniarek z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzeniem (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że kształcenie zawodowe w ramach systemu oświaty odbywa się w zawodach ujętych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego. Zgodnie z przepisem art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.) minister właściwy do spraw oświaty i wychowania określa, w drodze rozporządzenia, klasyfikację zawodów szkolnictwa zawodowego na wniosek ministra właściwego w zakresie danego zawodu (wprowadza nowe zawody do klasyfikacji, wykreśla zawody bądź dokonuje ich modyfikacji). W przypadku zawodu pielęgniarka ministrem właściwym jest Minister Zdrowia, który powinien dokonać oceny uzasadnienia wprowadzenia zawodu do klasyfikacji (kształcenia w określonym typie i rodzaju szkoły) z punktu widzenia potrzeb danej branży czy gałęzi gospodarki oraz biorąc pod uwagę wymagania kwalifikacyjne określone w przepisach regulujących funkcjonowanie danego obszaru.

Wniosek Ministra Zdrowia dotyczący umożliwienia kształcenia w zawodzie Pielęgniarka (wprowadzenie zawodu do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego) powinien zawierać:

- 1) opis zawodu oraz kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu, wraz ze zbiorem umiejętności zawodowych dla każdej kwalifikacji, sporządzony z uwzględnieniem charakterystyk poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia, oraz propozycję dotyczącą przypisania poziomu Polskiej Ramy Kwalifikacji do kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu;
- 2) uzasadnienie potrzeby kształcenia w tym zawodzie;
- 3) nazwę i miejsce zawodu w określonej grupie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy;
- 4) informację o potrzebach rynku pracy w zakresie danego zawodu. Do wniosku powinna być dołączona opinia organizacji pracodawców, reprezentatywnych w rozumieniu ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz. U. poz. 1240).

W świetle powyższego uprzejmie informuję, że na dzień dzisiejszy do Ministra Edukacji Narodowej nie wpłynął wniosek Ministra Zdrowia dotyczący wprowadzenia do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego nowego zawodu Pielęgniarka.

Z poważaniem
Teresa Wargocka
Sekretarz Stanu



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych

DŁUGOTERMINOWA OPIEKA MEDYCZNA A ZMIANY SYSTEMOWE W POLSCE

*Rekomendacje z debaty eksperckiej OPD
Warszawa dnia 09.02.2017*

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

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

- Rozszerzenie wykazu świadczeń/procedur medycznych objętych dodatkowym finansowaniem poza stawką osobodnia obowiązującą w OPD (leczenie odleżyn, leczenie żywieniowe, leczenie zakażeń, płynoterapia, tlenoterapia domowa).
- Opracowanie nowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej (stacjonarnej i domowej).
- Przeniesienia stawki kapitacyjnej pacjentów przebywających w ZOL/ZPO do stawki osobodnia tychże placówek.
- 4. Wypracowania modelu koordynowanej opieki dla pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej (opieka domowa, stacjonarna, świadczenia odrębnie kontraktowane ale także usługi opiekuńcze i inne świadczenia medyczne).
- 5. Wprowadzenie nowej procedury związanej z prowadzeniem doradztwa i przygotowaniem do nowej sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dla pacjentów/opiekunów, u których wystąpiła utrata samodzielności życiowej połączonej ze stanem zdrowia (pacjenci po udarach, zabiegach ortopedycznych lub neurochirurgicznych, urazach czy postępujących schorzeniach demencyjnych). Procedura ta byłaby dedykowana dla pielęgniarek rodzinnych, opieki długoterminowej ale także pielęgniarek szpitalnych.
- 6. Opracowanie szczegółowych rozwiązań pozwalających pielęgniarkom na pełne wykorzystanie nowych kompetencji w zakresie ordynacji materiałów medycznych oraz leków (odejście od pierwszego zlecenia materiałów medycznych przez lekarza, rozstrzygnięcia dotyczące dokumentacji medycznej ordynacji pielęgniarskiej, finansowanie badań zlecanych przez pielęgniarki).
- 7. Przygotowanie do wdrożenia opracowania kryteriów zapewnienia jakości w opiece długoterminowej i uruchomienia procesu akredytacji zakładów.
- 8. Jednocześnie w związku z ogłoszonymi przez Oddziały Wojewódzkie NFZ Konkursami na realizację świadczeń w opiece długoterminowej oczekujemy pilnej jednolitej interpretacji obowiązujących nowych kryteriów oceny ofert (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 31.08.2016 r. poz.1372).
- 9. Aktualna sytuacja w której Dyrektorzy Oddziałów NFZ dokonują niezależnej interpretacji przepisów prawa skutkuje bardzo dużym zaburzeniem procesu kontraktowania (szkolenia prowadzone dla potencjalnych Świadczeniodawców bez odpowiedzi dotyczącej interpretacji kryteriów), a także zagrożeniem dla dalszego funkcjonowania dla dużej grupy podmiotów OPD.
- 10. Wyrażamy stanowczy sprzeciw dla działań Ministerstwa i NFZ przyzwalających na jawne dyskryminowanie świadczeń realizowanych w systemie ochrony zdrowia przez pielęgniarki w odniesieniu do innych rodzajów świadczeń (przykładem może być brak wdrożenia stawek AOTM dla OPD przy równoległym dostosowaniu stawek w opiece hospicyjnej, warunki ugód za nadwykonania wybrane Oddziały NFZ zaproponowały najmniej korzystne dla OPD).
- 11. Wnioskujemy o powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie Modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zawierającego wieloletni plan strategiczny .

W imieniu uczestników Debaty:

*Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Zofia Małas*

*Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
dr n. o zdr. Grażyna Wójcik*

WYCIĄG Z ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 5 sierpnia 2016 r.

w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu
w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
(Dz.U z 2016 r, poz.1372)

PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA PROPOZYCJA INTERPRETACJI KRYTERIÓW 09.02.2017

1	Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją opieki długoterminowej, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zachowawczą, rodzinną, środowiskową, środowiskowo-rodzinną, pediatryczną, geriatryczną, paliatywną - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Personel z kwalifikacjami wskazanymi w kryterium, stanowi co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek rozumianego jako dostępność do realizacji świadczeń na czas pracy zawarty w umowie lub portalu świadczeniodawcy. Uzasadnienie: Personel o najwyższych kwalifikacjach w ramach swoich kompetencji realizuje różnorodne zadania, takie jak: bieżący nadzór nad realizacją świadczeń i prowadzeniem dokumentacji, szkolenie kadry, konsultowanie trudnych przypadków itd. Dlatego też nie zawsze 100% czasu pracy piel. specjalistów zaangażowane jest w bezpośrednią realizację świadczeń.
2	Pielęgniarki z co najmniej 2-u letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Udzielanie świadczeń w warunkach domowych obejmuje pracę na stanowisku pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, pielęgniarki opieki długoterminowej, pielęgniarki w hospicjum domowym, pielęgniarki zespołu tlenoterapii domowej oraz pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych a także prowadzenie indywidualnej pielęgniarskiej praktyki na wezwanie (potw. przez OIPiP).
3	Pielęgniarki z co najmniej 3-y letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziały szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Za spełnianie kryterium doświadczenie w pielęgnacji chorych w warunkach szpitalnych - uznaje się zatrudnione w lecznictwie stacjonarnym na stanowisku: pielęgniarki odcinkowej, koordynującej, pielęgniarki oddziału dziennego lub pielęgniarki oddziałowej.
4	Co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	<ul style="list-style-type: none"> - 50% pielęgniarek oznacza 50 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 50% potencjału czasowego. - Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio.5,5 h/dobę.

5	Co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	<ul style="list-style-type: none"> - 25% pielęgniarek oznacza 25 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 25% potencjału czasowego. - Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio 5,5 h/dobę.
6	Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających 2 miesiące w którym ogłoszono postępowanie	<p>Oznacza to że świadczeniodawca posiadał harmonogram dostępności personelu przez 7 dni w tygodniu w odniesieniu do pacjentów 0-15 w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90 dni.</p> <p>Zapewnienie dostępności w dni powszednie od 8.00-20.00 oraz w dni świąteczne min. 2 godzin.</p>
7	Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc w którym ogłoszono postępowanie.	Świadczeniodawca zapewniał pacjentom, którzy w okresie opieki byli hospitalizowani, możliwość kontynuacji świadczenia pomiędzy i po hospitalizacji.
8	Ilość pacjentów z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie w 2016r. / liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 0 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
9	Ilość pacjentów z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie 2016 / liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 5-15 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
10	Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji.	<p>Posiadanie potwierdzonych w formie pisemnej zasad współpracy i koordynacji działań (Umowa, Porozumienie, zasady współpracy) z innymi podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w lecznictwie stacjonarnym (szpitale powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne lub kliniczne instytucje).</p> <p>Uzasadnienie: Pielęgniarska Opieka Długoterminowa zapewnia kontynuację opieki dla odbiorców korzystających z różnych poziomów leczenia stacjonarnego.</p>

MINISTERSTWO ZDROWIA

Pani Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Pani Grażyna Wójcik
Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 10 lutego 2017 r. sprawie odniesienia się do propozycji zawartych w Rekomendacjach wypracowanych w ramach debaty eksperckiej pn. „Długoterminowa opieka medyczna a zmiany systemowe w Polsce”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się bezpośrednio do punktów 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, informuję, że Ministerstwo Zdrowia mając na uwadze zachodzące procesy demograficzne dostrzega konieczność podjęcia prac nad nowelizacją obowiązujących regulacji prawnych definiujących zasady oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej. Z uwagi na międzysektorowy charakter zagadnień, niezbędne jest traktowanie opieki długoterminowej nie tylko jako składowej systemu ochrony zdrowia ale również funkcjonujących rozwiązań w ramach systemu pomocy społecznej. W związku z powyższym ewentualne zmiany przepisów muszą przede wszystkim zapewnić komplementarność funkcjonowania rozwiązań w ramach systemu pomocy społecznej i systemu ochrony zdrowia oraz sposobu finansowania systemów opieki z różnych źródeł.

Mając na uwadze sygnały ze strony świadczeniobiorców, świadczeniodawców oraz ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest analiza przepisów dotyczących zakładów opiekuńczych oraz udzielanych w ich ramach świadczeń, nie tylko w zakresie zmian sposobu finansowania czy kryteriów kwalifikacji do tychże zakładów, ale także możliwości i konieczności wprowadzenia nowych i dostosowania obecnie funkcjonujących form opieki długoterminowej do potrzeb społeczeństwa. Potencjalne rozwiązania muszą zostać rozważone pod kątem ich oddziaływania na sytuację pacjentów, ich rodzin, świadczeniodawców, systemu ochrony zdrowia oraz możliwości budżetowych, w tym możliwości budżetów lokalnych.

Ewentualne zmiany w zakresie sposobu finansowania pobytu pacjenta (w tym kosztów wyżywienia i zakwaterowania), przebywającego w ZOL lub ZPO oraz kryteriów kwalifikacji, muszą uwzględnić możliwość zabezpieczenia odpowiednich środków budżetowych. Wiele sygnałów zgłaszanych do Ministerstwa Zdrowia wskazuje na zasadność ujednoczenia przepisów w zakresie finansowania podmiotów sprawujących opiekę w formie długoterminowej, zawartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawie o pomocy społecznej, czyli przepisów obowiązujących dla zakładów opiekuńczych oraz domów pomocy społecznej.

Mając powyższe na uwadze, informuję, że Minister Zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podołanie zespołu mającego na celu zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń opieki długoterminowej, działań zmierzających do poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Prosząc jednocześnie o szczególne zwrócenie uwagi na kryteria (kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu oraz innych warunków realizacji świadczeń opieki długoterminowej. Celem strategicznym mają być poprawa dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, poprzez opracowanie oraz szczegółową weryfikację kryteriów kwalifikacji pacjenta, zakresu świadczeń oraz warunków realizacji.

Odnosząc się natomiast do kwestii dotyczącej opracowania taryfy dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, Minister Zdrowia powołując się na art. 311a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), na podstawie punktu II planu taryfikacji na 2016 r., tj. Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwrócił się do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z prośbą o podjęcie prac nad wyceną świadczeń dla zakładów opiekuńczo-

lecniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, jako świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Z uwagi na fakt, iż pozostałe świadczenia z zakresu opieki długoterminowej zostały już taryfikowane, przedmiotowe taryfy mają zostać przedstawione w terminie do dnia 30 czerwca 2017 r.

Odnosząc się do wniosku o pilne wdrożenie rekomendowanej przez AOTM wyceny świadczeń w pielęgniarstwie w opiece domowej - punkt 3 oraz punkt 10, uprzejmie informuję, że taryfy dla świadczeń udzielanych w ramach pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej, określone w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 29 czerwca 2016 r, zostały wdrożone do zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej i mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2017 r. Zgodnie bowiem z art. 146 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, ze zm.), do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.

Podkreślenia wymaga, iż taryfy wyrażone są w wartościach względnych (w punktach), natomiast cena za jednostkę rozliczeniową (punkt) ustalana jest z uwzględnieniem możliwości finansowych płatnika świadczeń. Zgodnie bowiem z treścią art. 132 ust. 5 ww. ustawy, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. W związku z powyższym, starając się zrównoważyć z jednej strony potrzeby wynikające z popytu na świadczenia, a z drugiej ściśle określone środki finansowe na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, niektórzy dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przyjęli sukcesywne podnoszenie wysokości cen jednostek rozliczeniowych w ciągu kolejnych lat

Poniżej uprzejmie przekazuję informacje Centrali NFZ na temat średnich cen za świadczenia w zakresie pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej w 2016 r. i według umów aktualnych oraz cen oczekiwanych w tych oddziałach OW NFZ, w których prowadzone są postępowania konkursowe w zakresie pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej.

OWNFZ	Średnia cena w umowach		Cena oczekiwana w postępowaniach
	2016 r.	wg aktualnych umów	
Dolnośląski	27,55 zł	29,60 zł	30,08 zł
Kujawsko-Pomorski	25,56 zł	30,08 zł	30,08 zł
Lubelski	24,00 zł	24,00 zł	27,00 zł
Lubuski	21,95 zł	24,71 zł	28,00 zł
Łódzki	22,65 zł	22,64 zł	25,00 zł
Małopolski	24,50 zł	30,08 zł	30,08 zł
Mazowiecki	21,84 zł	24,87 zł	26,54 zł
Opolski	23,76 zł	24,48 zł	-
Podkarpacki	25,85 zł	26,84 zł	28,00 zł
Podlaski	21,77 zł	24,00 zł	24,00 zł
Pomorski	25,86 zł	27,74 zł	30,08 zł
Śląski	23,70 zł	27,42 zł	-
Świętokrzyski	25,27 zł	25,27 zł	28,00 zł
Warmińsko-Mazurski	27,70 zł	29,76 zł	30,08 zł
Wielkopolski	25,77 zł	27,80 zł	30,08 zł
Zachodniopomorski	22,09 zł	24,90 zł	-

Natomiast odnosząc się do poszczególnych punktów w tabeli zawierającej propozycje interpretacji kryteriów wyboru ofert dla przedmiotu postępowania - pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1732 z późn. zm.), przedstawiam następujące stanowisko.

Ad 1 Kryterium jakości 11. premiuje oferty, w których zadeklarowano, że co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej stanowią pielęgniarki z określonymi w tym kryterium kwalifikacjami. Przedmiotowe kryterium nie jest nowe, stosowane było już w przeszłości w postępowaniach w sprawie zawarcia umów. Przepis należy stosować w jego literalnym brzmieniu.

Ad 2 Kryterium jakości 1.2. premiuje oferty, w których zadeklarowano, że co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej stanowią pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych. Istotą kryteriów jest wykonywanie przez pielęgniarki zgłoszone w ofercie zawodu pielęgniarki w ramach różnych rodzajów działalności.

Ad 3 Kryterium jakości 1.3. należy stosować w literalnym brzmieniu.

Ad 4 i 5 W kryteriach jakości 1.4. i 1.5. premiovani są oferenci dysponujący personelem pielęgniarskim we wskazanym udziale pełnego wymiaru etatu, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 j.t.).

Ad 6 Kryterium dostępności 1.1. jest spełnione, jeżeli wszyscy świadczeniobiorcy z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objęci opieką przez co najmniej 90 dni w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, otrzymywali świadczenia przez 7 dni w tygodniu.

Ad 7 Kryterium dostępności 1.2. jest spełnione, jeżeli świadczenia były realizowane na rzecz wszystkich świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresach pomiędzy wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.

Ad 8 i 9 Kryteria dostępności 1.3. i 1.4. wskazują na określony udział liczby świadczeniobiorców ze wskazanymi parametrami do liczby wszystkich świadczeniobiorców objętych opieką w badanym okresie czasu. Należy brać pod uwagę osoby objęte pielęgniarską opieką długoterminową domową, które na załączonej do skierowania karcie oceny lub w trakcie opieki uzyskały przynajmniej raz ocenę odpowiednio 0 punktów w skali Barthel lub 5-15 punktów w skali Barthel, w stosunku do wszystkich osób objętych tą formą opieki przez danego świadczeniodawcę.

Ad 10 Kryterium ciągłości 1.1 jest spełnione, jeżeli oferent zawarł co najmniej jedną umowę o współpracę ze świadczeniodawcą, który realizuje na podstawie umowy z NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz udziela ich na terenie obszaru, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, i może przedłożyć, na wezwanie komisji konkursowej, kopię tej umowy, potwierdzonej za zgodność z oryginałem. Kryterium premiujące posiadanie ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki po zakończeniu hospitalizacji, określone dla przedmiotu postępowania - pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, ma na celu osiągnięcie prawidłowego efektu leczniczego oraz zachowanie ciągłości przebiegu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez kierowanie do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej świadczeniobiorców, którzy wymagają tej formy opieki.

Ponadto uprzejmie informuję, że weryfikacja ofert pod kątem spełniania omówionych powyżej kryteriów należy do zadań komisji konkursowych oddziałów wojewódzkich NFZ. Przy czym, zgodnie z § 17 ust. 2a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980, ze zm.), komisja konkursowa nie może żądać od oferenta przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, jeżeli potwierdzenie tych danych i informacji jest możliwe na podstawie:

- 1) posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych;
- 2) rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których Narodowy Fundusz Zdrowia ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352 i 1579).

W odniesieniu do punktów 8 i 9 informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi spotkania robocze z OW NFZ, w celu wyjaśnienia wątpliwości w zakresie kryteriów wyboru ofert w rodzajach świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Odnosząc się do wniosku zawartego w punkcie 11, dotyczącym powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, informuję, że Minister Zdrowia Pan Konstanty Radziwiłł podczas Debaty poświęconej problemom współczesnego pielęgniarstwa w Polsce w dniu 27 marca 2017 r., poinformował, że w najbliższym czasie zostanie powołany Zespół ds. strategii dla pielęgniarstwa. Zadaniem Zespołu będzie wypracowanie konkretnych propozycji rozwiązań, które będą miały wpływ na rozwój pielęgniarstwa. Do prac w Zespole zostaną zaproszeni reprezentanci poszczególnych grup zawodowych pielęgniarek i położnych.

Przedstawiając powyższe, dziękuję za przedstawione propozycje oraz wyrażoną deklarację aktywnego zaangażowania się w proces określenia dalszych kierunków działań rozwoju i funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce.

*Z wyrazami szacunku
Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek - Żelazko*

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.231.2016.TK

Warszawa, dnia 21.11.2016 r.

*Pani
Izabela Obarska
Dyrektor
Departamentu Polityki Lękowej i Farmacji
Ministerstwa Zdrowia*

Szanowna Pani Dyrektor

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o wydanie opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte) w Obwieszczeniu Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 6 kwietnia 2016r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wpływają zapytania od pielęgniarek i położnych rodzinnych dotyczące wydawania przez apteki ogólnodostępne leków z kategorią dostępności oznaczoną „Lz” na recepty wystawiane dla pacjenta przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego do stosowania w domu pacjenta.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2008r. Nr 45, poz.271) określa kategorię dostępności produktu leczniczego. Zgodnie z art. 23a. ust.1. Produkty lecznicze dopuszczone do obrotu otrzymują jedną z następujących kategorii dostępności:

- 1) wydawane bez przepisu lekarza - OTC;
- 2) wydawane z przepisu lekarza - Rp;
- 3) wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania - Rpz;
- 4) wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach - Rpw;
- 5) stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz.

Natomiast §3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008r., w sprawie kryteriów zaliczenia produktu

lecniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz.U. Nr 206, poz 1292) mówi, iż produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz”, w przypadku gdy z uwagi na swe właściwości farmakologiczne, sposób podawania, wskazania, innowacyjność lub ze względu na interes zdrowia publicznego jest zarezerwowany dla leczenia, które może być przeprowadzone tylko w lecznictwie zamkniętym.”

Obowiązujący Urzędowy Rejestr Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych charakteryzuje produkty lecznicze pod względem ich kategorii dostępności. Klasyfikacja ta ma istotne zastosowanie praktyczne, determinuje status prawny produktu leczniczego oraz dopuszczenie leku do obrotu.

W związku z powyższym pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na : realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym (np. Biodacyna roztwór do wstrzykiwań i infuzji) wystawionego na receptę przez lekarza i wydanego przez aptekę, w oparciu o powyższe przedstawione zapisy w aktach prawnych powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, a następnie wskazać innego świadczeniodawcę, który jest uprawniony do wykonania powyższego zlecenia. Biorąc pod uwagę powyższe uprzejmie proszę o zajęcie jednoznacznego stanowiska w tej sprawie.

Prezes NRPIP
Zofia Małas

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Polityki Lekowej i Farmacji

PLO.4642.1.2.2017. JM

Warszawa 17.03.2017 r.

*Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 lutego 2017 r. znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.47.2017.TK (także z 21 listopada 2016 r.) w sprawie wydania opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte), proszę o przyjęcie poniższego. Jeżeli produkt leczniczy, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142), jest zakwalifikowany do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, to nie może być stosowany w innych warunkach. Lekarz nie powinien wystawić recepty Lz poza leczeniem zamkniętym a apteki ogólnodostępne nie powinny jej realizować. Jest to zarezerwowane dla aptek szpitalnych. Natomiast pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jako niezgodnego z przepisami prawa.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz.U. z 2016 r. poz. 1769) podano kryteria, zgodnie z którymi produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz”, wskazując przy tym właściwości farmakologiczne, sposób podania, wskazania, innowacyjność lub interes zdrowia publicznego.

*Z poważaniem
Zastępca Dyrektora
Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji
Ewa Warmińska*

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

mgr Leokadia Jędrzejewska

KK/44 /06/13

Wrocław, dnia 29 czerwca 2013r.

Kwestię uprawnień położnych do wykonywania szczepień ochronnych, należy rozpatrywać z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących uregulowań prawnych, w tym:

1. Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039 ze zm.),
2. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 243, poz.1570 ze zm.),
3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz.1086 ze zm.),
4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540).

Ad. 1. Zasady wykonywania zawodu położnej i zakres uprawnień uregulowane zostały w przepisach ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej zm.) i są zgodne z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2005/36/WE z dnia 7 września 2005r., w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ww. ustawy, wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w tym:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak

najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;

- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- 6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- 8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- 10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
- 11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
- 12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;
- 13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:
 - a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,

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

Wskazane wyżej świadczenia odnoszą się do określonej grupy świadczeniobiorców usług położnej w tym: do kobiety w okresie przedkoncepcyjnym, ciąży, rodzącej, położnicy, noworodka, kobiety w każdym okresie życia (w zakresie prokreacji, ginekologii, onkoginekologii). Pośród nich nie ma wymienionych świadczeń kierowanych do niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym.

Ad. 2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wskazuje w art.17. ust. 6 osoby, które upoważnione są do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych, są nimi lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje określone na podstawie ust. 10 pkt 3 i zobowiązuje Ministra Zdrowia do ustalenia kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Niezależnie od powyższego osoby wymienione w rozporządzeniu – lekarz lub felczer, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadają kwalifikacji, ale posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie szczepień ochronnych, zgodnie z art.67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r., mogą je wykonywać do 31 grudnia 2015r. ale zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w ramach kompetencji zawodowych.

Ad. 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz.1086 ze zm.), uwzględnia położną jako jedną z osób mogących przeprowadzać szczepienia ochronne, jeżeli ukończyła kurs lub szkolenie w zakresie szczepień, lub uzyskała specjalizację w dziedzinie, w której uzyskała specjalizację w dziedzinie, której program obejmował szczepienia, jednak nie uściśla zakresu szczepień wykonywanych przez położną.

Ad. 4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego wskazuje w § 6 ust. 1 pkt 1 lit. j uprawnienia położnej do samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, obejmujących m.in. wykonywanie szczepień ochronnych w ramach programu szczepień ochronnych u noworodków, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

Pomimo niesprecyzowania ww. przepisach (pkt 2 i 3 niniejszej opinii), rodzaju szczepień realizowanych przez położne, to jednak z ustawy o zawodach wynika, że nie posiada ona kompetencji do realizacji tych świadczeń wobec niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz osób dorosłych.

Mając na uwadze powyższe, należy zwrócić dodatkowo uwagę na to, iż nawet ukończenie kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne, program dla pielęgniarek (położna nie miała prawa być zakwalifikowana do tego kursu i jego ukończyć!), nie daje położnej upoważnień do wykonywania tych świadczeń w świetle zapisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

*Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologicznego
i położniczego
Leokadia Jędrzejewska*

Koleżanki i Koledzy,
 pragnę Was poinformować
 iż rozstrzygnięty został ogólnopolski konkurs
 pod nazwą

“POŁOŻNA NA MEDAL”

Trzy pierwsze miejsca w województwie lubuskim zajęły:
Gabriela Ceranowicz, Joanna Kabura oraz Magdalena Lak.



Gabriela Ceranowicz to położna reprezentująca Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp., która jest członkiem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, członkiem Prezydium, oraz Przewodniczącą komisji ds. położnych. Wszyscy jej serdecznie gratulujemy zwycięstwa. Jednocześnie życzymy dalszych sukcesów w pracy zawodowej oraz życiu osobistym.



KONKURS

„Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem”

Laureatki konkursu „Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem” zostały nagrodzone i uhonorowane podczas obchodów XXV-lecia powstania Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Zgodnie z zapewnieniem Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych rozpoczynamy cykl druku wszystkich nagrodzonych prac zaczynając od pierwszego miejsca. Drukowane w tym biuletynie prace zgodnie z wolą pielęgniarek są podpisane pseudonimem. Jestem pewna, że po przeczytaniu tych prac dopadnie nas głęboka refleksja, że w naszej pracy zawodowej również były momenty wspaniałe, wzniosłe jak i tragiczne, które głęboko zostały w naszej pamięci.

Dziękujemy za te wspomnienia.



WSPOMNIENIE

Pewnie niezwróciłabym na nich uwagi, gdyby nie natrętnie spojrzenie mężczyzny w moim kierunku. Udawałam, że ich nie widzę, ale denerwowały mnie. Do tego jeszcze ta mała. Kogoś mi przypominała, ale nie mogłam sobie przypomnieć kogo. Na oko z dziesięć lat, śmieszna czapka z pomponami i przenikliwe czarne oczy. Tak, to te oczy były zastanawiające. Gdzie ja je widziałam? Zapomniałam już co miałam kupić. Wciąż czułam, że na mnie spogląda. Kiedy zrobiłam zakupy, wyszedł za mną i spytał:

- Przepraszam, czy pani mnie pamięta?
- Nie, to chyba jakaś pomyłka. – odpowiedziałam.
- Ale pani pracuje w szpitalu? – dopytywał dalej.
- Jest pani pielęgniarką?
- Tak, pracuję. – odpowiedziałam. – Jednak nadal nie przypominam sobie, żebyśmy się znali.
- A pamięta pani moją Gabrysię? – spytał i spojrzał na mnie tak, że od razu wszystko mi się przypomniało.
- To pan? – moje zdziwienie nie miało nic wspólnego z dobrym wychowaniem.
- Tak, to ja. Mąż Gabrysi. – odrzekł. - A to moja Anulka. Ma już 11 lat.

Powróciły wspomnienia. Nie mogłabym zapomnieć takiej historii. Przyprosił z żoną na oddział. Był bardzo zatroskany. I jak to często bywa, ona przemawiała do niego łagodnym głosem, przypominając o domowych sprawach, a on tylko nerwowo potakiwał. Pani Gabrysia trafiła do nas celem diagnostyki. Miała bóle głowy, nudności, czasami wymioty. Skarżyła się również na brak energii osłabienie i kłopoty z koncentracją. W domu dwójka małych dzieci, a ona ciągle zmęczona. Pomyślałam sobie, że dwójka urwisów potrafi zmęczyć każdego. Odpocznie trochę w szpitalnym łóżku i dojdzie do siebie. Kobieta była piękna. Ciemne włosy okalały jej twarz, spadając swobodnie na ramiona. Nieskazitelna cera i błyszczące oczy. Czarne i pełne ciepła, przykuwały uwagę. Skończyłam procedurę przyjmowania w oddział i zaprowadziłam ją na salę. Na następnym dyżurze już jej nie widziałam. Okazało się, że pojechała na dalszą diagnostykę do większego szpitala. I pewnie bym o niej zapomniała, gdyby nie to, że po jakimś czasie pojawiła się u nas ponownie.

To już nie była ta sama kobieta. Cera ziemista, oczy bez blasku, a utrata wagi rzucała się w oczy na kilometr.

Okazało się, że od naszego pierwszego spotkania upłynęły prawie dwa lata. Przez ten czas dowiedziała się, że ma guza przysadki mózgowej. Leczenie bez większych efektów, zaniki pamięci, zaburzenia równowagi i wielki strach o życie. Guz nieoperacyjny. Wszystko co medycyna mogła im zaoferować, to leczenie zachowawcze. Szukali pomocy wszędzie, byli w każdym większym szpitalu, ale nie znalazł się nikt, kto dałby im choćby cień nadziei.

Zdesperowani i gnani rozpacz zaczęli odwiedzać jakieś sławy w dziedzinie medycyny niekonwencjonalnej. Trafili na wyjątkowo „dobrą”. Kobieta, do której dostać się wcale nie było łatwo. Cudem ubłagali wizytę, tłumacząc się młodym wiekiem i dwójką dzieci w domu. Nie wiem już jak doszli do tak fenomenalnej koncepcji, faktem jest jednak, że cudowna terapia miała polegać na zajściu przez pacjentkę w kolejną ciążę. Znachorka czy jak ją tam zwał, gwarantowała im, że Gabrysia wyzdrowieje.

Rzeczywiście, w czasie ciąży poczuła się lepiej. Pani Gabrysia tryskała energią i znowu nabierała wiary w swoje siły. Czuła, że trzecie dziecko przywróci jej zdrowie i darzyła nienarodzone maleństwo wyjątkowym uczuciem. W tym okresie nie miała problemów ze snem, ani z koncentracją, wrócił apetyt i dobry humor. Wróciła nadzieja. Cieszyli się z poprawy. Jednak po porodzie siły nie wracały. Znowu pojawiły się problemy i ponownie trafiła do nas. Wyniszczona, zamknięta w sobie i przeraźliwie cicha. Nie mówiła prawie nic. Ożywiła się tylko wtedy, gdy w odwiedziny przyjeżdżał mąż z dziećmi. Maluchy zawsze grzecznie i cicho siadały wkoło mamy i tuliły się do niej. Mąż z trzymiesięczną córeczką na ręku stawał w pobliżu wezgłowia, aby żona mogła nacieszyć się bliskością maleństwa. Niekiedy wieczorami przyjeżdżał sam. Wówczas często płakali oboje. Nie mogłam patrzeć jak się ze sobą żegnają. Za każdym razem jakby to miał być ten ostatni raz. Czasami przysiadłam na brzegu jej łóżka i rozmawialiśmy. Byłam młodą pielęgniarką i nie miałam doświadczenia. Bałam się, że powiem coś nie tak. Ona mówiła o dzieciach, mężu i psie, którego przygarnęli kilka miesięcy wcześniej. W wyobraźni widziałam ich szczęśliwą rodzinę i zastanawiałam się dlaczego życie jest takie niesprawiedliwe.

Pani Gabrysia nie leżała u nas długo. Miewała lepsze i gorsze dni. Zdarzało się, że jej mąż zostawał przy niej na noc. Czułam się jak intruz kiedy musiałam wejść

do jej sali. Ich historia była taka romantyczna i tragiczna zarazem. Któraś z koleżanek powiedziała nawet, że ktoś powinien ją opisać. Wzruszali mnie kiedy on opowiadał o dzieciach, a ona słuchała zapatrzona w okno. Uśmiechała się smutno, gdy mówił o tresurze psaznajdy. Ale często tylko trzymali się za ręce i nie mówili nic. Bywało, że wychodząc od żony, zaglądał do nas i opowiadał o przebiegu wizyty. Czasami cieszył się, że ma ochotę na truskawki, albo martwił, że nie ma apetytu czy humoru.

Kiedy zapadła w śpiączkę, mąż nie odstępował jej łóżka. Nie przywoził już dzieci, chciał by zapamiętały ją uśmiechniętą. Słyszałam kilka razy jak czule do niej przemawiał głaszcząc jej dłoń. Kiedyś podsłuchałam jak płakał i prosił by nie zostawiała go samego. To wszystko było takie smutne. A ona odeszła cicho i spokojnie. Mąż był przy niej i trzymał ją za rękę. Na szafce przy łóżku stało zdjęcie przedstawiające ich dzieci. Nie robił scen, nie krzyczał i nie wzywał nikogo. Przyszedł do nas i powiedział:

- Gabrysia odeszła. Właśnie ją pożegnałem.

Rozpłakałam się. Wiedziałam, że to nieprofesjonalne, ale nie mogłam się powstrzymać. Przecież mogli żyć szczęśliwie i wychowywać dzieci. Powinni oboje patrzeć jak dorastają ich pociechy. Cieszyć się z ich postępów w nauce. Pomagać dorastać... Niestety, nie spotkałam

więcej męża pani Gabrysi. A z czasem coraz rzadziej wspominałam ich smutną historię.

No i właśnie teraz, w sklepie spotykamy się jak gdyby nigdy nic. Nie miałam pojęcia, że przeprowadzili się na wieś. Ale dom z ogrodem był wielkim marzeniem jego i żony. Zapytałam, jak się miewa on i dzieci. A on zaczął opowiadać:

- Dziękuję. Starsze dzieci już kończą studia. Córka zamierza wyjść za mąż, spotkała miłość swojego życia w dużym mieście. Syn chce pływać po świecie. A ja oddałam się wychowaniu Anulki. Gdyby nie ona, zostałbym teraz zupełnie sam. Wie pani, gdybym mógł cofnąć czas, postąpiłbym dokładnie tak samo. Zamyślił się przez chwilę. A potem dodał:

- Anulka jest wierną kopia Gabrysi. I też lubi śpiewać, jak mama – uśmiechnął się. - Nie ma dnia, żebym nie dziękował za nią Bogu. Często opowiadam jej o mamie. Uwielbia słuchać i zadaje mnóstwo pytań.

Pożegnaliśmy się po kilkunastu minutach rozmowy. Tacy ludzie nigdy nie przestaną mnie zadziwiać. Wracając do domu i wspominałam wzruszającą historię sprzed kilku lat. Tak naprawdę nigdy o niej nie zapomniałam. Bo czy można zapomnieć coś tak poruszającego?

Anuka

MOJE NAJBARDZIEJ WZRUSZAJĄCE PRZEŻYCIE W PRACY Z PACJENTEM

„Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem”

Młodsza ja... czyli lata jeszcze 90-te, a może już 2000-ne. Nie pamiętam. Moje wymarzone miejsce pracy - oddział chirurgiczny szpitala w Gorzowie. Szpitala mieszczącego się przy ulicy Warszawskiej. Tak wiem- to już historia... ale taka, którą wspominać.

Oddział chirurgiczny mieścił się na pierwszym piętrze budynku. Pamiętam dokładnie rozmieszczenie sal chorych, kolory ścian, wyposażenie dyżurki, sprzęt sali opatrunkowej. Pamiętam też ludzi, oddziałową- niezapomnianą panią Celinę, która na początku wydawała się osobą zasadniczą i surową... jednak

szybko okazywało się, że to siła spokoju i zrozumienia. Koleżanki, z którymi pracowałam przez lata, lekarzy, z którymi zdarza mi się do dziś współpracować.

Sytuacji wyjątkowych związanych z moją pracą przy pacjencie jest tak wiele, że nie wiem które z nich wybrać i opisać jako to najbardziej wzruszające. Może to kiedy po wybuchu gazu na nadwarciańskim ryneczku, przywieziono na mój dyżur siedem osób poparzonych, w ciężkich stanach i działałyśmy jak maszynki, dzwoniąc po koleżanki do domów z prośbą o pomoc... Czy to, kiedy 24-letnia pacjentka w stanie terminalnym nowotworu żołądka zapalała do mnie takim zaufaniem,

że prosiła o czuwanie za każdym razem, kiedy zasypiała, a każdy dzwonek z jej sali był hasłem dla moich koleżanek: „Grażynka cię woła”... Czy to kiedy pacjent naczyniowy, który za bardzo „zaprzyjaźnił się” z Dolarganem kupił nam w prezencie zegar ścienny, żeby siostry pamiętały kiedy czas na jego zastrzyk. Może jednak napisać o bezdomnym panu Marianie, który chcąc przetrzymać zimę, znalazł sposób na ciepły kąpiel i łykał noże? Po czym operowany w naszym oddziale miał zapewniony wikt i opierunek przez kilka tygodni, po których wracał z kolejnym nożem w żołądku?... I tak do zakończenia chłodnych dni....

Nie. Wspomnienie, które opiszę będzie takie jak Pacjent, którego wspomnę. Ciche i niepozorne. Jednak zapadło mi tak w pamięci, że mogę stwierdzić, iż było to moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem.

Była wiosna więc do pracy wstawało się jakoś lżej. Wysłałam z domu i za 5 minut stałam u drzwi mojego „zakładu pracy”. Codzienny raport, który koleżanki z nocki zdawały nam dniówkowym. Stan pacjentów, nowoprzyjętych, operowanych. Rutyna. Mojej szczególnej uwagi nie skupił nowy pacjent przyjęty w nocy z masywnym krwawieniem z przewodu pokarmowego, w trakcie diagnostyki przyczyn choroby. Potraktowałam go jak kolejny przypadek.

Po raporcie każda z nas rozeszła się do swoich zadań. Z ciężkim sercem i bez wielkiego entuzjazmu otwierałam zeszyt wlewów kroplowych. Jak zwykle 4 kartki A4 zapisane maczkiem...

Rozstawiłam całą baterię płynów ze zleceń na dzień dzisiejszy. Mając już doświadczenie kilka nazwisk opuściłam, ponieważ pacjenci byli w tych dobach po zabiegu, że była szansa na odstawienie płynów dożylnych na porannej wizycie lekarskiej.

Po zapakowaniu baterii kroplówek na wózek, który był moją dumą- jak na tamte czasy super nowoczesny, z dużą ilością przegródek, szufladek, koszyczków- no mercedes klasy S (jak na tamte czasy, przypominam), wyjechałam z pierwszą turą objazdową po salach chorych. Pytając o samopoczucie pacjentów, podłączałam wlewy chorym po zabiegach operacyjnych, przy okazji odpowiadałam na pytania, z kilkoma osobami pożartowałam.

W dobrym nastroju wjechałam na salę numer 9 (aż dziwne, że pamiętam takie szczegóły). Na pierwszym łóżku, po lewej stronie, w sali czterołożkowej leżał

mężczyzna w wieku około 50 lat. To właśnie był pacjent na którego w trakcie raportu nie zwróciłam szczególnej uwagi. Pamiętałam jednak, że przyjęty został z masywnym krwawieniem z przewodu pokarmowego. W łóżku leżał człowiek o dość masywnej budowie ciała, z gęstymi, siwymi włosami. Duże krwawienie potwierdzał kolor jego skóry. Białe-sine, niemal przezroczyste. Widać, że był osłabiony- słowa wypowiadał z widocznym trudem, ruchy miał spowolnione. Kontakt z panem Andrzejem był logiczny, ale przez jego stan mocno utrudniony. W nawiązaniu kontaktu przeszkadzała mu też sonda założona do żołądka, z którą widać było jeszcze się „kłócić”. Przywitałam się z pacjentami z sali. Panowie, którzy leżeli już od jakiegoś czasu łatwo nawiązywali kontakt opowiadając, co u nich nowego od wczoraj, kiedy to się ostatnio widzieliśmy.

Kiedy przyszła kolej pana Andrzeja, powiedziałam, że podłączę kroplówkę, po której powinien poczuć się nieco lepiej. W tym właśnie momencie na salę weszła kobieta w wieku około 45-50 lat i młody chłopak około 20-ki. Okazało się, że to żona i syn pana Andrzeja.

Po podłączeniu kroplówki, robiąc miejsce rodzinie, zaczęłam się delikatnie wycofywać z moim stanowiskiem pracy. Kiedy wychodziłam z sali, żona pana Andrzeja, zaczęła ze mną rozmowę zadając pytania na temat stanu męża. Dowiedziałam się też, że pierwszy raz, jako rodzina, znaleźli się w sytuacji, kiedy ktoś bliski leży w szpitalu. Widziałam, że ona i syn byli mocno zaniepokojeni- zestresowani i stanem pana Andrzeja i chyba samym faktem przebywania w szpitalu. W sumie nie było w tym nic dziwnego. Czuli się zagubieni w nowej rzeczywistości. Próbowałam uspokoić kobietę, która powiedziała, że była u lekarza dowiedzieć się o stan męża. Widziałam, że ze względu na męża, starała się zachowywać spokojnie, wręcz radośnie mówiąc, że wszystko będzie dobrze. Jednak patrząc na mnie oczami dawała znaki, że informacje pozyskane od lekarza wcale jej nie uspokoiły. W czasie tej rozmowy pani Krystyna zaczęła snuć pozytywne wizje przyszłości, mówiąc między innymi, że wszystko będzie dobrze, że już niedługo mężowi wyjmą sondę, że będzie mógł pić i jeść. Próbując jej wtórować zwracając się do pacjenta powiedziałam, że zaczniemy od wody, herbaty, „pokonamy” kleik i zaczniemy zastanawiać się nad rosółkiem... Pacjent spokojnie słuchał naszej rozmowy. Nie uczestniczył w niej. Tylko patrzył. W pewnym

momencie pan Andrzej spytał, czy mogę go potrzymać za rękę. Nie przerywając opowieści o zaletach kleiku, mimochodem, żeby nie stwarzać atmosfery niepokoju, stwierdziłam, że jasne... i w swoje dłonie wzięłam dłoń pana Andrzeja. Zimną, wręcz lodowatą... bladą... Od wizji rosółu przeszłam do wizji gotowanego kurczaka... W sumie chyba bardziej uspokajałam żonę pana Andrzeja, bo on był bardzo wyciszony, miałam wrażenie, że mnie nie słucha.... Kilka chwil po tym jak złapałam go za rękę, poczułam, że ręka pana Andrzeja stała się ciężka i bezwładna. Pacjent mnie już nie ścisnął tak jak na początku... słabo, ale jednak uścisk wcześniej był wyczuwalny... Spojrzałam. Już wiedziałam. Zatrzymanie krążenia. Poprosiłam rodzinę i pozostałych pacjentów o opuszczenie sali. Już nie było czasu na uspokajanie. Zawołałam na pomoc koleżanki. Przybiegły. Ja zaczęłam reanimować, jedna pobiegła zawiadomić anestezjologa, inna powiadomiła naszych chirurgów. Kiedy zespół anestezjologiczny ratował chorego, ja zajęłam się żoną i synem, na korytarzu.

Młody człowiek był przerażony... nie do końca chyba zdawał sobie sprawę z tego co się dzieje. Jego mama miała strach w oczach. Tylko płakała... Płakała cicho... Tak jak cicho zachowywał się jej mąż... Czekaliśmy na korytarzu długo. Z sali wyszedł anestezjolog i przekazał rodzinie informację, że niestety nie udało się uratować pana Andrzeja.

Jak zawsze w takich przypadkach, zostawiłyśmy na chwilę rodzinę ze zmarłym... zapytałyśmy w czym możemy pomóc... potem toaleta pośmiertna i propozycja czuwania przy zwłokach. Przyjęli to z ulgą. Byli z panem Andrzejem do momentu wywiezienia go z oddziału. Wszystko w ciszy... spokoju...

Po kilku tygodniach od tej sytuacji, kiedy to kolejny dzień w pracy zapowiadał się taki sam jak dziesiątki innych dni, koleżanki przekazały, że szuka mnie kobieta. Musiałam podejść do drzwi wejściowych. Jak się okazało żona pana Andrzeja. Nie miała siły i odwagi, by wejść dalej w oddział.

Przyszła podziękować. Nie bardzo wtedy rozumiałam za co. Pana Andrzeja znałam tylko chwilę. Nie zdążyłam się z nim związać emocjonalnie i zaprzyjaźnić. Nie zdążyłam stwierdzić jakim jest pacjentem, człowiekiem i nie wyrobiłam sobie zdania na jego temat. Nie nawiązałam też bliższego kontaktu z jego żoną, synem... dopiero co się poznaliśmy. Jedyne co kojarzyło mi się z tą rodziną i sytuacją, w której się znaleźli, to ogromne współczucie. W dniu śmierci jej męża próbowałam ich uspokoić, ale też pohamować moje emocje i dostosować do ich „spokoju”, dać trochę wiary i wbrew faktom mówić, że wszystko będzie dobrze, choć czułam bezradność...

Pani Krystyna płacząc powiedziała mi, że jest pewna, że mąż czuł, że odchodzi. W momencie gdy pan Andrzej poprosił mnie o potrzymanie za rękę, najpierw była zdziwiona jego zachowaniem. Następnie pomyślała, że poczuł się lepiej przez nasze „podtrzymywanie” na duchu. Jednak to co się stało później, dało jej pewność, że mąż musiał się bać tego co czuł... przypuszczał... Może poczuł ból? Może zrobiło mu się słabo?

Pierwsze przemyślenia po śmierci męża... analizowanie minuta po minucie tego co się stało, sprawiło, że pani Krystyna poczuła zazdrość... o tę dłoń.... Powiedziała, że rozmyślenia zajęły jej trochę czasu... Najpierw musiała całą sytuację zrozumieć i oswoić. Opowiadała, że uzmysłowiła sobie fakt, że człowiek, który widział mnie pierwszy raz w życiu, mając obok ją - najbliższą osobę, to mnie poprosił o potrzymanie za rękę w ostatniej chwili swojego życia. To do mnie w chwili strachu czy bólu zwrócił się o pomoc. Za to podziękowała i przeprosiła za swoją zazdrość, której ja tak naprawdę nie odczułam.

Pamiętam tę sytuację do dziś. Jest dla mnie szczególna. Przypomina mi powody, dla których wybrałam nasz zawód. Przez moment poczułam się wyjątkowa, bo Ktoś kto ma obok najbliższych, Ktoś kto się boi, traci nadzieję i chyba wie, że za chwilę będzie nic, to mnie pielęgniarkę prosi o potrzymanie za rękę w chwili odejścia w to....nic...

Pielęgniarka - Jola

KOLEŻANKI I KOLEDZY PRAGNĘ POINFORMOWAĆ

że z dniem 1.02.2017 r.
została powołana na stanowisko Wiceministra Zdrowia
Pani Józefa Szczurek-Żelazko



(foto. strona Ministerstwa Zdrowia)

Powołanie pielęgniarki na stanowisko Wiceminister Zdrowia jest realizacją postulatów Środowiska Pielęgniarek i Położnych zgłaszanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych podczas spotkania z Panią Premier Beatą Szydło na Podbeskidziu w grudniu 2016 r.

Pani Józefa Szczurek – Żelazko jest członkiem: Stałego Komitetu Rady Ministrów, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Z wyborem Pani Poseł w randze wiceministra Zdrowia wiążemy duże nadzieje i oczekujemy, że wspólnie uda nam się stworzyć realna i rzeczową strategię dla pielęgniarstwa i położnictwa.

Od 1 maja 2017 r. zmiany w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r, poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i dokształcającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

Więcej informacji na stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl

OSWAJAMY PORTY NACZYNIOWE

W praktyce pielęgniarskiej coraz częściej mamy kontakt z pacjentami, którzy posiadają zaimplantowany żylny port naczyniowy. Myśląc o porcie naczyniowym, najczęściej bierzemy pod uwagę pacjentów leczonych onkologicznie lub paliatywnie. Jednak osoby „wyposażone” w port naczyniowy są równie często pacjentami innych oddziałów szpitalnych, trafiają także pod opiekę poradni specjalistycznych i jednostek podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z coraz większą popularnością portów naczyniowych zarówno wśród pacjentów, jak i wśród personelu medycznego, następuje ciągle wzrost populacji pacjentów z zaimplantowanym portem naczyniowym. Stajemy przed problemem bezpiecznej i skutecznej pielęgnacji oraz obsługi portu naczyniowego, zarówno dla pacjenta, ale i dla nas. Ta sytuacja wymaga od nas, pielęgniarek i położnych, coraz większej wiedzy oraz doświadczenia w zakresie dotyczącym tego typu dostępow naczyniowych.

Port naczyniowy to system długoterminowego, centralnego dostępu żylnego, całkowicie wszczepialny pod skórę. Niezaprzeczalną zaletą tego typu dostępow naczyniowych jest możliwość wielomiesięcznego, a nawet wieloletniego używania portu bez konieczności poszukiwania i wielokrotnej kaniulacji naczyń obwodowych. W wielu przypadkach rozpoczęcie leczenia chemioterapią jest możliwe dzięki wszczępieniu portu, ponieważ naczynia obwodowe u chorych często są kruche, delikatne, cienkie, niewidoczne i niewyczuwalne jeszcze przed rozpoczęciem terapii. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym założenie kaniuli do żył obwodowych jest wyziębienie kończyny, niskie ciśnienie tętnicze, słabe wypełnienie łóżyska naczyniowego, odwodnienie chorego, co często zdarza się u chorych, np. w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Słuszne jest postępowanie mające na celu wszczępienie portu naczyniowego przed rozpoczęciem planowanego leczenia, a nie zakładanie portu jako działanie w rozpacz, kiedy nie ma już możliwości kaniulacji żył obwodowych z powodu ich całkowitej destrukcji przeprowadzonym leczeniem. Jednorazowe nakłucie portu daje możliwość korzystania z niego zarówno do podaży leków, jak również do pozyskiwania próbek krwi do badań laboratoryjnych, pozwala na wyeliminowanie wielorazowego nakłuwania żył obwodowych, częstej zmiany wkłucia z powodu niedrożności kaniuli, uszkodzonej żyły lub rozwijającego się stanu zapalnego w miejscu wkłucia obwodowego. Te działania mają olbrzymi wpływ na samopoczucie chorego, jego jakość życia i poziom lęku związany z chorobą i leczeniem. Pacjenci często tuż przed przybyciem do oddziału odczuwają bardzo silny niepokój i lęk spowodowany obawą, czy tym razem założenie kaniuli odbędzie się bez komplikacji i konieczności wielokrotnego nakłuwania

ciała. Możliwość korzystania z portów naczyniowych znacznie poprawia jakość opieki nad pacjentem, zmniejsza poziom stresu u pielęgniarek i położnych, jaki towarzyszy sytuacjom niemożności założenia wkłucia obwodowego u pacjenta, konieczności wielokrotnego nakłuwania kończyn w poszukiwaniu odpowiedniego naczynia żylnego i zadawanego tym samym bólu cierpiącemu pacjentowi. Skracą się również czas wykonania procedury uzyskania dostępu naczyniowego, pomimo konieczności zachowania wysokiego poziomu aseptyki.

Z portu naczyniowego można również korzystać do podaży środka cieniującego w badaniach tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Producenci dane o dopuszczalnym ciśnieniu i przepływie infuzji zamieszczają w charakterystyce produktu. Informacja taka zamieszczana jest zwykle w karcie identyfikacyjnej portu (tzw. „paszporcie”), a materiał z którego wykonane są elementy portu, szczególnie komora (tytan, porcelana) pozwala na wykonanie badania w polu magnetycznym. Należy zaznaczyć, że zarówno port, jak i igła zastosowana do podania kontrastu powinny być oznaczone maksymalnym ciśnieniem pod jakim można podawać leki.

W czasie chemioterapii wiele stosowanych cytostatyków niszczy naczynia krwionośne powodując kilkumiesięcznie utrzymujące się przebarwienia skóry w przebiegu żył. Niejednokrotnie pacjenci posiadają na przedramionach swoistą mozaikę zaznaczonej sieci naczyń. W znacznym stopniu zmniejsza to jakość życia zwiększając i tak już obecną stygmatyzację chorych powstałą w wyniku widocznych oznak choroby. Często wkłuwane kaniule obwodowe powodują stany zapalne, obrzęk, ból i zaczerwienienie w miejscu wkłucia. Zastosowanie portów pozwala na wyeliminowanie tych przykrych dla chorych doznań.

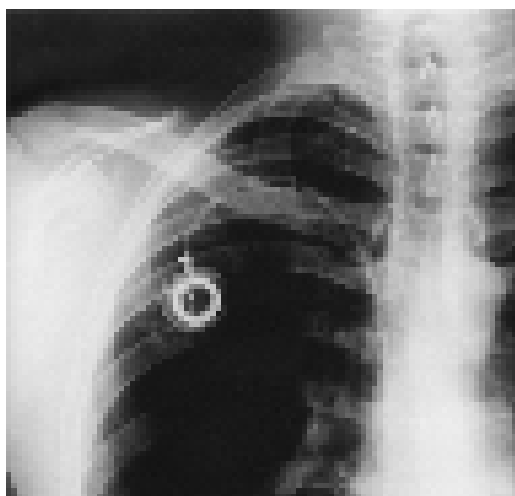
Wskazaniami do implantacji portu są:

- chemioterapia (wielogodzinna, wielodniowa, powtarzana cyklicznie), szczególnie jeśli występują trudności z dostępem żylnym obwodowym, występują ostre odczyny naczyniowe po zastosowanym leczeniu, stosowane są leki drażniące i uszkodzające naczynia,
- leczenie paliatywne z koniecznością podawania leków drogą dożylną, gdy nie jest to interwencja jednorazowa,
- konieczność podawania czynników krzepnięcia u dzieci chorujących na hemofilię,
- choroby przewlekłe (mukowiscydoza, przewlekła obturacyjna choroba płuc),
- prowadzenie długoterminowego, całkowitego lub częściowego żywienia pozajelitowego u dorosłych.

Porty naczyniowe implanowane są w warunkach bloku operacyjnego z zapewnieniem sterylności chirurgicznej. Konieczna jest ocena radiologiczna położenia końcówki cewnika w ujściu żyły głównej górnej (tuż nad prawym przedsiemkiem) podczas zabiegu implantacji lub po jego zakończeniu. Jeśli port zakładany jest dzieciom – zawsze śródoperacyjna kontrola położenia cewnika. Po zabiegu wykonywana jest ocena radiologiczna klatki piersiowej (położenie cewnika, obecność lub brak odmy, krwawienia do jam opłucnowych lub śródpiersia).



Zdjęcie 1: Komora portu



Zdjęcie 2: Kontrola radiologiczna portu

Port składa się z komory (tytanowej, ceramicznej lub z tworzywa sztucznego) z silikonową membraną o zwiększonej gęstości, umożliwiającą wielokrotne nakłucia (około 2000 nakłuć) z zachowaniem szczelności układu, oraz cewnika. Cewnik wprowadza się do żyły górnej uzyskując dostęp poprzez żyłę szyjną wewnętrzną lub żyłę podobojczykową. W obrębie klatki piersiowej, najczęściej w okolicy podobojczykowej, w wypreparowanej kieszeni umieszcza się komorę portu. Poprzez wykonanie tunelizacji doprowadza się cewnik w okolicę portu i łączy cewnik z komorą, która zostaje przyszyta do podłoża, aby ustabilizować ją w odpowiednim położeniu.

Port naczyniowy może być używany do podaży leków po przeprowadzeniu kontroli radiologicznej i stwierdzeniu prawidłowego położenia portu i końcówki cewnika, oraz braku powikłań (odma, krwawienie). Nakłuwając port igłą należy zachować pełną aseptykę zarówno w czasie przygotowania sprzętu, dezynfekcji skóry w miejscu nakłucia, jak i w czasie zakładania igły do portu. Wszystkie czynności należy wykonywać w jałowych rękawiczkach. W celu uniknięcia zakażenia drogą kropelkową należy polecić pacjentowi odwrócenie głowy w przeciwną stronę do umiejscowienia portu. Personel wykonujący procedurę powinien mieć założoną maseczkę twarzową.

Najbezpieczniejsze zarówno dla pacjenta, jak i dla osoby wykonującej procedurę, jest ułożenie pacjenta w pozycji leżącej. Odpowiednie oparcie o podłoże, rozluźnienie i odchylenie barków pozwala prawidłowo zlokalizować komorę portu i bezpiecznie ją nakłuć. Zalecana jest ocena skóry w miejscu nakłucia, nie należy nakłuć skóry zmienionej chorobowo z oznakami zapalenia. Unikając uszkodzenia skóry w wyniku ciągłego nakłuwania jej w jednym miejscu zaleca się aby nieznacznie przesuwając skórę nad membraną portu. W celu zdezynfekowania skóry wykonuje się trzykrotne przecieranie skóry gazikiem nasączonym środkiem dezynfekcyjnym na powierzchni o średnicy około 8 cm. Czas nawilżenia skóry środkiem dezynfekcyjnym nie powinien być krótszy niż 30 sek. Należy zapewnić pełną aseptykę - zalecane jest stosowanie jałowego obłożenia.

Do nakłuwania portu wskazane jest używanie igieł o specjalnym, łyżeczkowym szlifie (Hubera), które nie powodują "wycinania" drobnych fragmentów membrany portu, co pozwala zachować szczelność membrany i możliwość wielokrotnego nakłuwania małej powierzchni portu. Dzięki swej sprężystości membrana zapewnia również dobrą stabilizację igły. Specjalny szlif igły Hubera powoduje rozciągnięcie włókien silikonu, a po jej wyjęciu zamknięcie membrany portu. W sytuacji nagłej, wyjątkowej można dopuścić zastosowanie igły iniekcyjnej 0,5 mm. Igła Hubera wraz z drenem powinna być wypełniona 0,9% NaCl i połączona ze strzykawką o pojemności >10ml. Po zdezynfekowaniu miejsca nakłucia, port przez skórę przytrzymuje się ręką niedominującą, między dwoma palcami a drugą ręką przytrzymując igłę za skrzydełka nakłuwana się prostopadle komorę portu. Sprawdzając prawidłowość założenia igły wykonujemy delikatą aspirację krwi z portu oraz podejmujemy próbę podania 0,9% NaCl. Zdarzają się sytuacje, kiedy nie można uzyskać refluksu krwi z portu mimo możliwości podaży płynu do portu. Zaleca się kontrolę radiologiczną z użyciem kontrastu, aby potwierdzić drożność układu. Po uzyskaniu potwierdzenia prawidłowego położenia portu można kontynuować jego użytkowanie. Technikę nakłucia portu przedstawiono na zdjęciach poniżej.



Zdjęcie 3: Igła wypełniona 0,9% NaCl, połączona ze strzykawką



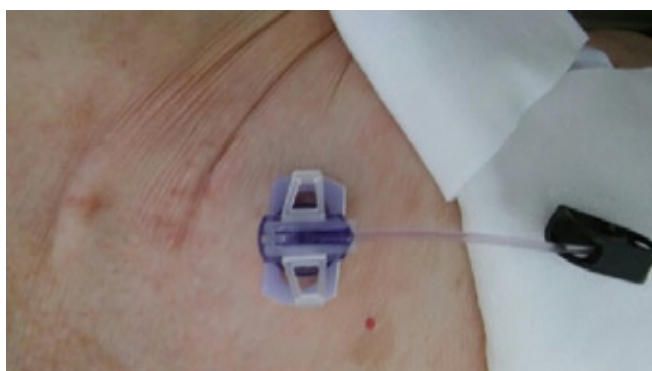
Zdjęcie 4: Nakłucie komory portu.

W czasie nakłuwania portu igła nie powinna być umieszczana zbyt głęboko i dynamicznie, po przejściu przez warstwę membrany, aby nie zagiąć ostrza igły o dno komory (grozi uszkodzeniem membrany w czasie ewakuowania igły z portu). Igłę wklutą do portu należy zabezpieczyć przed przemieszczaniem się umocowując ją opatrunkiem półprzepuszczalnym i przezroczystym. Zastosowanie tego typu opatrunku umożliwi codzienną obserwację miejsca wkłucia w kierunku wystąpienia objawów zapalenia i zapewni utrzymanie jałowości wkłucia. Optymalny przepływ można uzyskać poprzez ustawienie drenu igły w linii cewnika wychodzącego z portu. Dzięki temu strumień podawanych płynów będzie przemieszczał się bezpośrednio z igły w kierunku cewnika. Igłę można użytkować do 5-7 dni, po tym czasie należy ją wymienić. Po przetoczeniu składników krwi należy założyć nową igłę. Jeśli igła nie będzie używana dłużej niż 24 godziny, zaleca się jej usunięcie. Zarówno podczas prowadzenia żywienia pozajelitowego jak i przetaczania składników krwi, z uwagi na gęstość płynów należy zastosować igły o większej średnicy aby zapewnić odpowiednią prędkość przepływu. Należy również pamiętać o częstym przepłukiwaniu 0,9% NaCl. W czasie podaży leków obowiązuje zasada "lek – płukanie- lek", aby uniknąć niezgodności farmaceutycznej oraz wytrącania się kryształków i osadów w wyniku mieszania się ze sobą podawanych roztworów (może to wpływać na obniżenie drożności portu i cewnika). Minimalna objętość potrzebna do przepłukania portu to 2-krotna objętość zalegająca (pojemność portu i 1 cm cewnika podawana jest przez

producenta portu). W przypadku osób dorosłych jest to najczęściej 5 do 10 ml. Zaleca się pulsacyjne uciskanie tłoczka strzykawki w czasie przepłukiwania, aby uzyskać przepływ turbulentny. Zabieg ten ma na celu wypłukanie zalegającej w cewniku krwi.



Zdjęcie 5: Kontrola drożności-aspiracja krwi



Zdjęcie 6: Kontrola drożności-podaż płynu

W czasie korzystania z portu naczyniowego należy zadbać o pełną jałowość linii naczyniowej. Do połączeń elementów zestawów używać bezigłowe łączniki luer-lock, dezynfekować je przed podłączeniem, unikać rozłączeń systemu. Używać sterylnych strzykawek i koreczków, aseptycznie przygotowywać roztwory do przetoczeń.

Port można również wykorzystać do pobrania próbek krwi do badania. Przed pobraniem krwi należy przepłukać port 0,9% NaCl, następnie pobrać pierwszą porcję krwi (około 5 ml) i odrzucić. Następną porcję krwi można pobrać do badania. Po pobraniu krwi konieczne jest przepłukanie portu 0,9% NaCl. Jeśli konieczne jest pobranie krwi na posiew, nie przepłukuje się portu przed pobraniem krwi a krew pobierana jest bezpośrednio do badania.

Przed wyjęciem igły z portu należy przepłukać układ 0,9% NaCl. Podczas usuwania igły z portu zalecane jest utrzymywanie dodatniego ciśnienia podczas całego manewru. Strzykawką wypełnioną 0,9% NaCl lub roztworem heparyny (w zależności od zaleceń) podczas usuwania igły podajemy płyn w celu wytworzenia dodatniego ciśnienia. Działaniem tym zapewniamy brak napływu krwi do cewnika, zabezpieczając go przed powstaniem skrzepu. Po wyjęciu igły miejsce wkłucia należy zdezynfekować

i zabezpieczyć jałowym opatrunkiem.

Oczywiście, jak w przypadku każdej procedury medycznej wykonywanej na żywym organizmie, jakim jest człowiek możemy spodziewać się wystąpienia powikłań. W sytuacji portów naczyniowych mogą to być powikłania zakrzepowe. Obserwujemy częściową niedrożność, w tym wypadku brak możliwości zaaspirowania krwi z układu, jednak jest możliwość podaży płynów. Spowodowane jest to utworzeniem skrzepu na końcówce cewnika, który zamyka jego światło w czasie aspiracji, ale podczas podaży płynu cewnik pozostaje drożny. Po radiologicznej kontroli położenia cewnika, możliwe jest dalsze korzystanie z portu. Całkowita niedrożność portu spowodowana jest wykrzepieniem krwi pozostałej w świetle układu portu. Cewnik umieszczony w naczyniu żylnym jest ciałem obcym, zmniejszającym jego światło oraz przepływ krwi w naczyniu. Jest to czynnik mogący powodować agregację płytek i wytwarzania się złogów włókniaka. W efekcie może dojść do zakrzepicy żylniej.

Innym powikłaniem jest wystąpienie zakażenia odcewnikowego. Gorączka, dreszcze, czasami zaczerwienienie w okolicy komory portu, podwyższone parametry zapalne w badaniach laboratoryjnych, występujące po nakłuciu portu i rozpoczęciu jego użytkowania. Najczęstszymi przyczynami zakażenia są: nieprzestrzeganie zasad aseptyki w czasie obsługi portu, brudne ręce, niedokładnie zdezynfekowana skóra chorego, obecność ran w okolicy portu, skażone połączenia w przebiegu linii naczyniowej, ich nieszczelność.

Migracja cewnika może nastąpić bezpośrednio po implantacji portu naczyniowego, ale również w czasie kilku miesięcy po zabiegu. Cewnik przypadkowo może umiejscowić się w małych naczyniach klatki piersiowej. Sprzyjającym czynnikiem jest występowanie silnego kaszlu u chorego w czasie zabiegu i bezpośrednio po nim. Zmiany w obrębie klatki piersiowej, powiększone węzły chłonne śródpiersia mogą wpływać na występowanie tego powikłania.

Rozłączenie komory portu od cewnika, lub przerwanie cewnika może zaistnieć w wyniku uciskania cewnika pomiędzy obojczykiem a pierwszym żebrzem jeśli użyto dostępu przez żyłę podobojczykową lub w wyniku urazów zewnętrznych.

Nekroza skóry (martwica) nad komorą portu najczęściej dotyczy wyniszczonych pacjentów z małą ilością tkanki podskórnej, kiedy skóra jest napięta na komorze portu. Stosowanie portów niskoprofilowych zmniejsza traumatyzację od wewnątrz, ale i w tym wypadku skóra jest uciskana w czasie nakłuwania portu, co powoduje mikrourazy tkanek. Nakłucia igłą wykonywane są na małej powierzchni, często w centralnym punkcie membrany, co powoduje dodatkowe uszkodzenia. Stosowane środki dezynfekujące oraz przyklejane opatrunki utrzymujące igłę są czynnikiem drażniącym powierzchnię skóry. Skóra

chorego, szczególnie w okolicy portu powinna podlegać szczególnej pielęgnacji, nawilżaniu i natłuszczeniu. Należy unikać środków pielęgnujących mogących powodować dodatkowe podrażnienia tej okolicy.

Stosując się do zaleceń i z należytą dbałością obsługując port naczyniowy można w dużym stopniu zmniejszyć ryzyko występowania tych powikłań.

Po zakończeniu leczenia można zaproponować pacjentowi usunięcie portu. Jednak w sytuacji, kiedy istnieje prawdopodobieństwo konieczności dalszego leczenia w niedługim czasie (leczenie paliatywne) port pozostawiamy. Konieczna jest okresowa kontrola drożności portu i przepłukiwanie układu (co 4-5 tygodni). Do zabezpieczenia portu stosowany jest najczęściej roztwór Heparyny. 100 j/ml (tzw.: "korek heparynowy"), stosowany na zlecenie lekarza. Zastosowanie znajduje również roztwór cytrynianu sodu o stężeniu 4%. Środki te mają na celu działanie przeciwzakrzepowe i zapewnienie drożności portu w czasie, kiedy jest nieużywany.

Pacjent posiadający port naczyniowy powinien stosować się do kilku zaleceń dotyczących jego życia codziennego. Nie należy uprawiać aktywności związanych z dużą ruchomością ramion i obręczy barkowej. Przeciwwskazane jest również noszenie torebek, plecaków i innych obciążeń nałożonych na ramię po stronie portu. Dotyczy to również pasów samochodowych. W czasie, kiedy do portu jest założona igła należy zrezygnować z noszenia biżuterii (łańcuszki, długie kolczyki), aby nie doszło do przypadkowego wysunięcia igły.

Podsumowując, prawidłowa obsługa portu naczyniowego, stosowanie się do zaleceń pozwala na satysfakcjonujące korzystanie z długoterminowego dostępu naczyniowego. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi, a także nam, osobom pielęgnującym chorych z portami naczyniowymi, należy stale poszerzać wiedzę na ten temat. Dotyczy to zarówno osób mających stały kontakt z pacjentami, jak również tych, którym taki kontakt zdarza się sporadycznie.

Piśmiennictwo:

1. Jarosz J., Misiak M. (red): Wszczepialne systemy dostępu naczyniowego do podawania chemioterapii ("portydożylne") http://onkologia.zalancenamed.pl/pdf/PTOK_2013_18_Porty%20dozylne.pdf
2. Młynarski R., Misiak M., Leś J., Grzesiak J., Fenikowski D.: Zasady obsługi portów dożylnych: zalecenia Polskiego Klubu Dostępu Naczyniowego. Med. Prakt., 2016; 7-8: 24-27
3. Procedura Obsługi Zaimplantowanego Portu Dożylnego 2015. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych: www.pspo.pl.

*Ewelina Czeleń
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie
Pielęgniarstwa Onkologicznego*

PLAN KURSÓW ZAPLANOWANYCH DO REALIZACJI PRZEZ OIPIP W GORZOWIE WLKP. w 2017 r.

L.p.	Nazwa kursu	Rodzaj szkolenia	kurs przeznaczony dla	Planowany termin rozpoczęcia kursu
1.	Pielęgniarstwo psychiatryczne	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarek	rozpoczęcie 1 wrzesień 2017 r.
2.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarek	rozpoczęcie 8 wrzesień 2017 r.
3.	Pielęgniarstwo rodzinne	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarek	termin rozpoczęcia uzależniony od naboru - minimum 25 osób
4.	Wywiad i badania fizykalne	kurs specjalistyczny	pielęgniarek/ położnych	rozpoczęcie 21.04.2017 r.
5.	Żywienia dojelitowego i pozajelitowego (w szczególności dla pacjentów z peg-sondą)	kurs dokształcający	pielęgniarek/ położnych	rozpoczęcie I edycja 22.05.2017 r.
6.	Żywienia dojelitowego i pozajelitowego (w szczególności dla pacjentów z peg-sondą)	kurs dokształcający	pielęgniarek/ położnych	rozpoczęcie II edycja 13.06.2017r.
7.	Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych	kurs dokształcający	pielęgniarek/ położnych	1 czerwiec 2017 r.
8.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	kurs specjalistyczny	pielęgniarek/ położnych	Gorzów Wlkp. termin rozpoczęcia uzależniony od naboru - minimum 25 osób
9.	Wywiad i badania fizykalne	kurs specjalistyczny	pielęgniarek/ położnych	II edycja – realizacja uzależniona od naboru - minimum 25 osób
10.	Szczepienia ochronne	kurs specjalistyczny	pielęgniarek	termin rozpoczęcia uzależniony od naboru - minimum 25 osób
11.	Leczenie ran	kurs specjalistyczny	pielęgniarek	termin rozpoczęcia uzależniony od naboru - minimum 25 osób
12.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG	kurs specjalistyczny	pielęgniarek/ położnych	termin rozpoczęcia uzależniony od naboru - minimum 25 osób
13.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego	kurs specjalistyczny	pielęgniarek/ położnych	termin rozpoczęcia uzależniony od naboru - minimum 25 osób
14.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	kurs specjalistyczny	pielęgniarek/ położnych	Słubice
15.	Postępowanie w ostrych stanach zagrożenia życia	kurs dokształcający	pielęgniarek/ położnych	Słubice
16.	Przymus bezpośredni	kurs dokształcający	pielęgniarek/ położnych	Gorzów Wlkp./Międzyrzecz Termin rozpoczęcia uzależniony od naboru - minimum 25 osób

W odpowiedzi na Apel Delegatów XXXIII Okręgowego Sprawozdawczego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych OIPIP w Gorzowie Wlkp., **rozpoczynamy nabór na specjalizację rodzinną dla pielęgniarek.**

Uzasadnienie: W założeniach do projektu ustawy o **podstawowej opiece zdrowotnej** w pkt. 3 znalazła się informacja „**Pielęgniarka, która nie posiada specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, jest pielęgniarką POZ do dnia 31 grudnia 2022 r., a po tym okresie jeśli rozpocznie specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.**”

Osoby zainteresowane uczestnictwem w kursach prosimy o pobranie wniosków z naszej strony internetowej www.oipip.gorzow.pl w zakładce Ośrodek Kształcenia.

Szczegółowe informacje pod numerem telefonu 95 729 67 84 wew. 27

Opracowała M.T. Ziółkowska
Specjalista ds. szkoleń

**Człowiek nie dojrzewa przeżyтыми godzinami,
dniami albo miesiącami,
ale tym, czego doświadcza i uczy się
w tych godzinach, dniach, miesiącach.**

Władysław Sabowski



Powyższe motto towarzyszyło mi w 40-letniej karierze zawodowej i w 20-letniej pracy związkowej. Aby móc znaleźć równowagę między życiem zawodowym, związkowym i prywatnym ciągle szukam odskoczni od zmagania z tym co niesie życie. Wytchnienia szukam w ukochanych Tatrach, które przemierzyłam wzdłuż i wszerz, w jeździe na rowerze czy pieszych wędrówkach. W wolnych chwilach, a ciągle ich brakuje oddaję się robótkom ręcznym. Nadszedł czas wiosny i Świąt Wielkiej Nocy dlatego moje prace to jajka, które przyozdabiam wykonanymi przez siebie ozdobami. Każda pora roku to inne prace. Interesuje mnie decoupage, haft krzyżykowy, a także malowanie akwarelą. Z okazji nadchodzących Świąt chcę wszystkim życzyć byśmy umiały z każdego kształtu uczyć się przemijania rzeczy niesionych nieustanną falą a gdy nadejdzie chwila pożegnania byśmy umiały żegnać się bez żalu.

Danuta Kosecka



**W imieniu ORPiP w Gorzowie Wlkp.
Pani Krystynie Skorb**

Gratuluje nominacji na stanowisko
Konsultanta Wojewódzkiego
w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego
i operacyjnego.

Życzę wytrwałości, powodzenia w realizacji
przyjętych zadań na rzecz środowiska
pielęgniarskiego.

Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP w Gorzowie Wlkp.

Dane osobowe: Krystyna Skorb

Obecnie zawodowo pełnię funkcję Kierownika Bloku
Operacyjnego w Wielospecjalistycznym Szpitalu
Wojewódzkim Sp. z o.o. w Gorzowie Wlkp.

Od stycznia 2017 roku pełnię dodatkowo funkcję
Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa
chirurgicznego i operacyjnego .

Od ukończenia szkoły medycznej (Medyczne Studium Zawodowe w Szczecinie) jestem związana z pracą na Bloku
Operacyjnym i obserwuję rozwój pielęgniarstwa operacyjnego ale i problemy z jakimi się spotykamy.

Byłam Kierownikiem dwóch edycji Kursu Kwalifikacyjnego w Zakresie Pielęgniarstwa Operacyjnego (56 pielęgniarek
ukończyły te kursy), oraz Specjalizacji w Zakresie Pielęgniarstwa Operacyjnego (28 pielęgniarek zdało egzamin
państwowy w Warszawie w 1 – szym terminie).

Osobiście uczestniczyłam w licznych kursach zawodowych oraz szkoleniach między innymi w zakresie zarządzania
kosztami i tworzenia procedur medycznych w podmiotach leczniczych.

Uznaje zasadę dobrej pracy i współpracy oraz podwyższania kwalifikacji zawodowych .

Jako Konsultant chciałabym choćby w minimalnym stopniu mieć wpływ na poprawę warunków pracy pielęgniarek
chirurgicznych i operacyjnych. Od dawna wiemy z jakimi problemami borykamy się na co dzień w pracy.

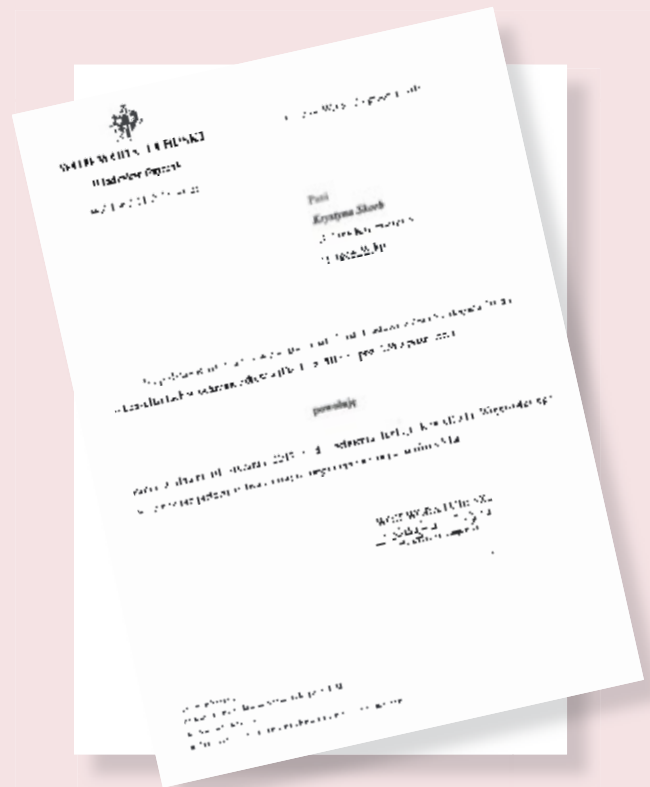
W dniu 20 stycznia 2017 r. uczestniczyłam w konferencji organizowanej przez „Ogólnopolskie Stowarzyszenie
Instrumentariuszek”: „Forum Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych”.

Poruszane były tematy:

- normy zatrudnienia na bloku operacyjnym,
- pielęgniarstwo operacyjne jako przedmiot nauczania,
- standard adaptacji dla pielęgniarki operacyjnej,
- problemy polskich pielęgniarek operacyjnych,

Z dyskusji wynikało jednoznacznie ze problemów jest dużo, a My jako pracownicy mamy bardzo mały wpływ
na poprawę stanowiska pracy lub organizację pracy.

Głównym materiałem na którym opierała się dyskusja zwłaszcza w zakresie poprawy stanu zatrudnienia na blokach
operacyjnych to „Uchwała Nr 277/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. w sprawie
ustalenia Standardu pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”.



Zachęcam do zapoznania się treścią w/w Uchwały .

Życzę powodzenia i satysfakcji z pracy.

Krystyna Skorb

Pielęgniarkom:

Lucynie Cieńskiej
Jolancie Skolańskiej
Krystynie Krzywińskiej
Małgorzacie Kałużnej
Alicji Paczewskiej
Beacie Radzimskiej
Beacie Wieczorek
Agnieszce Sonnek
Monice Gordziejewskiej
Annie Fronczyk
Małgorzacie Pikula
Magdalenie Roszak
Marioli Sobolewskiej

Z okazji zdania
egzaminu państwowego
w dziedzinie

Pielęgniarstwa Chirurgicznego

i uzyskania tytułu specjalisty gratulacje
oraz serdeczne życzenia spełnienia marzeń,
jak również pomyślności w życiu osobistym
i zawodowym

*W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
składu*

*Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP*

Serdeczne gratulacje

dla Pielęgniarek, które zdały egzamin
państwowy przed Komisją Egzaminacyjną
Centrum Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
i uzyskały tytuł specjalisty
**w dziedzinie pielęgniarstwa
geriatrycznego:**

Barbarze Brzezińskiej
Beacie Dziegielewskiej-Gawrych
Marzenie Dąbrowskiej
Katarzynie Dąbrowskiej
Edycie Plis
Dorocie Borkowskiej-Taran
Małgorzacie Mikołajczak
Zofii Tuczyńskiej
Elżbiecie Maciantowicz
Lucynie Koniecznej
Joannie Stalka
Elżbiecie Bereźnickiej
Monice Ziętek
Monice Maksymiuk
Joannie Gusiew

*spełnienia marzeń, satysfakcji
w życiu osobistym i dalszych sukcesów
w pracy zawodowej*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
składu*

*Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP*

Z okazji
zdania egzaminu państwowego
w dziedzinie
Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
Pielęgniarce

Agnieszce Cybulskiej

serdeczne życzenia spełnienia marzeń,
satysfakcji w życiu osobistym i dalszych
sukcesów w pracy zawodowej

W imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
składa
Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

Z okazji
zdania egzaminu państwowego
w dziedzinie
Pielęgniarstwa Onkologicznego
Pielęgniarce

Annie Kwiatkowskiej-Dziubek

serdeczne życzenia pomyślności
w życiu osobistym i zawodowym,
oraz spełnienia marzeń

W imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
składa
Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP

Z okazji
zdania egzaminu państwowego
w dziedzinie
Pielęgniarstwa Położniczego
Położnej

Annie Stańko

serdeczne życzenia pomyślności
w życiu osobistym i zawodowym,
zdrowia, pogody ducha,
spełnienia marzeń

W imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
składa
Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP



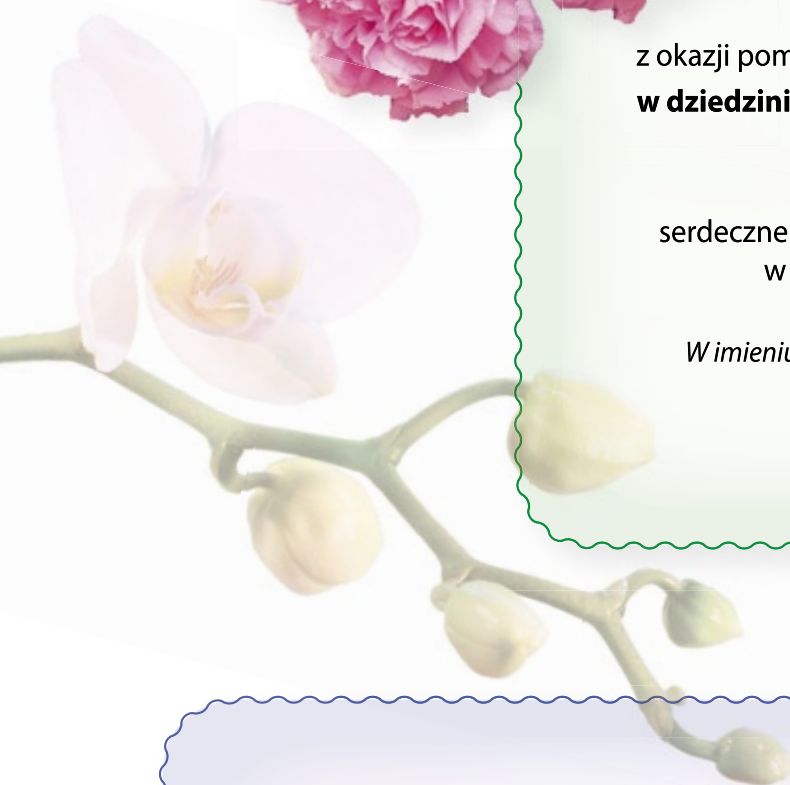
Pielęgniarkom:
Tamarze Ciszewicz,
Joannie Feliksiak,
Bożennie Kasperskiej

z okazji pomyślnego zdania egzaminu państwowego
**w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego
i Intensywnej Opieki**

serdeczne życzenia spełnienia marzeń, satysfakcji
w życiu osobistym i zawodowym

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
składa*

*Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP*



Pielęgniarkom:

Katarzynie Wawrowskiej,
Ewie Czarneckiej

najserdeczniejsze życzenia dalszego rozwoju zawodowego
dużo zdrowia, satysfakcji z pracy
oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym
z okazji uzyskania tytułu specjalisty
w dziedzinie

Pielęgniarstwa Neonatologicznego

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
składa*

*Marta Powchowicz
Przewodnicząca ORPiP*





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

**Koleżance
Marii Brzezińskiej
Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci**

Męża

*składa personel
oddziału ZOL IVC
ul. Walczaka 42*



KALENDARIUM

- 01.12.2016 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 02.12.2016 r. – Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 06.12.2016 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w Konwencji Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
- 07-08.12.2016 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w V posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
- 12.12.2016 r. – Posiedzenie komisji problemowej ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego.
- 15.12.2016 r. – Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Kadrami Kierowniczą, Pełnomocnymi Przedstawicielami oraz Kadrami Kierowniczą Domów Pomocy Społecznej.
- 17.12.2016 r. – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 17.12.2016 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 19.12.2016 r. – Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z pielęgniarkami i położnymi, które przeszły na emeryturę.
- 12.01.2017 r. – Posiedzenie komisji problemowej ds. POZ.
- 17.01.2017 r. – Egzamin kursu specjalistycznego „Leczenie ran” dla pielęgniarek.
- 19.01.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w spotkaniu z przedstawicielami Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym uczestniczył konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego - Agnieszka Kamińska – Nowak pt. „Realizacja świadczeń położnej POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej”, które odbyło się w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej w Gorzowie Wlkp.
- 02.02.2017 r. – Posiedzenie Komisji ds. jakości kształcenia.
- 09.02.2017 r. – Posiedzenie Komisji ds. położnych.
- 06.02.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 17.02.2017 r. – Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Endoskopia” dla pielęgniarek.
- 25.02.2017 r. – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 25.02.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 28.02.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz oraz pielęgniarek: Bożeny Kwiatek, Barbary Burzyńskiej, Gabrieli Ceranowicz, Krystyny Bulwan w konferencji na temat „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia”, która odbyła się w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
- 01.03.2017 r. – Posiedzenie komisji ds. Domów Pomocy Społecznej.
- 02.03.2017 r. – Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Dyrektorem Wydziału Promocji i Informacji Urzędu Miasta Gorzowa Wlkp. Martą Liberkowską.
- 03.03.2017 r. – Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 15-16.03.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w VI posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
- 20.03.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w konferencji dotyczącej Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, która została zorganizowana przez Lubuski Urząd Wojewódzki przy współpracy Ministerstwa Zdrowia.
- 22-23.03.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w konferencji pt. „Nowoczesne rozwiązania dla pielęgniarek i położnych w procesie EDM”.

- 24.03.2017 r. – Rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.
- 25.03.2017 r. – XXXIII Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
- 25.03.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 25.03.2017 r. – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 27.03.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w Debacie poświęconej problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, która odbyła się w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.
- 30.03.2017 r. – Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Dyrektorem Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp. Ewą Kobierzewską.
- 30.03.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w szkoleniu dla pielęgniarek zatrudnionych w podstawowych jednostkach medycyny pracy i zakładach pracy chronionej, które odbyło się w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp.
- 31.03.2017 r. – Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Wojewódzkim Koordynatorem Sieci Szkół Promujących Zdrowie Anną Żarnowską.

UWAGA ! PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych osobowych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim przypomina o obowiązku aktualizacji danych w Rejestrze Pielęgniarek i Położnych oraz Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Zgodnie z art. 19 ust. 2 i 3 oraz art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a także art. 11 ust. 1 pkt. 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, każda pielęgniarka/położna zobowiązana jest niezwłocznie zawiadomić okręgową izbę pielęgniarek i położnych o zmianie danych określonych w art. 44. ust. 1 w terminie **14 dni od daty ich powstania**.

Dane objęte aktualizacją w rejestrze pielęgniarek i położnych:

- zmiana nazwiska,
- ukończenie kursów i specjalizacji,
- ukończenie studiów wyższych,
- zmiana miejsca zamieszkania,
- zmiana miejsca zatrudnienia,
- rozpoczęcia i ustania zatrudnienia,
- zgubienie lub kradzież dokumentu Prawa Wykonywania Zawodu,
- zaprzestanie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

Zgodnie z art. 107 ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarki i położne wykonujące działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarek i położnych zobowiązane są do zgłaszania wszelkich zmian objętych rejestrem, w tym także umów obowiązkowego OC praktyki zawodowej na kolejny okres w **terminie 14 dni od dnia ich powstania**.

W przypadku niezgłoszenia zmian danych objętych rejestrem w ww. terminie podmiot prowadzący rejestr może w drodze decyzji administracyjnej nałożyć karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Szanowne Koleżanki i Koledzy !

*Zbliża się Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki obchodzony 12 maja
oraz Dzień Położnej obchodzony 8 maja.*

*Z okazji tych Dni, życzę wszystkim pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym dużo zdrowia
oraz ogromnej satysfakcji z wykonywanej profesji, gdyż praca jak wiemy nadaje naszemu życiu
wartość i sens. Jednocześnie życzę wiele wytrwałości i wszelkiej pomyślności
w życiu osobistym i zawodowym.*

Marta Powchowicz

Przewodnicząca

ORPiP w Gorzowie Wlkp.

Chcąc umilić te dni

*Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
serdecznie zaprasza wszystkie koleżanki i kolegów na obchody*

*Międzynarodowego Dnia
Pielęgniarki i Dnia Położnej*

które odbędą się 12 maja 2017 r.

o godz. 1600 w Teatrze im. Juliusza Osterwy w Gorzowie Wlkp.

Obchody uświetni spektakl

„Żona potrzebna od zaraz”



Zapraszamy!

Zapisy pod nr telefonu 957296784 lub e-mail oiPIP_gorzow@wp.pl do dnia 5 maja 2017 r.