

Spis Treści

1. KOMUNIKATY :

NRPiP o proponowanych zmianach w POZ	2
Pismo MZ do Wojewodów dotyczące kwestii uprawnień ratowników medycznych i pielęgniarek systemu.....	3 – 4
Apel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 6 czerwca 2016 r. i odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia	5 – 10
Pismo Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	11 – 12
Stanowisko w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenie zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek i odpowiedź Ministra Zdrowia	13 – 18
Harmonogram postępowania w sprawie rozdzielenia kolejnej raty podwyżek dla pielęgniarek i położnych	19 – 21
Komunikat w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych i punktów szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej.....	22
Komunikat w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich.....	23 – 25

2. ARTYKUŁY :

Cukrzyca u ciężarnych	26 – 28
Nadciśnienie tętnicze – powikłania narządowe	29 – 32
Satysfakcja pacjentów z jakości udzielanych świadczeń w ujęciu teoretycznym	33 - 35

3. PODZIĘKOWANIA

36

4. KONFERENCJE:

Zaproszenie na II Konferencję Diabetologiczną w Łasku	37 – 38
---	---------

5. Z ŻAŁOBNEJ KARTY.....

39

**NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

NRPIP O PROPONOWANYCH ZMIANACH W POZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z wielkim niepokojem przyjmuje brak jakiegokolwiek aktywności Ministra Zdrowia w kontekście przedstawionych w marcu i kwietniu br. zastrzeżeń, które Rada zgłosiła po zapoznaniu się z dokumentem „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych”. Niepokój środowiska Pielęgniarek i Położnych budzi także informacja, że z ustawy o działalności POZ wyłączone zostaną świadczenia wykonywane przez pielęgniarki szkolne.

W dniu 28.06 br. zebrał się Zespół ds. podstawowej opieki zdrowotnej przy NRPIP. Celem spotkania była analiza ZARZĄDZENIA Nr 50/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wypracowania strategii – standardu opieki pielęgniarki szkolnej. Jak poinformowała dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ Beata Cholewka, podczas III posiedzenia NRPIP, które odbyło się dnia 23.06 br. z ustawy tej wyłączone zostaną pielęgniarki szkolne. Ich kompetencje i zakres działań ma regulować odrębna ustawa.

Tymczasem 30 czerwca 2016 roku upływa termin konsultacji społecznych dotyczących propozycji Ministerstwa Zdrowia. Dokument ten stanowi podstawę do opracowania nowej ustawy o funkcjonowaniu POZ. Przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zespole pracującym nad tym dokumentem złożył odrębne stanowisko, w którym zawarł zastrzeżenia NRPIP.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **nie wyraża zgody na :**

1. zapis umożliwiający tworzenie zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej. NRPIP uważa, że zaproponowane w projekcie rozwiązania pozbawiają pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej a w konsekwencji samodzielności gospodarczej przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe,
2. wprowadzenie do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
3. wspólnego finansowania świadczeń w zakresie lekarza, pielęgniarki i położnej. NRPIP stoi na stanowisku, że osobne finansowanie jest bardziej transparentne.

Jednocześnie NRPIP zwraca uwagę, że w „Analizie” nie zakłada się umiejscowienia w systemie pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki i pielęgniarki szkolnej. NRPIP postuluje przywrócenie do systemu podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarki praktyki. Prawidłowo zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna stanowi fundament całego systemu, dlatego tak ważne jest przyjęcie rozwiązań zapewniających jej sprawne funkcjonowanie. Określenie roli i miejsca pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki, pielęgniarki szkolnej oraz położnej rodzinnej ma tu kluczowe znaczenie. Dlatego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się rzeczywistego dialogu i spełnienia obietnic, jakie w tym zakresie złożył kilka miesięcy wcześniej Minister Zdrowia.

Prezes NRPIP
Zofia Małas

SOR.450.5.29.2016. TM(IK581202)

Wojewodowie

Uprzejmie informuję, iż kwestie uprawnień ratowników medycznych i pielęgniarek systemu są obecnie uregulowane odpowiednio w :

- 1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587);
- 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie lub bez zlecenia lekarskiego.

Rozporządzenie wskazane w pkt 1) było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. poz. 33 oraz z 2009 r. poz. 64), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2016 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1887).

Biorąc pod uwagę wprowadzone zmiany do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym

Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm., dalej „ustawa o PRM”) dotyczące wykonywania zawodu przez ratownika medycznego, niezbędne było wydanie nowego rozporządzenia dotyczącego wykonywania zawodu przez ratownika medycznego.

Obecnie obowiązujące rozporządzenie rozszerzyło zakres medycznych czynności ratunkowych, których może udzielać ratownik medyczny. Taka sytuacja powoduje rozbieżności z rozporządzeniem regulującym zakres świadczeń udzielanych przez pielęgniarki systemu. Dotyczy to w szczególności :

- wykonania przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie,
- wykonania kardiowersji w tachyarytmii, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie,
- wykonania pomiaru temperatury głębokiej.

Jednocześnie różnice dotyczą możliwości podawania leków. W obecnie obowiązującym rozporządzeniu w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego liczba pozycji leków, które może podawać ratownik medyczny wynosi 47, zaś w rozporządzeniu w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie lub bez zlecenia lekarskiego liczba ta wynosi 28. Z uwagi na powyższe rozbieżności, podjęte zostały prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie lub bez zlecenia lekarskiego. Nowelizacja jest procedowana przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia i znajduje się obecnie na etapie konsultacji wewnętrznych.

Ponadto informuję, iż w myśl art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Jednocześnie art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, iż odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Biorąc pod uwagę wskazane wyżej przepisy, to kierownik danego podmiotu leczniczego jest zobowiązany do wskazania kierownika zespołu ratownictwa medycznego, tak aby było możliwe właściwe udzielanie świadczeń zdrowotnych, kierując się np. posiadaniem doświadczeniem, zakresem kompetencji pracownika, realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego itp. W związku z powyższym, nie widzimy powodu do odsuwania pielęgniarek systemu od pełnienia funkcji kierownika ZRM.

Odnosząc się zaś do kwestii wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne informuję, iż w tym zakresie obowiązujące są przepisy art. 36 ust. 2 ustawy o PRM. W myśl przywołanego przepisu zespół ratownictwa medycznego wyposażony jest w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. W tym miejscu należy wskazać, iż są to minimalne wymagania. Jednocześnie należy mieć na względzie zakres czynności, które ratownik medyczny może podejmować w ramach medycznych czynności ratunkowych. Czynności te zostały określone w przepisach wydawanych na podstawie art. 11 ust. 11 ustawy o PRM. Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587) w punkcie 29 określa szczegółowy katalog leków jakie może samodzielnie podać ratownik medyczny w zespole ratownictwa medycznego.

Powyższe przepisy wskazują, iż dysponent zespołu ratownictwa medycznego powinien wyposażyć zespół ratownictwa medycznego w niezbędne leki i sprzęt medyczny, umożliwiające wykonanie wszystkich medycznych czynności ratunkowych wynikających z obowiązujących przepisów. Przyjęcie odmiennego stanowiska powodowałoby, iż zespół ratownictwa medycznego, w zakresie leków, wyposażony byłby wyłącznie w lek przeciwbólowy w postaci tabletek, co stoi w sprzeczności z charakterem zadania, do których został powołany i tym samym uniemożliwi skuteczne podejmowanie medycznych czynności ratunkowych.

Marek Tombarkiewicz
Podsekretarz Stanu

**Apel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
z dnia 6 czerwca 2016 r.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o jak najszybsze podjęcie przez Rząd RP działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Pani Premier ! Niejednokrotnie deklarowała Pani, że poprawa sytuacji polskich pielęgniarek i położnych będzie priorytetem Rządu RP i dawała wyraz swojemu oburzeniu, że Pani poprzednicy dopuścili się w tej kwestii tak wielkich zaniedbań.

Sytuacja jest dramatyczna a dalsze zwlekanie gwałtownie ją pogarsza. Już teraz mamy jeden z najniższych w Europie wskaźników pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców. Jeśli nic się nie zmieni, niebawem spadnie on poniżej 4 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców, gdy średnia europejska jest dwukrotnie wyższa. Co roku znacząca część z ok. 5 tys. absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych nie podejmuje pracy w swoim zawodzie lub podejmuje ją w innym kraju. Mamy doskonały system kształcenia, o nasze absolwentki zabiegają szpitale w całej Europie, oferując im godne wynagrodzenie za pracę w bezpiecznych warunkach. Dlaczego Polskę stać na kształcenie kadr a nie stać na zatrzymanie ich w kraju ? Czy gdyby polski przemysł eksportował swoje wysokiej jakości produkty za darmo, rząd także by utrzymywał, że to sprawa dyrektorów fabryk ?

Polskie pielęgniarki i położne chcą pracować w kraju, tu opiekować się pacjentami, tu podnosić swoje kwalifikacje i tu zakładać rodziny oraz wychowywać dzieci. Mają do tego prawo, jednak sytuacja ekonomiczna niejednokrotnie zmusza je do wyjazdu z Polski. Te, które mimo wszystko zostają, pracują coraz ciężiej. I coraz głośniej mówią, że w obecnej sytuacji zagrożone jest nie tylko ich zdrowie (są przemęczone pracą po 300 godzin miesięcznie, często więcej niż w jednym miejscu) i byt ekonomiczny (średnia płaca brutto pielęgniarki wg GUS to 3 400 zł.), ale także bezpieczeństwo pacjentów, którymi opiekuje się za mało pielęgniarek.

Dłuższe zwlekanie z podjęciem niezbędnych decyzji grozi odejściem od łóżek pacjentów większości pielęgniarek i położnych. Nie z powodu strajków, ale przede wszystkim demografii – na emerytury przejdzie niebawem jedna trzecia zatrudnionych, pozostałe zmienią zawód lub wyjadą, bo nie podołają nadmiarowi obowiązków. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje daleko idącą pomoc we wskazywaniu rozwiązań zabezpieczających społeczeństwo polskie w świadczenia pielęgniarskie i położnicze.

Pani Premier ! Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje, że świadoma tych zagrożeń zwoła Pani w trybie pilnym posiedzenie Rady Ministrów RP, na którym zostaną podjęte decyzje, które zatrzymają w zawodzie pielęgniarki i położne pracujące w Polsce oraz skłonią do powrotu pracujące poza jej granicami.

Wiceprezes NRPiP
Sebastian Irzykowski

Prezes NRPiP
Zofia Małas

MZ.PPA.0762.3.2016/BW

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok 10
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na Pani Apel z dnia 6 czerwca 2016 r., skierowany do Pani Beaty Szydło – Prezesa Rady Ministrów w sprawie podjęcia działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej – pismo z dnia 6 czerwca 2016 r., znak NPiP-NRPiP-DS.015.188.2016.MK, otrzymane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów przy piśmie z dnia 8 czerwca 2016 r., znak SPRM.222.3.94.2016.JP, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do poprawy wynagrodzenia pielęgniarek i położnych informuję, że Ministerstwo Zdrowia doceniając rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, podejmuje szczególnie intensywne, wielokierunkowe działania, aby spowodować zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych, a także poprawić status materialny pielęgniarek i położnych, stosownie do finansowych możliwości budżetu państwa i płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego też w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarkom i położnym, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 października 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1400 i 1628) zapewniające dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. Zakończono I etap realizacji przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którym wzrostem wynagrodzeń objęto od 1 września 2015 r. pielęgniarki i położne wykonujące zawód i bezpośrednio realizujące świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, bez względu na formę zatrudnienia.

Od 1 stycznia 2016 r. realizowany jest II etap, w ramach którego wzrostem wynagrodzeń są obejmowane pielęgniarki i położne realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kawitacyjna a od 1 września 2016 r. nastąpi wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, finansowane na podstawie stawek ryczałtowych, stosownie do wielkości obszaru zabezpieczenia. Realizacja przepisów ww. rozporządzenia przez podmioty lecznicze, na terenie całego kraju, podlega stałemu monitoringowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach przedmiotowego rozporządzenia zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r.

Obecnie, zgodnie z ww. rozporządzeniem, pielęgniarki i położne otrzymują dodatkowe środki finansowe w wysokości 400 zł, na okres od 1 września 2015 do dnia 31 sierpnia 2016 r. Kwota ta stanowi kwotę „brutto brutto”, tzn. wliczone są w niej – dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, tj. wynagrodzenie wraz z pochodnymi.

Jak wspomniano powyżej przedmiotowe rozporządzenie zapewnia dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o :

- 1) 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę 400 zł wskazaną powyżej;
- 2) 1 200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę o której mowa w pkt 1;
- 3) 1 600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę o której mowa w pkt 2.

Ponadto informuję, że aktualnie w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, będącego zespołem branżowym przy Radzie Dialogu Społecznego, prowadzone są prace nad rozwiązaniem systemowym normującym kwestię wynagrodzeń w ochronie zdrowia. W dniu 4 kwietnia br. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło partnerom społecznym wstępną propozycję projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która ma stanowić materiał wyjściowy dla opracowania rozwiązania docelowego. W toku dyskusji nad tą propozycją zarówno strona związkowa, jak i strona pracodawców podkreślały konieczność wskazania źródeł finansowania wszelkich rozwiązań dotyczących kwestii płacowych. Z inicjatywy członków Zespołu dodatkowo powołany został podzespół roboczy do spraw projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, które odbyło się 21 czerwca br. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił wstępny projekt ustawy regulującej wynagrodzenie zasadnicze pracowników medycznych podmiotów leczniczych. Podstawowym założeniem projektowanego rozwiązania jest ustanowienie dla pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wysokości minimalnych wynagrodzeń zasadniczych stanowiących krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz współczynnika pracy określonego dla każdej z grup zawodowych. Strona pracodawców oraz NSZZ „Solidarność” i OPZZ uznali za zasadne prowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia dalszych prac nad projektem przedmiotowej regulacji. Partnerzy społeczni wnioskowali o prowadzenie prac legislacyjnych bez zbędnej zwłoki. Forum Związków Zawodowych wstrzymało się od głosu i zapowiedziało zgłoszenie swojego stanowiska co do trybu prowadzenia prac nad tym projektem w terminie późniejszym.

Mając powyższe na uwadze pragnę jednak zapewnić, że realizacja podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych będzie kontynuowana na dotychczasowych zasadach.

W odniesieniu do poprawy wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce, informuję, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1000 mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem, który wynosi 5,4. Mając na uwadze powyższy wskaźnik, resort zdrowia zaplanował w perspektywie finansowej 2014 – 2020 w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego realizację działań, których celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych.

W procesie programowania wsparcia ze środków Unii Europejskiej, w tym w szczególności w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju brały pod uwagę sytuację kadry pielęgniarskiej i położniczej w Polsce. Punktem wyjścia dla planowanej interwencji EFS w latach 2014 – 2020, dotyczącej wsparcia kadr systemu ochrony zdrowia, były wystąpienie w niedługiej perspektywie czasu znacznego deficytu wśród kadr pielęgniarek i położnych oraz zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Mając na uwadze wagę wyzwań w kontekście kadry medycznej w Polsce, w tym w szczególności dotyczących pielęgniarek i położnych oraz biorąc pod uwagę zakres interwencji możliwej do sfinansowania z EFS, podjęto decyzję o skoncentrowaniu działań dedykowanych rozwojowi kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych w ramach programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Na te działania wyodrębniono specjalną oś priorytetową *Wsparcie dla obszaru zdrowia*, w której na kształcenie kadr medycznych zostanie przeznaczony ok. 221 mln euro.

Interwencja zaplanowana w PO WER będzie oddziaływała na kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości kształcenia praktycznego poprzez tworzenia Centrów Symulacji Medycznej a jej głównym celem jest zwiększenie liczby absolwentów studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Zaplanowano, że docelowa wartość wskaźnika w 2023 r. – dodatkowa liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskają uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wyniesie 10 625 osób.

W listopadzie 2015 r. Minister Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich ogłosił konkurs pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków”

Przedmiotem konkursu jest realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Projekty składane w odpowiedzi na przedmiotowy konkurs zakładają przygotowanie programu rozwojowego, który przyczyni się do wzrostu o min. 25% liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwa i/lub położnictwa u Projektodawcy w stosunku do średniej liczby absolwentów tych kierunków (poziom licencjata pielęgniarstwa i/lub położnictwa) z ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu. Projekty realizowane będą w formie partnerstwa uczelni z podmiotami leczniczymi lub związkami pracodawców branży ochrony zdrowia, które zgodnie z założeniem konkursu mają zapewnić zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) dla minimum 15% absolwentów przez okres co najmniej 12 miesięcy od chwili zakończenia udziału w projekcie. Jednocześnie zatrudnienie nowych pielęgniarek i położnych (absolwentów uczelni, z którą została podpisana umowa partnerska) nie może spowodować zmniejszenia wskaźnika zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym w odniesieniu do danych z ostatnich trzech lat. Wnioskodawcą mogą być szkoły wyższe publiczne bądź niepubliczne, kształcące na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo, których jednostki spełniają w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu warunki, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo na poziomie licencjata – zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym.

Alokacja na konkurs wynosi 90 mln PLN. Nabór wniosków trwał do 5 lutego 2016 r. W odpowiedzi na przedmiotowy konkurs złożono 21 wniosków. W wyniku oceny formalno-merytorycznej 11 wniosków zostało ocenionych pozytywnie i zgodnie z procedurą konkursową, wnioski zostały skierowane do negocjacji, które zakończyły się 3 czerwca br. Do dofinansowania zostały wybrane projekty, które bezwarunkowo uzyskały 60 punktów oraz co najmniej 60% punktów w poszczególnych kategoriach oceny spełniania kryteriów merytorycznych. Lista rankingowa 11 wybranych uczelni w ramach przedmiotowego konkursu znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl

Dodatkowo w ramach PO WER Ministerstwo Zdrowia od października 2015 r. rozpoczęło realizację projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarских”, komplementarnego do projektu ukierunkowanego na zwiększenie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Celem projektu jest poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających wzrost liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych w polskim systemie ochrony zdrowia.

W ramach projektu zaplanowano m.in. takie działania jak :

- wprowadzenie rozwiązań systemowych, przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc i poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych,
- prowadzenie nadzoru nad wdrażaniem standardów kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków, wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne,
- prowadzenie bieżącej analizy standardów kształcenia pielęgniarek i położnych pod kątem konieczności wprowadzania zmian wynikających m.in. z aktualnych trendów demograficznych, epidemiologicznych i wejścia w życie nowych technologii,
- prowadzenie corocznej oceny stosowania norm zatrudnienia, wskaźnika migracji pielęgniarek i położnych oraz wdrożenie pilotażu dot. standaryzacji opieki pielęgniarской w podmiotach leczniczych,
- diagnozowanie potrzeb kadrowych pracodawców pod kątem wymaganych kwalifikacji zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarские,
- analizowanie rynku usług pielęgniarских – ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich form zatrudnienia oraz migracji pielęgniarek i położnych,
- wypracowanie modelu współpracy pomiędzy uczelniami a podmiotami leczniczymi w celu uprzącyznienia systemu kształcenia pielęgniarek i położnych,
- przeprowadzenie audytów na uczelniach w zakresie tworzenia Centrów Symulacji Medycznej dla pielęgniarek i położnych,
- wsparcie pielęgniarek i położnych (studentów, absolwentów) w zakresie procesu kształcenia na rzecz wykonywania zawodu w ramach utworzonej platformy internetowej pn. *Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa*.

Ponadto ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego wspierane będzie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju. Rozstrzygnięty został konkurs na Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, dofinansowanie otrzyma 27 projektów. Do konkursu zgłoszono 63 wnioski. Do dofinansowania zostały skierowane projekty, które przeszły pozytywnie ocenę formalno-merytoryczną wg kolejności na liście rankingowej i do wysokości dostępnej alokacji. W ostatnim czasie zwiększona została wysokość środków w konkursie. Dzięki temu możliwe było zakontraktowanie 27 najlepiej ocenianych projektów, tj. wszystkich, które uzyskały punkty premiujące i co najmniej 112,5 pkt. podczas oceny. Całkowita alokacja wynosi 68 776 682,53 zł. W dniu 23 maja br. Ministerstwo Zdrowia podpisało pierwsze umowy w ramach konkursu wspierającego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Zgodnie z założeniami, kwalifikacje podniesie ok. 30 000 przedstawicieli tych zawodów.

W ramach realizowanych projektów pielęgniarstwa i położnictwa będą mogły korzystać z następujących kursów :

- ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych,
- wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,
- pielęgniarstwo onkologiczne,
- wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,
- opiekę pielęgniarską nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów,
- pielęgniarstwo psychiatryczne,
- rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
- wykonanie badania spirometrycznego,
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek.

Kształcenie będzie prowadzić 27 podmiotów z całego kraju. Dzięki temu dostęp do kursów będzie dogodny dla uczestników. Lista projektów wybranych do dofinansowania znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl

Przewiduje się, że wdrożenie ww. mechanizmów dot. wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wpłynie na poprawę warunków pracy tych grup zawodowych oraz spowoduje, że pielęgniarki i położne pracujące w polskim systemie ochrony zdrowia nie będą rezygnowały z wykonywania zawodu a absolwenci kierunków pielęgniarstwa i położnictwa chętniej, niż dotychczas będą podejmować zatrudnienie w zawodzie. Zakłada się także, że działania podjęte na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wpłyną również na zwiększone zainteresowanie młodzieży podejmowaniem nauki w tych zawodach a pośrednio przyczynią się do wzrostu wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce. Jednocześnie powyższe działania mają także na celu zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zapobieganie zjawisku ewentualnej emigracji zarobkowej tych grup zawodowych do krajów UE w kolejnych latach.

Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Tombarkiewicz

Do wiadomości :

1. Sekretariat Prezesa Rady Ministrów
ul. Al. Ujazdowskie 1/3
00-583 Warszawa

RP.1.40014.11.2016.HR

Panie i Panowie
Starostowie Powiatów
Dyrektorzy Powiatowych Urzędów Pracy
Dyrektorzy Domów Pomocy Społecznej

Uprzejmie informuję, że z dużym zaniepokojeniem przyjmuję informację, iż mimo zwiększającego się w Polsce z roku na rok zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa, w rejestrach urzędów pracy znajduje się nadal relatywnie duża liczba bezrobotnych pielęgniarek.

Mając na uwadze konieczność niesienia pomocy tej grupie bezrobotnych, jak również biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych, zwracam się z uprzejmą prośbą, aby bezrobotne pielęgniarki obejmować działaniami mającymi na celu pomoc w podjęciu zatrudnienia lub uzyskania nowych kwalifikacji zwiększających ich szanse na rynku pracy, w ramach dostępnych usług oraz instrumentów rynku pracy przewidzianych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.).

W przypadku pielęgniarek dopiero wchodzących na rynek pracy szczególnie rekomenduję rozważenie wykorzystania nowego instrumentu rynku pracy, w ramach, którego pracodawca lub przedsiębiorca, który podpisze stosowną umowę z powiatowym urzędem pracy otrzymuje przez 12 miesięcy refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenie, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne zatrudnionego w pełnym wymiarze bezrobotnego do 30 roku życia (art. 150f ustawy), tj. do kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne od tego wynagrodzenia. Na realizację powyższego zadania na lata 2016 – 2018, urzędy pracy dysponują limitami środków Funduszu Pracy w łącznej kwocie 2 800 mln zł.

Zwracam uwagę na fakt, iż pracodawca lub przedsiębiorca otrzymując refundację wypłacanego bezrobotnemu wynagrodzenia wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne od tego wynagrodzenia w znacznym stopniu zmniejsza koszty własne zatrudnienia bezrobotnego w okresie objętym refundacją, co za tym idzie **może zaoszczędzone w ten sposób środki finansowe przeznaczyć na zapewnienie zatrudnionemu bezrobotnemu wyższego, konkurencyjnego na rynku pracy wynagrodzenia.**

W moim przekonaniu szczególnie ciekawym z punktu widzenia aktywizacji zawodowej i potrzeb osób wymagających opieki pielęgnacyjnej byłoby połączenie kierowania bezrobotnych pielęgniarek w ramach art. 150f ustawy do Domów Opieki Społecznej, gdzie występuje szczególnie duże zapotrzebowanie na wykwalifikowaną kadrę medyczną.

Pragnę podkreślić, że w przypadku wyczerpania przez urząd pracy ustalonego limitu środków na dany rok możliwe jest jego zwiększenie ze środków, które nie będą zagospodarowane przez inne urzędy w województwie. Informacje o niezagospodarowanych środkach powinny być zgłaszane do właściwego Wojewódzkiego Urzędu Pracy w ramach monitoringu wykorzystania środków, prowadzonego stosownie do art. 150g ust. 5 ustawy. Informacje o zgłoszonych przypadkach braku możliwości wykorzystania w województwach limitów środków na dany rok, o które będą mogły ubiegać się urzędy pracy z pozostałych województw będą na bieżąco umieszczane na stronie internetowej portalu Publicznych Służb Zatrudnienia.

Pragnę również przypomnieć, że w ramach pomocy bezrobotnym pielęgniarkom w każdym wieku urzędy pracy mogą stosować różnorakie formy wsparcia mające na celu uaktualnienie posiadanych i zdobycie nowych kompetencji i kwalifikacji. Spośród tych form na szczególną uwagę zasługują trójstronne umowy szkoleniowe pozwalające przeszkolić osoby bezrobotne zgodnie z wymaganiami pracodawcy, który zapewnia bezrobotnym uczestnikom szkolenia minimum półroczne zatrudnienie po jego ukończeniu. Urząd pracy może też pomóc w zdobyciu nowych kwalifikacji poprzez sfinansowanie kosztów egzaminów umożliwiających uzyskanie świadectw, dyplomów, zaświadczeń, określonych uprawnień zawodowych lub tytułów zawodowych w wysokości do 100% przeciętnego wynagrodzenia.

W celu zapobiegania utracie pracy przez zatrudnione pielęgniarki urzędy pracy mogą przyznawać wsparcie na kształcenie ustawiczne osób z tej grupy zawodowej ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) zgodnie z obowiązującymi w danym roku priorytetami tego funduszu. Środki KFS mogą być przeznaczone (w maksymalnej wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę) na finansowanie szkoleń, studiów podyplomowych, kosztów egzaminów a także badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu oraz kosztów ubezpieczenia NNW w związku z podjętym kształceniem ustawicznym.

Wyrażam przekonanie, że podejmowane przez Państwa wspólne działania umożliwią zarówno bezrobotnym, jak i zatrudnionym już pielęgniarkom odnalezienie swojego miejsca na dynamicznie rozwijającym się rynku pracy.

Z wyrazami szacunku
MINISTER
Elżbieta Rafalska

Do wiadomości :

1. Marszałkowie Województw,
2. Dyrektorzy Wojewódzkich Urzędów Pracy,
3. Przewodnicząca Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.



STANOWISKO

z dnia 19 lipca 2016 r.

w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych / technikach

W związku z rozważaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej propozycją wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek polegających m.in. na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych oraz uruchomienia dwuletniego kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki przedkładamy stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z **Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych** oraz **Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim** reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa wyraża swoje zaniepokojenie i sprzeciw dla podejmowania przez rząd zamierzeń dotyczących zmiany standardów kształcenia w zawodzie pielęgniarki.

Pielęgniarstwo współcześnie to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Dlatego też działania prowadzące do zmiany modelu kształcenia powinny być oparte na przemyślanej strategii, wypracowanej wspólnie z reprezentantami całego środowiska.

W Polsce już w okresie międzywojennym wypracowano i wdrożono międzynarodowe standardy kształcenia pielęgniarek zapoczątkowane w 1911 roku w Krakowie w ramach utworzonej Szkoły Pielęgniarstwa, która została przekształcona w roku 1925 w Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Obecne Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wprowadzone rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U z 2012 r., poz 631) stanowią, że:

- studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180, studia mają profil praktyczny, kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,

- studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120, studia mają profil praktyczny.

Mając na uwadze powyższe podkreślamy zasadność i racjonalność utrzymania aktualnie obowiązującego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia

Na poziomie europejskim działania na rzecz zagwarantowania bezpiecznych dla odbiorców standardów kształcenia pielęgniarek były i są prowadzone przez następujące organizacje międzynarodowe:

1. **Rada Europejska** - Europejskie Porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. z 1996 r., Nr 83, poz. 384), ratyfikowane przez Rząd Polski w lipcu 1996 r.
2. **EEC/Komisja Europejska** – standaryzacja i harmonizacja kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarstwa poprzez Dyrektywy Sektorowe - 77/452/EEC; 77/453/EEC oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady: 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013 r., str. 132).
3. **Światowa Organizacja Zdrowia** – rekomendacje i rezolucje dotyczące kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarstwa: Deklaracja Wiedeńska 1988 r.; Rezolucja WHO z maja 1992 r. - WHA 45.5.; Europejska Strategia WHO w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych – maj 1999 r.; Deklaracja Monachijska z czerwca 2000 r. ws. Pielęgniarstwa; Rezolucja WHO z maja 2001 r. - WHA 54.12 oraz inne dokumenty.

Polska przyjęła, zobowiązała się do przestrzegania oraz wdrożyła do własnego systemu prawnego wszystkie z powyższych standardów i norm prawnych, a proponowane przez obecny Rząd zmiany stanowiłyby naruszenie przyjętych zobowiązań.

Jedynym niechlubnym okresem w kształceniu zawodów medycznych w Polsce były lata powojenne, kiedy w celu uzupełnienia deficytu kadr medycznych upowszechniono w formie kursów kształcenie dające uprawnienia asystentki bądź pielęgniarstwa, a w odniesieniu do zawodu lekarza podjęto kształcenie felczerów. Wdrożenie planowanych obecnie przez rząd zmian w kształceniu pielęgniarek byłoby powrotem do ówczesnych rozwiązań czyli lat 50 i 60 – tych i to jedynie w bloku wschodnim.

Przeniesienie kształcenia w zawodach medycznych na poziom szkolnictwa pomaturalnego i wyższego zostało uwarunkowane koniecznością ochrony osób niepełnoletnich, podejmujących naukę zawodu poniżej 18 r.ż. przed ryzykiem zdrowotnym i odpowiedzialnością prawną, podczas zajęć w placówkach medycznych. Działanie to stanowiło także ochronę bezpieczeństwa odbiorców świadczeń zdrowotnych czyli pacjentów (wymogi Rady Europy i WHO). Jako przedstawiciele środowiska zawodowego nie znajdujemy żadnych argumentów dla reaktywowania po dwudziestu latach, powojennych standardów w obecnych uwarunkowaniach społecznych, prawnych i politycznych.

Aktualne wyzwania w obszarze opieki zdrowotnej, uwarunkowane w naszym kraju czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi tworzą zapotrzebowanie na:

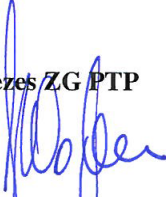
- kształcenie pielęgniarek przygotowywanych do samodzielnej roli w zakresie udzielania świadczeń profilaktycznych, zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, leczniczych,

diagnostycznych, edukacyjnych i zarządczych, które można uzyskać wyłącznie w systemie kształcenia uniwersyteckiego zgodnie z obowiązującymi standardami krajowymi i międzynarodowymi.

- zapewnienie dla potrzeb społeczeństwa a także wsparcia pielęgniarek, większej liczby personelu pomocniczego o różnym charakterze (nie posiadającego uprawnień pielęgniarki, takich jak opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej itp.).


Jako organizacje reprezentujące środowisko pielęgniarek i położnych od wielu lat apelujemy do rządu i parlamentu wnosząc o podjęcie pilnych działań systemowych na rzecz wzmocnienia pielęgniarstwa i poprawy atrakcyjności wykonywania naszych zawodów w Polsce. Działania te nie mogą jednak polegać na obniżaniu standardów kształcenia i deprecjonowania zawodu na rynku pracy.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych i Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wnosi o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia dwustopniowego pielęgniarek i położnych (licencjat i magister) oraz określenie jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach.

Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik

Prezes NR PiP

Zofia Małas

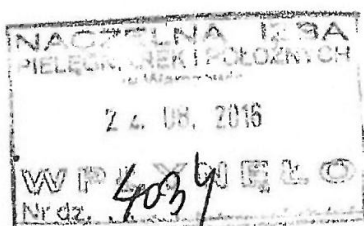
Przewodnicząca ZK OZZ PiP
Przewodnicząca
Zarządu Krajowego OZZ PiP

Lucyna Dargiewicz



Minister Zdrowia

Warszawa, 17 sierpnia 2016

PP-WPS.0762.11.2016/DZ



Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Sławomir Kuci Prosz

W odpowiedzi na Stanowisko z dnia 19 lipca 2016 r. w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych/technikach, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

W związku z występującym na rynku brakiem pielęgniarek i niepokojącymi prognozami dotyczącymi przyszłości tego zawodu oraz mając na uwadze fakt, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem - Ministerstwo Zdrowia w ramach prac nad nową Strategią Odpowiedzialnego Rozwoju planuje rozpoczęcie działań mających na celu zmniejszenie deficytu kadr medycznych, w szczególności pielęgniarek i położnych. W celu zapewnienia opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych, Minister Zdrowia rozważa możliwość wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek. Zmiany te polegałyby na uruchomieniu drugiej ścieżki kształcenia

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl



w zawodzie pielęgniarki w formie liceów medycznych oraz ewentualnym uruchomieniu kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki na poziomie średnim, stanowiącego wsparcie dla pacjentów niesamodzielných oraz personelu pielęgniarskiego. Taki system edukacji na poziomie średnim działa w niektórych krajach UE. Jednocześnie podkreślić należy, że kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia, będzie prowadzone równolegle, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

W związku z powyższym w dniu 15 czerwca br. Minister Zdrowia zwrócił się z prośbą do wojewodów o analizę zapotrzebowania na kształcenie w zawodach: pielęgniarki i asystenta pielęgniarki w liceach medycznych i medycznych szkołach zawodowych oraz ocenę zainteresowania prowadzeniem tego typu kształcenia w oparciu o istniejącą bazę medycznego średniego szkolnictwa zawodowego.

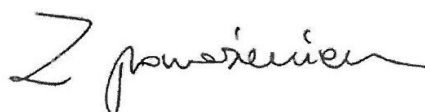
Na podstawie przekazanych informacji z 16 województw sformułowano następujące wnioski. W 12 województwach, w których przeprowadzono badanie ankietowe stwierdzono zainteresowanie uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych kształceniem w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki na poziomie średnim (w 4 województwach nie przeprowadzono ankiety z uwagi na zakończenie roku szkolnego). Województwa dysponują odpowiednią bazą dydaktyczną do kształcenia w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki (8 województw przekazało informację o szkołach zainteresowanych podjęciem kształcenia w ww. zawodach). Jednostki szkolące podkreślają również coraz większe zainteresowanie kształceniem zawodowym na poziomie średnim, ponieważ stworzy ono możliwość szybszego zaspakajania potrzeb rynku pracy.

Należy jednocześnie podkreślić, że Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa jest za wprowadzeniem do systemu osób o niższych kwalifikacjach zawodowych np. asystentów pielęgniarek, które wykonywałyby czynności podstawowe i nie pielęgniarские, aby zmniejszyć obciążenie pracą pielęgniarek i poprawić bezpieczeństwo pracy i jakość opieki. Podobne stanowisko wyraził Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, w którego opinii zasadne jest wprowadzenie do systemu zawodu asystentki pielęgniarской, co poprawiłoby jakość opieki, zwiększyło liczbę osób sprawujących opiekę nad pacjentami, wykorzystany byłby potencjał i kompetencje, a koszty działalności byłyby zrationalizowane.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w chwili obecnej w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest szczegółowa analiza dotycząca wprowadzenia przedstawionych powyżej rozwiązań w systemie kształcenia pielęgniarek, a następnie rozważona będzie

decyzja w przedmiotowej sprawie. Ponadto prowadzone są konsultacje robocze z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych w celu zapewnienia zgodności proponowanego systemu kształcenia 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 rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (rozporządzenie w sprawie IMI).

Podsumowując, prace nad ewentualnymi zmianami w systemie kształcenia trwają, żadne ostateczne decyzje jeszcze nie zapadły, a opinia przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych będzie wzięta pod uwagę w dalszych pracach prowadzonych w przedmiotowym zakresie.



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSÉKRETARZ STANU

Marek Tombarkiewicz

Do wiadomości:

Sekretariat Prezesa Rady Ministrów

**HARMONOGRAM POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ROZDZIELENIA KOLEJNEJ RATY
PODWYŻEK DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH – ZA OKRES OD DNIA 1 WRZEŚNIA 2016
R. DO DNIA 31 SIERPNI 2017 R.**

Opublikowany 18 sierpnia 2016

Kwestie związane ze zwiększeniem wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w okresie od dnia 1 września 2016 r. reguluje § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem”. Uregulowana w tym przepisie procedura postępowania jest analogiczna do procedury wdrożenia podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych od dnia 1 września 2015 r.

Z powołanych przepisów wynika następujący harmonogram postępowania w sprawie zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w 2016 r. (w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.):

1 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna (patrz niżej), mają obowiązek sporządzić według stanu na dzień **1 sierpnia 2016 r.** informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tych świadczeniodawców, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia.

nie później, niż do 14 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia, informację, o której mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać **do dnia 14 sierpnia 2016 r.** dyrektorom właściwym oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Informacje te przekazuje się za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

nie później, niż do dnia 28 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia, na podstawie przekazanych informacji dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, **w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych informacji**, do przedstawienia świadczeniodawcom zmian umów o udzielanie określonych wyżej świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących:

- wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., pozwalających zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi^[1] w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej o 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzeni od dnia 1 września 2015 r.);
- postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Powyższe nie dotyczy umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna. W przypadku tych umów, zgodnie z § 4 ust. 6 rozporządzenia dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani z mocy prawa do uwzględnienia w wysokości kapitacyjnej stawki rocznej od dnia 1 września 2016 r. postanowień dotyczących wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób gwarantujący pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnym podstawowej opieki zdrowotnej średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 800,00 zł (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia od dnia 1 stycznia 2016 r.). Następnie dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia powinni przekazać świadczeniodawcom odpowiednie zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

niezwłocznie

Zgodnie z § 4 ust. 7 rozporządzenia do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 3-10 tego rozporządzenia regulujące kwestię uzupełnienia podwyżki dla pielęgniarek i położnych za okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Analogicznie, zgodnie z § 4 ust. 8 rozporządzenia, także do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4-9 i ust. 10 zdanie pierwsze tego rozporządzenia.

Zatem w świetle powyższego – zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia – świadczeniodawcy **niezwłocznie po otrzymaniu od dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej** mają obowiązek przekazać propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo
- upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1.

nie później, niż w ciągu 21 dni

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia świadczeniodawcy przekazują propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo
- upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1

w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków porozumienia w sprawie podziału tych środków albo uzyskania pozytywnej opinii przedstawiciela tego samorządu w sprawie sposobu ich podziału, **w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji.**

niezwłocznie

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia **niezwłocznie po zawarciu porozumienia albo uzyskaniu pozytywnej opinii**, o których mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia podpisane zmienione umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kopią porozumienia albo kopią pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału tych środków.

W przypadku zaś niezawarcia porozumienia albo nieuzyskania pozytywnej opinii, o których mowa powyżej – zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia – świadczeniodawcy mają obowiązek dokonać **niezwłocznie** podziału tych środków. W takim przypadku świadczeniodawcy dokonują tego podziału wyłącznie w równej miesięcznej wysokości, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej. Jednocześnie, świadczeniodawcy mają obowiązek **niezwłocznie** przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia kopie dokumentów potwierdzających dokonanie tego podziału wraz z podpisanymi zmienionymi umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Niewykonanie przez świadczeniodawców któregokolwiek ze wskazanych w niniejszej informacji obowiązków skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pamiętać należy również, że w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia w okresie 1 września 2016 r. – 31 sierpnia 2017 r. jednej z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w kolejnej umowie dotyczącej tego samego rodzaju świadczeń należy uwzględnić zmienione w opisanym powyżej sposób postanowienia dotyczące wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, w tym także środków uwzględnionych w nowej wysokości kapitacyjnej stawki rocznej.

Wiceprezes NRPIP

(-)Mariola Łodzińska

Sporządził Andrzej Rylski prawnik NIPiP

[1] Przez wynagrodzenie wraz z pochodnymi należy rozumieć miesięczne wynagrodzenie, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pielęgniarki albo położnej dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy (§ 2 ust. 2 rozporządzenia).

16-08-2016

Komunikat w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych i punktów szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej

W związku z opublikowanym 27 czerwca br. zarządzeniem Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, co następuje.

Z dniem 1 lipca 2016 r. uległa zwiększeniu z 1,12 na 1,18, a począwszy od września 2016 r. na 1,2, wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitacyjną przypisaną w warunkach rozliczania świadczeń lekarza POZ, do grupy świadczeniobiorców w wieku od 40 do 65 roku życia.

Celem wzrostu jest między innymi zapewnienie środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, uczestniczących w realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, w szczególności jako personel prowadzonych gabinetów zabiegowych i punktów szczepień.

Dokonana zmiana zgodna jest z treścią Porozumień zawartych z Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia i stanowi realizację postulatów przedstawicieli ww. organizacji świadczeniodawców, a także środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, o zapewnienie przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości ww. współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną w finansowaniu świadczeń lekarza POZ, do poziomu gwarantującego realizację wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, odpowiednio do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Informuje jednocześnie, że wykorzystanie wskazanych wyżej środków przez świadczeniodawców zgodnie z celem, na jaki zostały przekazane będzie przedmiotem zainteresowania Funduszu.

źródło - Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dn. 29 lipca 2016r.

Komunikat

w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami.

Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych przypomina o bezwzględny przestrzeganiu przez pielęgniarki i położne przepisów prawa w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej określa ustawa z dnia z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2014.1435, z późn. zm.), natomiast zasady odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych określa ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.).

Zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej:

- wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: *realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji* (art.4 ust.1 pkt 5, odpowiednio art. 5 ust. 1 pkt 8).
- *Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej* (art.11 ust.1).
- *Pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej* (art.15 ust.1).
- *Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego* (art.15 ust.2).
- *W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania* (art.15 ust.3).

Powyższy przepis określa, iż zlecenia lekarskie, które zobowiązana jest wykonać pielęgniarka/położna, zawsze ma być sporządzone przez lekarza pisemnie. Zlecenie powinno być zapisane czytelnie i zawierać wszystkie dane i wskazania (datę sporządzenia zlecenia, nazwę leku, postać leku, dawkę, drogę podania, czas podania, podpis osoby zlecającej itp.) niezbędne do jego wykonania. Jeżeli pisemne zlecenie wydane przez lekarza, jest niezrozumiałe, budzi wątpliwości lub nie zawiera wszystkich danych koniecznych do jego wykonania, wówczas pielęgniarka/położna jest zobowiązana porozumieć się w tej sprawie z lekarzem wydającym powyższe zlecenie i ustalić sposób postępowania, który powinien być

określony pisemnie w karcie zleceń. Taka procedura przekazywania przez lekarza zleceń pielęgniarce/położnej minimalizuje możliwość pomyłki wynikającej z niezrozumienia zlecenia lub niewłaściwej jego interpretacji.

Odstąpienie od warunku realizacji pisemnego zlecenia lekarskiego jest dopuszczalne tylko wówczas gdy zachodzi konieczność, podejmowania działań w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Bezpośrednio po zakończeniu wykonywania zleceń w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pielęgniarka/położna jest zobowiązana udokumentować swoje działanie w dokumentacji medycznej na podstawie otrzymanego w formie pisemnej zlecenia lekarskiego.

Zgodnie z przepisami ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, członkowie samorządu są zobowiązani:

- *postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art.11 ust.1),*
- *sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe (art.11 ust.2).*

Pielęgniarka i położna jako członek samorządu podlega odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej „przewinieniem zawodowym” (art.36 ust.1).

Ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, jak również bezpieczeństwo pielęgniarki/położnej niedopuszczalne jest wykonywanie zleceń lekarskich, przekazywanych w innej formie niż forma pisemna.

W związku z powyższym należy przywołać przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069), które określają między innymi, iż dokumentacja medyczna, jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej oraz wskazują, że dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi w szczególności historia choroby. Natomiast do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 4) kartę gorączkową;
- 5) **kartę zleceń lekarskich;**

Powyższe przepisy precyzują także zasady prowadzenia dokumentacji wskazując, iż:

- każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu,

- wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Przepisy cytowanego rozporządzenia obowiązują każdą osobę wykonującą zawód medyczny i ich znajomość nie powinna pozostawiać wątpliwości, co do zasad ich stosowania.

Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych po uzgodnieniu z Konsultantami Krajowymi w dziedzinie pielęgniarstwa, dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego oraz dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego przekazuje przedmiotowy Komunikat do środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych w celu przypomnienia przepisów prawa ważnych dla wykonywania świadczeń zdrowotnych wynikających z przyjmowania i realizacji zleceń lekarskich.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia informuje, że zwróciło się do Wojewodów z prośbą o zobowiązanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa do nawiązania współpracy z pielęgniarską kadrą kierowniczą (dyrektorzy i zastępcy dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne, przełożone pielęgniarek) w podmiotach leczniczych w zakresie przeprowadzenia szkoleń dla pielęgniarek i położnych, dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich, w szczególności przygotowania i podawania zleconych leków.

Ministerstwo Zdrowia przypomina także, że na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce System Ochrony Zdrowia, podzakładce Pielęgniarki i Położne zamieszczone są następujące opinie i stanowisko:

1. Pani Beaty Ostrzyckiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa Rodzinnego.
Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewów kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (tj. żelazo i antybiotyki).
2. Pani dr n. med. Krystyny Piskorz – Ogórek, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
Opinia w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylinopochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych.
3. Pani dr hab. dr n. hum. Marii Kózki, prof. UJ, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa.
Stanowisko w sprawie podawania przez pielęgniarkę penicyliny prokainowej w warunkach ambulatoryjnych.

Przygotowała: Jolanta Florczak

CUKRZYCA U CIĘŻARNYCH

1. Podział cukrzycy u kobiet w ciąży

Cukrzyca ciążowa- różnego stopnia zaburzenia tolerancji węglowodanów lub cukrzyca rozwijająca się lub po raz pierwszy rozpoznana w ciąży.

Cukrzyca przedciążowa - gdy kobieta chorująca na cukrzycę typu 1 lub 2 jest w ciąży.

2. Czynniki ryzyka cukrzycy ciążowej:

- wielorództwo;
- ciąża po 35 roku życia;
- w wywiadzie porody dzieci o dużej masie ciała pow. 4000g;
- urodzenie dziecka z wadą rozwojową;
- zgony wewnątrzmaciczne;
- nadciśnienie tętnicze, nadwaga przed ciążą ($BMI > 27 \text{ kg/m}^2$);
- rodzinny wywiad w kierunku cukrzycy typu 2;
- rozpoznanie cukrzycy w poprzednich ciążach.

Pacjentki z grupy ryzyka należy diagnozować w kierunku cukrzycy ciążowej natychmiast po przeprowadzeniu pierwszej wizyty ginekologicznej w trakcie ciąży, poprzez wykonanie testu obciążenia glikozą (75g glukozy). Jeżeli nie potwierdzi on cukrzycy należy test powtórzyć między 24-28 tygodniem ciąży lub gdy nastąpią pierwsze objawy.

Kryteria rozpoznania cukrzycy w ciąży na podstawie wyników 76g OGTT wg. WHO

Czas wykonania badania	Badania glukozy w osoczu mg/dl	mmol/l
Na czczo	≥ 100	$\geq 5,3$
2 godziny	≥ 140	$\geq 7,8$

3. Przeciwwskazania do prokreacji u kobiet chorych na cukrzycę

- Nefropatia ciężkiego stopnia charakteryzująca się klirensiem kreatyniny $< 40 \text{ ml/min}$;
- Niekontrolowane odporne na leczenie nadciśnienie tętnicze
- Ciężka nie poddająca się leczeniu retinopatia proliferacyjna;
- Aktywna zaawansowana choroba niedokrwienna serca; lub przebyty zawał serca;
- Neuropatia autonomiczna z zajęciem układu bódźoprzewodzącego serca lub przewodu pokarmowego.

Decyzja o prokreacji należy do pacjentki, niemniej musi być ona poinformowana przez specjalistów w tej dziedzinie o ryzyku dla jej zdrowia i życia jakie niesie w tych przypadkach ciąża.

4. Leczenie cukrzycy ciążowej:

Dieta:

- 40-50% węglowodanów.
- 30% białka (1.3 g/kg mc);
- 20-30% tłuszczów (w równych częściach nasyconych i wielonasyconych);
- Liczba kalorii zależna od masy ciała, wzrostu, aktywności fizycznej i diety;
- Zapotrzebowanie kaloryczne około 35kcal na kg masy należnej ciała czyli 1500-2400kcal;
- U pacjentki z nadwagą zaleca się stosowanie diety niskokalorycznej;
- Pożywienie powinno zapewnić prawidłowy przyrost masy ciała, czyli średnio 8-12 kg w zależności od masy wyjściowej ciała.

Wysiłek fizyczny:

Nie ma przeciwwskazań, zaleca się specjalne zestawy ćwiczeń gimnastycznych nasileniu.

Insulinoterapia:

- Najczęstszą metodą jest tak zwana intensywna podskórna funkcjonalna insulinoterapia;
- Preparaty insuliny stosowanych to insuliny ludzkie krótkodziałające, analogi insuliny krótkodziałające;
- Zapotrzebowanie na insulinę zmniejsza się gwałtownie po porodzie i u większości chorych na cukrzycę ciążową możliwe jest zaprzestanie podawanie insuliny;
- Miernikiem wyrównania metabolicznego cukrzycy u kobiet w ciąży powinno być stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c} ≤ 6.1%) - oznaczane co najmniej raz na 6 tygodni.

Samokontrola glikemii:

Kobiety w ciąży powinny wykonywać pomiary glikemii samodzielnie po odpowiednim przeszkoleniu przez pielęgniarkę posiadającą doświadczenie w opiece nad chorymi na cukrzycę.

5. Model opieki nad ciężarną chorą na cukrzycę.

Wszystkie kobiety chore na cukrzycę w okresie planowania ciąży i podczas porodu powinny pozostawać pod opieką zespołu diabetologiczno - położniczego, mającego doświadczenie w tej dziedzinie.

Celem takiego postępowania jest:

- Optymalizacja leczenia cukrzycy
- Ocena ewentualne leczenie przewlekłych powikłań;
- Edukacja diabetologiczna w tym dietetyczna

Podczas każdej wizyty u ginekologa (co 2-3 tygodnie), konieczna jest weryfikacja leczenia insulina z uwagi na zmieniające się zapotrzebowanie na insulinę i koniecznością monitorowania masy ciała, czynności nerek, narządu wzroku i wartości ciśnienia tętniczego.

7.Schemat opieki nad płodem zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego:

1. Zalecane systematyczne wykonywanie badań ultrasonograficznych:

- między 11 a 13 tyg. ciąży w celu oceny ryzyka Zespołu Downa, w celu wstępnego wykluczenia wad wrodzonych szczególnie układu nerwowego.
- 18-20 t. ciąży w celu wykluczenia wad serca
- 28-30 t. ciąży w celu oceny wielkości płodu zgodnie z wiekiem ciążowym zarówno noworodków małych jak i dużych: obwód głowy, obwód brzucha, poszukiwanie wielowodzia.
- 34-36 tydzień ciąży, ocena położenia płodu
- badanie okołoporodowe najlepiej w dniu porodu (nie wcześniej niż 7 dni przed porodem), w celu oceny ryzyka wystąpienia dystocji barkowej.

2. Kontrola w poradni położniczej co 3 tygodnie lub częściej po 32-34 tygodniu.

3. Inne oceny: matczyzna ocena ruchów płodu od 24 tygodnia ciąży, kardiogram, hospitalizacja końcowa, szczególnie u matek z powikłaniami cukrzycy przedciążowej, przy niepowodzeniach poprzednich ciąż.

Należy pamiętać o zwiększonym ryzyku zgonów wewnątrzmacicznych płodów matek chorych na cukrzycę.

8.Poród i połóg u ciężarnej chorej na cukrzycę.

Poród kobiety ciężarnej chorej na cukrzycę zależy od stanu zdrowia pacjentki i płodu, oraz występowaniu powikłań. Może przebiegać poprzez: cięcie cesarskie, wcześniejsze wywołanie

porodu, siłami natury. Opieka okołoporodowa polega na systematycznej kontroli cukru, dożylnego wlewu insuliny i glukozy, oraz kontroli jonogramu i równowagi kwasowo-zasadowej. Po porodzie przerwanie wlewu insuliny, podawanie insuliny krótkodziałającej do posiłków. Należy podkreślić, że u kobiet z cukrzycą przedciążową dawki insuliny należy zmniejszyć nawet od 30-50%. U kobiet z cukrzycą ciążową można podjąć próbę odstawienia insuliny.

Kobiety z cukrzycą ciążową powinny kontynuować kontrole poziomu cukru po posiłkach, a po upływie 6-12 tygodni powinny wykonać doustny test obciążenia glukozą. W przypadku prawidłowego wyniku zaleca się kontrolę glikemii na czczo raz w roku, natomiast przy nieprawidłowym wyniku kobietę należy skierować do poradni diabetologicznej.

9. Noworodek matki chorej na cukrzycę.

Schemat postępowania z noworodkiem chorym na cukrzycę przedciążową jest zgodny z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.

Noworodek matki chorej na cukrzycę z uwagi na możliwość wystąpienia licznych zaburzeń zależnych od stanu wyrównania metabolicznego cukrzycy, powinien przebywać w ośrodku perinatalnym o III° referencyjności.

Zasady postępowania:

- Poród powinien odbywać się w obecności lekarza neonatologa;
- Obowiązuje ocena równowagi kwasowo-zasadowej w tętnicznej krwi pępowinowej;
- Konieczna obserwacja noworodka w oddziale opieki intensywnej lub patologii noworodka;
- Monitorowanie stężenia glukozy w ciągu 30 minut po urodzeniu, najlepiej przed pierwszym karmieniem dziecka;
- Kolejne badania w ciągu pierwszych 6 godzin życia w odstępach 2 godzinnych, następnie w odstępach 12 godzinnych do 48 godzin życia dziecka.
- Monitorowanie stężenia wapnia i magnezu w 2 dobie życia, dalsze badania zależne od wyników;
- Oznaczenia HG; RBC w ciągu pierwszych 12 godzin życia;
- Zalecane karmienie pokarmem naturalnym, najlepiej już w pierwszej godzinie życia;
- Dziecko przebywa z matką pod opieką szpitala do 5 doby życia;
- Dalsza opieka ambulatoryjna pod kątem rozwoju psychosomatycznego i neurologicznego.
- Zaleca się wykonanie testu tolerancji glukozy w pierwszym roku życia

10. Postępowanie w hipoglikemii u noworodka:

- Hipoglikemia bezobjawowa- podanie roztworu 10% glukozy w dawce 8mg/kg/min
- Hipoglikemia objawowa- rozpocząć podaż 10% roztworu glukozy w bolusie trwającym kilka minut, a następnie kontynuować podaż glukozy w dawce 4,8 ml/kg/godz. (8mg/kg/min)., w przypadku utrzymywania się hipoglikemii zwiększyć podaż glukozy do dawki 12mg/kg/min.

Uwaga: w trakcie leczenia należy kontrolować stężenie glukozy we krwi w odstępach godzinowych, należy utrzymać wartość glikemii poniżej 70 mg/dl (3,8 mmol/l). Niższe stężenie glukozy w granicach 50-70mg/dl (2,7-3,9 mmol/l), uważane jest za niewystarczające w terapii hipoglikemii.

Po uzyskaniu terapeutycznej wartości glikemii należy obniżyć podaż glukozy, poprzez zmniejszanie stężenia roztworów glukozy podawanej dożylnie o 2mg/kg/min co 4-6 godzin.

Należy utrzymywać karmienie enteralne lub przez sondę.

Ewelina Jurczyk

Kardiologia Sieradz

Nadciśnienie tętnicze – powikłania narządowe.

Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą dotyczącą ponad 20% dorosłej populacji [6]. Jest główną przyczyną chorobowości i śmiertelności na świecie. Biorąc pod uwagę czynniki ryzyka udaru mózgu, niewydolności serca i zawału mięśnia sercowego nadciśnienie tętnicze jest najłatwiejsze do rozpoznania i najprostsze do leczenia. Jest stanem patofizjologicznym, zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych [15].

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęstszych przyczyn wizyt pacjentów u lekarza, ponieważ biorąc pod uwagę częstość występowania, klasyfikuje się na pierwszym miejscu wśród chorób przewlekłych. Szacuje się, że okres jego ujawnienia się przypada najczęściej na czwartą i piątą dekadę życia oraz dotyczy 18-30% kobiet i 12-16% mężczyzn. Obecnie w Polsce na tę chorobę cierpi prawdopodobnie około 4,8 miliona ludzi, przy czym wykrywalność nadciśnienia tętniczego w naszym kraju wynosi tylko 55-85% [17].

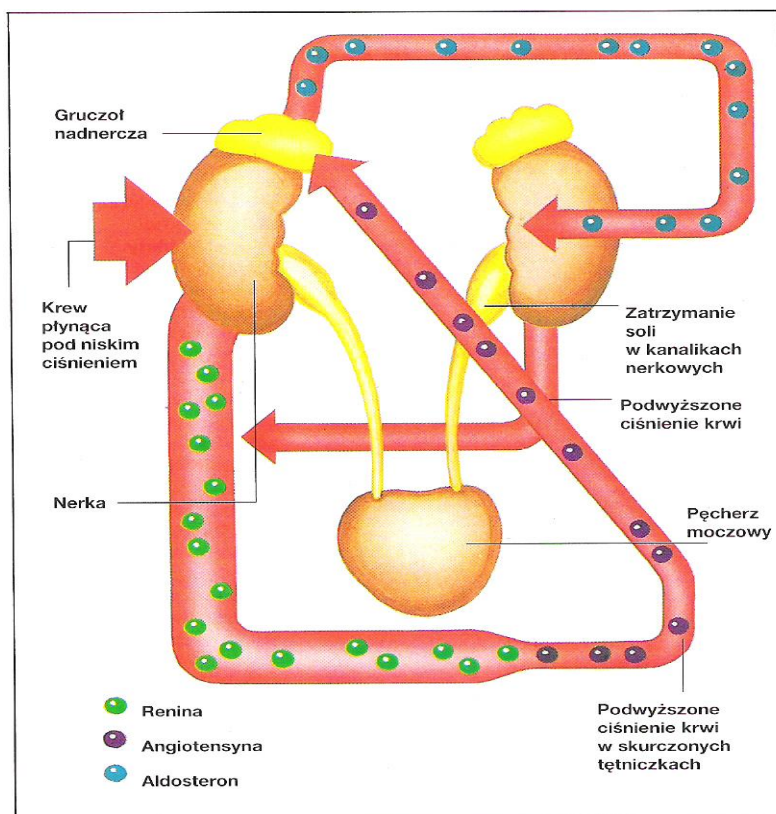
Jeżeli nie ma stwierdzonej bezpośredniej przyczyny nadciśnienia tętniczego mówimy o pierwotnym nadciśnieniu tętniczym, do którego predysponują czynniki środowiskowe i genetyczne. O wiele rzadsze jest nadciśnienie wtórne, tzw. objawowe, u którego podłoże stanowią inne choroby [4]. Nadciśnienie wtórne dotyczy około 5% chorych [17], a pierwotne ponad 80% chorych z nadciśnieniem [18]. Naukowcy zauważyli, że choroba ta częściej spotykana jest u osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Do momentu wystąpienia powikłań nadciśnienie zwykle najczęściej przebiega skrycie. Objawy nie są charakterystyczne, a nadciśnienie wykrywane jest podczas rutynowego badania lekarskiego [17].

Etiologia i patogeneza

Ciśnienie samoistne to wynik nadczynności naturalnych mechanizmów kontrolnych organizmu. Krażenie krwi, a tym samym i jej ciśnienia jest regulowane przez ośrodek naczynioruchowy w dolnej części mózgu. Informacje o ciśnieniu krwi dostarczane są z wrażliwych na ciśnienie nerwów znajdujących się w aorcie i tętnicach szyjnych. Pod ich wpływem ośrodek naczynioruchowy wysyła impuls do tętniczek, powodując ich rozszerzenie bądź skurczenie, w zależności od potrzeby. Jeśli z jakiejś przyczyny tętniczki nie rozszerzą się, ciśnienie krwi ulega podwyższeniu.

System opisany wyżej działa bardzo szybko; wolniejszy jest układ zlokalizowany w okolicy nerek. Jeżeli do nerek dopływa zbyt mała ilość krwi, wydzielają one hormon zwany reniną a on z kolei produkuje substancję o nazwie angiotensyna. Angiotensyna działa dwójako: zęża tętniczki oraz stymuluje gruczoł nadnercza do produkcji hormonu aldosteronu, który powoduje zatrzymanie przez nerki większej ilości soli, przez co również wzrasta ciśnienie krwi [21].



Ryc.2. Regulacja ciśnienia krwi przez nerki [21] s.290.

Nadciśnienie tętnicze dzieli się na pierwotne i wtórne.

U znacznej większości-bo u ponad 90% chorych – stwierdza się nadciśnienie tętnicze o charakterze pierwotnym. Jego patogeneza nie jest w pełni wyjaśniona mimo postępu i rozwoju badań w tej dziedzinie. Oprócz predyspozycji genetycznych duże znaczenie ma wpływ środowiska, nadmierne spożycie soli kuchennej, działanie różnych bodźców stresowych i mała aktywność fizyczna. Zaburzenia mechanizmów nerwowych i hormonalnych, które biorą udział w fizjologicznej regulacji ciśnienia tętniczego mają również zasadnicze znaczenie w powstawaniu nadciśnienia tętniczego.

Nadciśnienie pierwotne częściej ujawnia się u kobiet między 30-50 rokiem życia, ma łagodniejszy przebieg i mniejszy odsetek powikłań narządowych. Obraz kliniczny jest stosunkowo mało typowy, w większości przypadków przez wiele lat przebiega bez objawowo i nie daje uchwytnej dolegliwości. Rozpoznawane jest najczęściej podczas wykonywania przypadkowego pomiaru ciśnienia albo dokonywanego z powodu ujawnienia się innej choroby.

Objawy kliniczne pojawiają się dopiero w zaawansowanym okresie nadciśnienia pierwotnego i towarzyszą mu powikłania narządowe takie jak np.:

- przerost mięśnia lewej komory serca,
- szybszy rozwój zmian miażdżycowych w naczyniach (szyjnych, wieńcowych, nerkowych, kończyn dolnych),
- niewydolność nerek,
- udar mózgu [7].

Nadciśnienie wtórne stwierdza się w pozostałych około 5 % przypadkach w przebiegu innych chorób. Do najczęstszych przyczyn nadciśnienia wtórnego należą:

- przewlekłe choroby nerek,
- zespół obturacyjnego bezdechu sennego,
- przyjmowanie niektórych leków (niesteroidowych leków przeciwzapalnych, steroidów nadnerczy, doustnych środków antykoncepcyjnych),
- nadciśnienie naczyniowo - nerkowe,

- choroby nadnerczy (hiperaldosteronizm pierwotny, zespół Cushinga, guz chromochłonny),
- nadczynność i niedoczynność tarczycy,
- nadczynność gruczołów przytarczycznych,
- koarktacja aorty [9].

Powikłania narządowe nadciśnienia tętniczego.

Mózg

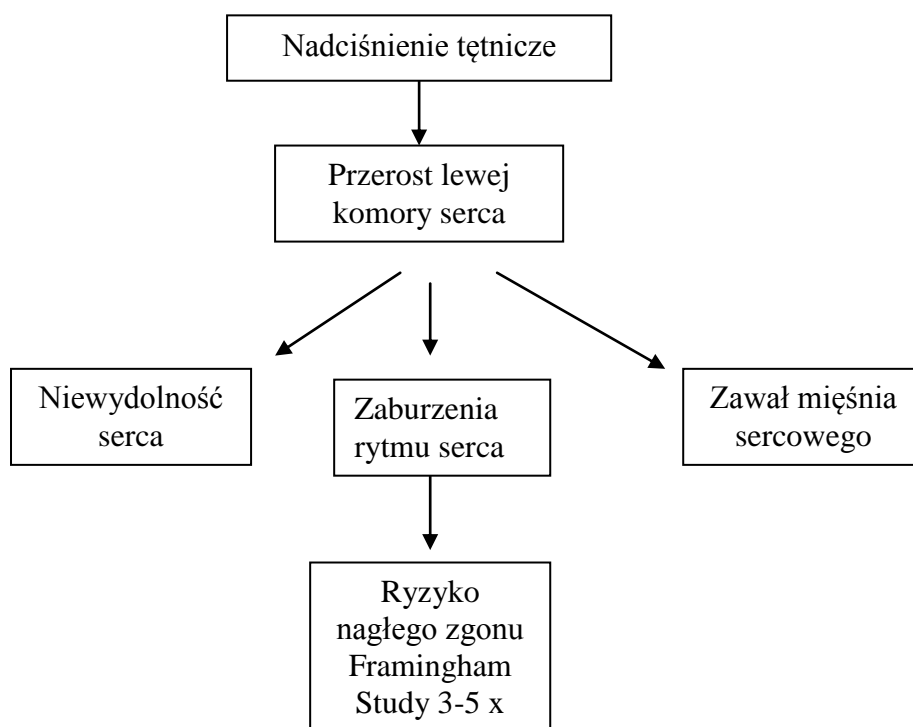
Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka udaru mózgu.

Udar naczyniowy mózgu występuje rocznie u 2 % osób z ciśnieniem rozkurczowym >110 mmHg i u 0,5 % osób ciśnieniem rozkurczowym >100 mmHg. "Rozwój zmian miażdżycowych w dużych tętnicach mózgu i w tętnicach szyjnych jest znacznie przyspieszony w nadciśnieniu tętniczym. Niekorzystnie na mechanizm autoregulacji przepływu mózgowego wpływają wszelkie zmiany w drobnych naczyniach tym przebudowa naczyń. Zmiany te mogą przyczynić się do niewystarczającej kompensacji nagłego spadku ciśnienia BP. Najczęstsze następstwa kliniczne nadciśnienia tętniczego to: udar mózgu, przejściowy napad niedokrwienności, ostra encefalopatia nadciśnieniowa [1].

Serce i naczynia obwodowe

Nadciśnienie tętnicze jest podstawowym czynnikiem sprzyjającym powstawaniu chorób układu sercowo- naczyniowego. Już u około 30 % pacjentów z umiarkowanym i łagodnym nadciśnieniem tętniczym oraz u ponad 90 % chorych z ciężkim nadciśnieniem tętniczym stwierdza się przerost mięśnia sercowego. Obok zmian w sercu, dochodzi do zmian strukturalnych w małych tętnicach oraz w tętniczkach oporowych, co ma znaczny wpływ na kształtowanie się oporu obwodowego. Pogrubienie ściany tętnic, tworzenie się tętniaków, powstawanie blaszek miażdżycowych oraz zakrzepica wewnątrznaczyniowa to efekt nadciśnienia tętniczego. Przebudowa i rozrost tętniczek prowadzi do zmniejszenia światła naczyń, a dalej skutkuje wzrostem oporu obwodowego i podwyższeniem ciśnienia tętniczego. Nadciśnienie tętnicze wpływa na szybszy rozwój zmian miażdżycowych w aortalii oraz przyczynia się do powstawania w niej tętniaków [7].

Miażdżycza naczyń obwodowych uwidacznia się na ogół na podudziach i stopach powodując objawy chromania przestankowego, bólów spoczynkowych i owrzodzeń typu tętniczego i/lub zgorzeli. Często występuje u osób w średnim i starszym wieku współistniejąc z innymi czynnikami ryzyka chorób układu naczyniowego [1].



Ryc. 3. Następstwa przerostu lewej komory serca u chorych z nadciśnieniem tętniczym [7] s. 54.

Nerki

Wynikiem długotrwałego nadciśnienia tętniczego są zmiany czynnościowe i strukturalne nerek, czyli nefropatia nadciśnieniowa. Zmiany te polegają na stwardnieniu kłębuszków nerkowych, szkliwieniu tętniczek doprowadzających, zaniku komórek nabłonkowych cewek nerkowych. Może dojść również do znacznego rozrostu komórek mięśni gładkich w błonie wewnętrznej tętnic międzypłacikowych oraz martwicy tętnic i tętniczek [3].

Narząd wzroku

Nadciśnienie tętnicze może przyczyniać się do lokalnego zwężenia i zamknięcia światła naczyń siatkówki, czego konsekwencją jest upośledzenie widzenia. Obecność nadciśnienia tętniczego ściśle powiązane jest z zamknięciem tętnicy i żyły siatkówki, neuropatią niedokrwienną nerwu wzrokowego, tętniakiem tętnicy siatkówki. Ten ostatni dotyczy zwłaszcza starszych kobiet a charakteryzuje się rozszerzeniem tętniczek siatkówki oraz przesiąkaniem płynu, wysiękiem lub krwotokiem do siatkówki lub w okolice plamki żółtej [1].

Zaburzenia metaboliczne

Nadciśnienie tętnicze ma istotny wpływ na zaburzenia metaboliczne. Nadciśnienie pierwotne upośledza tolerancję glukozy i zwiększa stężenie insuliny we krwi, a to z kolei prowadzi do rozwoju oporności na insulinę. Nadciśnienie pierwotne częściej współistnieje z otyłością, cukrzycą typu 2 oraz z zaburzeniami lipidowymi, które predysponują do rozwoju miażdżycy. Współistnienie nadciśnienia tętniczego z zaburzeniami przemiany węglowodanowej, lipidowej oraz z insulinopornością nazywane jest mianem zespołu X, który przyczynia się do rozwoju powikłań w układzie sercowo-naczyniowym [11].

Jednostka płodowo-łożyskowa

Nadciśnienie tętnicze, bez względu na etiologię, zawsze stanowi ogromne niebezpieczeństwo zarówno dla matki, jak i płodu. Występuje ono u 10-15% ciężarnych i wiąże się z ciążą lub istnieje niezależnie. Uważa się, że za pierwotnym lub wtórnym nadciśnieniem tętniczym przemawia stwierdzenie go przed ciążą, albo ujawnienie się go przed 20. tygodniem jej trwania. Jeżeli natomiast podwyższone ciśnienie tętnicze objawi się po 20-24 tygodniu ciąży świadczy o bezpośrednim związku nadciśnienia z ciążą. Wyższą umieralność okołoporodową noworodków, przedwczesne odklejenie łożyska, opóźniony rozwój wewnątrzmaciczny płodu obserwuje się częściej u kobiet z przewlekłym nadciśnieniem [7].

Nadciśnienie tętnicze rzadko daje się wyleczyć, ale prawie zawsze udaje się je leczyć skutecznie. Modyfikacja stylu życia i farmakologia to najbardziej efektywne sposoby obniżenia ciśnienia oraz zminimalizowania ryzyka sercowo-naczyniowego.

BIBLIOGRAFIA dostępna u autorki.

mgr Urszula Łuczak

Satysfakcja pacjentów z jakości udzielanych świadczeń w ujęciu teoretycznym

W ostatnich dziesięcioleciach całkowitej przemianie uległo oblicze ekonomiczne, społeczne i kulturalne Polski. Gospodarka wolnorynkowa stała się kanwą budowania kraju wolnego, z przyszłością i ambicjami. Postępujące przeobrażenia spowodowały zmiany w nastawieniu usługodawców wobec klientów. Zadowolony klient to podstawa istnienia wszystkich przedsięwzięć. Ekspansja konkurencji spowodowała, że klient stał się coraz bardziej wymagający, świadomy swoich praw i oczekujący produktu lub usługi wysokiej jakości. Spełnienie oczekiwań i wymagań klienta jest warunkiem uzyskania jego zadowolenia. Wprowadzenie i stosowanie systemów zarządzania, które są oparte na czytelnych normach w znacznym stopniu przyczynia się do skutecznego pozyskiwania klientów i efektywnego funkcjonowania.

Jakość usług medycznych określa się jako zaspokojenie, przekroczenie oczekiwań pacjenta, spełnienie standardów i zrealizowanie założonych celów. W sektorze usług medycznych również nastąpiła zmiana oczekiwań pacjentów. Stali się oni świadomymi klientami oczekującymi najlepszej obsługi i opieki. Poziom satysfakcji z otrzymanej usługi zależy od stopnia, w jakim jego oczekiwania zostały zaspokojone. W zakresie opieki zdrowotnej wchodzi przede wszystkim usługi medyczne, czyli opieka lekarska i pielęgnarska, a także usługi pomocnicze, np. o charakterze informacyjnym. Jakość udzielania tych usług ma wpływ na ocenę wiarygodności i rzetelności świadczeniodawcy. Oceny jakości usług medycznych można dokonać za pomocą wielu kryteriów, min.: stopnia zadowolenia pacjenta z uzyskanej usługi, satysfakcji pacjenta z poziomu świadczonej usługi, rodzaju opieki na wszystkich etapach leczenia. Najbardziej istotne znaczenie ma uzyskanie równowagi pomiędzy korzyściami, a poniesionymi przez pacjenta stratami w trakcie procesu leczenia.

Poprawie jakości opieki zdrowotnej służą badania satysfakcji pacjentów, które przeprowadza się w celu rozpoznania stanu opieki zdrowotnej. Satysfakcja pacjenta z jakości otrzymanej usługi jest oceną subiektywną i jest głównym elementem, który o niej decyduje. Zakłady opieki medycznej, które wdrażają procesy doskonalenia jakości, posiadają certyfikaty jakości zgodne z normą ISO 9001:2000, mają obowiązek badania satysfakcji pacjentów. Systematyczne dążenie do poprawy satysfakcji klienta jest przyczyną zorientowania na jego potrzeby i wzrostu rywalizacji na rynku usług medycznych.

Zjawisko wzrostu konkurencji spowodowane zmianami organizacyjnymi w służbie zdrowia przyczyniło się do większej rywalizacji o pacjentów, ponieważ przekłada się to na wymierne korzyści. Świadczenie usług na wysokim poziomie pozwala na utrzymanie i pozyskanie pacjentów zadowolonych z oferowanej opieki. Miernikiem, który w najbardziej obiektywny sposób odzwierciedla zadowolenie pacjenta jest pomiar poziomu satysfakcji ze świadczonych usług medycznych.

Pojęcie „satysfakcja” wywodzi się z języka łacińskiego, od słów: satis czyli dostatecznie i facere czyli robić. W wolnym tłumaczeniu termin ten oznacza spełnienie oczekiwań. Inne pokrewne określenia dla satysfakcji to: przyjemność, szczęście, zachwyty, zadowolenie. Jest to odczucie osobiste i subiektywne, zależne od indywidualnych cech i zapatrywań człowieka, może być miarą jego zadowolenia, zaspokojenia potrzeb, zrealizowania oczekiwań [1]. Oceny satysfakcji klienta można dokonać post factum, wtedy gdy klient wypracował sobie własną opinię na temat zrealizowanej usługi i porównał jej poziom z własnymi oczekiwaniami lub standardami. Niezadowolenie klienta narasta, jeżeli poziom wykonanej usługi jest niższy od poziomu deklarowanego. Natomiast, gdy poziom usług nie jest rozbieżny z deklarowanym lub go przewyższa klient odczuwa satysfakcję, a firma prawdopodobnie pozyskuje nowego zadowolonego klienta[2]. Według definicji normy ISO 9000:2000 satysfakcja klienta jest zadowoleniem i dotyczy stopnia, w jakim jego oczekiwania były zrealizowane.

Dla uzasadnienia procesu powstawania poczucia zadowolenia klienta stworzono kilka modeli powstawania satysfakcji klienta. Należą do nich:

- Model emocjonalny – pozytywną reakcją, spowodowaną oceną usługi, ale nie całości, tylko jej częścią. Zadowolenie miesza się z rozczarowaniem. W konsekwencji może

skutkować rezygnacją z usługodawcy lub przekazywaniem negatywnych ocen wśród znajomych.

- Model akceptacyjny (konfirmacyjny) – poziom zadowolenia klienta zależy od zgodności lub niezgodności oczekiwań z otrzymaną usługą, czy zakupem. Bezpodstawne rozbudzanie oczekiwań u klienta spowoduje niezadowolenie. Stosunek uzyskanych zysków decyduje o uzyskaniu satysfakcji.
- Model zmniejszenia wiarygodności (dyskonfirmacyjny) - oczekiwania klienta potwierdziły się, więc nie odczuwa satysfakcji, gdyż przypuszczał, że taki produkt, usługę otrzyma. Będzie usatysfakcjonowany wówczas, gdy jakość w znacznym stopniu przewyższy jego oczekiwania.
- Model jakości usług – jest punktem wyjściowym do analizy satysfakcji z perspektywy klienta. Pomiędzy klientami, a producentami występują rozbieżności, tzw. luki, które są wynikiem różnicy między oczekiwaniami, a ich spełnieniem[3].
- Model Kano – uwzględnia zadowolenie klienta z perspektywy świadczonej usługi. Dr N. Kano wymienia trzy typy satysfakcji:
 - a) konieczna, czyli zaspokojenie podstawowych potrzeb klienta,
 - b) jednowymiarowa, zaspokojenie oczekiwań klienta,
 - c) ponad oczekiwaną, zaspokojenie potrzeb, których klient nie oczekiwał, ale ich spełnienie spowoduje znaczny wzrost zadowolenia.
- Model PROSAT – satysfakcja klienta rozpatrywana jest wielopłaszczyznowo. Na znaczenie jakości wpływ mają min. takie aspekty, jak: jakość techniczna, opinia o produkcie, wysokość ceny, stosunki interpersonalne oraz serwisowanie. W tej koncepcji znaczenie mają obopólne relacje między klientem, a usługodawcą.
- Model kompleksowej (globalnej) satysfakcji pacjenta – ukształtowany jest ze wszystkich powyższych modeli, ponieważ przedstawiają one różne zakresy, w których jest kształtowana satysfakcja klienta. Dopiero wyniki uzyskane z całościowo pojmowanej relacji klient – usługodawca pozwalają na uzyskanie informacji o spełnieniu oczekiwań klienta i organizacji[4].

Czynniki determinujące poziom satysfakcji pacjenta

Usługi zdrowotne mają charakter niematerialny, dlatego też poziom wykonywanych usług, profesjonalizm i zaangażowanie personelu wpływa na poziom satysfakcji pacjentów. Pacjent weryfikuje nie tylko jakość usługi, ale również atmosferę, otoczenie, czystość, uprzejmość pracowników, czas oczekiwania na wizytę [5].

Do porównania i oceny satysfakcji z otrzymanej usługi pod względem oczekiwań mogą służyć pacjentowi:

- indywidualne doświadczenia,
- doświadczenia osób znajomych i ich rekomendacje,
- osobiste doświadczenia spowodowane negatywnymi przeżyciami[6].

Do najważniejszych czynników determinujących satysfakcję klienta zaliczyć można:

- poziom świadczonej opieki,
- prawo do równego dostępu do świadczeń,
- brak dyskryminacji z powodu rasy, kultury, przekonań religijnych czy filozoficznych,
- dostępność udzielanych świadczeń, korzystna lokalizacja, dogodne godziny otwarcia,
- czytelne oznakowanie, zrozumiałe informacje,
- czas oczekiwania na wizytę, usługę,
- życzliwość, kwalifikacje i kompetencje personelu,
- zaufanie, poczucie bezpieczeństwa,

- dostępność do porad specjalistycznych, zabiegów rehabilitacyjnych, badań diagnostycznych,
- poszanowanie godności osobistej,
- zapewnienie prywatności, intymności,
- warunki oczekiwania na wizytę,
- wyposażenie placówki, rodzaj i jakość używanego sprzętu,
- znajomość oczekiwań i potrzeb klienta, rynku usług,
- możliwość korzystania z dodatkowych usług, których nie posiadają w ofercie firmy konkurencyjne[7].

Subiektywna ocena jakości przez pacjenta jako wykładnik satysfakcji

Istotnym elementem, który kształtuje satysfakcję klienta z jakości udzielanych świadczeń jest jego zadowolenie. Odczuwanie satysfakcji w zasadniczy sposób wpływa na postrzeganie firmy na konkurencyjnym rynku usług medycznych. Takie elementy, jak: przestrzeganie przepisów i procedur, skuteczne wykonanie usługi, poprawne stosunki interpersonalne, wcześniejsze pozytywne doświadczenia, spełnione oczekiwania i potrzeby decydują o dobrej ocenie placówki. Na decyzję klienta coraz częściej ma wpływ dostępność i wygoda uzyskania usługi, a nie poniesione koszty. Sposób, w jaki usługa jest dostarczana klientowi określana jest jako jakość funkcjonalna, natomiast samą usługę określa się jako jakość techniczną[8].

Dostarczenie usług zgodnych z oczekiwaniami klienta i jednocześnie zrealizowanie oczekiwań funkcjonalnych staje się normą w kontaktach między klientem, a usługodawcą. Wzrost konkurencyjności na rynku przyczynił się do tego, że pozyskanie nowych klientów jest coraz trudniejsze. Zadowolenie klienta z jakości usługi jest często powodem lojalności wobec usługodawcy. Zatrzymanie lojalnego klienta wymaga od firmy wielopłaszczyznowego działania, a także wychodzenia naprzeciw jego oczekiwaniom. Zadowolony klient staje się lojalny wobec usługodawcy, identyfikuje się z nim i przekazuje swoje pozytywne odczucia innym[9]. Im wyższy jest stopień zadowolenia klienta, tym większa jest szansa na zatrzymanie go w firmie. Do charakterystycznych właściwości, które cechują lojalnego klienta należą:

- ✓ pewność, że jego oczekiwania zostaną spełnione na wysokim poziomie,
- ✓ świadomość, że cena musi pokrywać się z jakością i jest adekwatna do otrzymanej usługi,
- ✓ poczucie przynależności i ważności,
- ✓ umiejętność bagatelizowania drobnych problemów, jeżeli usługodawca przyzna się do popełnionego błędu,
- ✓ stosowanie się do porad, sugestii[10].

W celu identyfikacji upodobań klientów i uzyskania informacji o ich oczekiwaniach należy pozyskać szczegółowe informacje od nich samych. Pomiar satysfakcji klienta jest metodą, która pozwala na wykrycie słabych punktów funkcjonowania organizacji i ich naprawę. Badanie satysfakcji klienta przy pomocy ankiety pozwala na poznanie jego oczekiwań, rozpoznanie jakości udzielonych świadczeń oraz ich doskonalenie. Podstawą do poprawy jakości udzielanych świadczeń powinno być dokładne i systematyczne badanie poziomu satysfakcji klienta.

„Z każdą szlachetną radością łączy się uczucie wdzięczności” – *Marie von Ebner-Eschenbach*

„Pośród codziennego życia moje serce skacze z radości, w jasnym przeczucie wielkiego węzła, który łączy wszystko : wdzięczności” – *bp Helder Camara*

„Wszystko zobowiązuje nas do wdzięczności” – *Paweł VI*

„Prawdziwej wdzięczności nie można niestety wyrazić słowami” – *Johann Wolfgang Goethe*

Do Komisji Socjalnej przy OIPiP Ziemi Sieradzkiej

Bardzo dziękuję za okazaną mi pomoc finansową, która to bardzo była mi potrzebna w trudnych chwilach mojego życia.

wdzięczna
emerytowana pielęgniarka
Danuta Mistrzak

PODZIĘKOWANIA

Na ręce Pani Oddziałowej składam podziękowania dla wszystkich Pielęgniarek z Oddziału Neurologii Szpitala im. Kardynała Wyszyńskiego w Sieradzu za troskliwą opiekę nad moim ojcem z szacunkiem dla Ich ciężkiej pracy.

Robert Kraszewski



Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej

Koordinator regionalny województwa łódzkiego
Renata Cholerzyńska e-mail: cukmed25@wp.pl



II Konferencja Diabetologiczna w Łasku
08 października 2016r.

Miejsce: Łaski Dom Kultury ul. Narutowicza 11
w ramach

III Ogólnopolskiego Projektu Edukacji Społecznej SED 2016
w ramach kampanii „Wyprzedzamy Cukrzyce”
pod honorowym patronatem prof. dr hab. med. Krzysztofa Strojka-
Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Diabetologii

Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej w Łasku, przy współpracy ze Stowarzyszeniem Edukacji Diabetologicznej, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej oraz Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków oddział Miejsko-Powiatowy w Łasku organizuje 8 października 2016r. **II Konferencję Diabetologiczną w Łasku.**

Konferencja jest odpowiedzią na potrzeby środowiska pacjenckiego oraz personelu medycznego i skierowana będzie do wszystkich osób zaangażowanych w kompleksową opiekę nad pacjentem z cukrzycą, a w szczególności do lekarzy, pielęgniarek i położnych, którzy znają bolączki osób chorych na cukrzycę i ich rodzin. **Przewidujemy udział około 120 osób.**

Jesteśmy przekonani, że efektywna profilaktyka i edukacja we współpracy z całym zespołem terapeutycznym, władzami samorządowymi, mediami, stowarzyszeniami ma kluczowe znaczenie dla budowania zdrowego społeczeństwa.

W imieniu organizatorów


Renata Cholerzyńska
tel. 607286037



Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej

Koordynator regionalny województwa łódzkiego
Renata Cholerzyńska e-mail: cukmed25@wp.pl



PROGRAM

II KONFERENCJI DIABETOLOGICZNEJ

w ramach kampanii „Wyprzedzamy cukrzycę”

III Ogólnopolskiego Projektu Edukacji Społecznej SED 2016

pod honorowym patronatem prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Strojka
Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Diabetologii

Patronat honorowy	prof.dr hab.n. med. Jerzy Loba Konsultant w Dziedzinie Diabetologii dla Województwa Łódzkiego Burmistrz Gminy Łask Gabriel Szkudlarek
<u>Komitet organizacyjny:</u>	
lic. piel. Renata Cholerzyńska	Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej CukMed
mgr Beata Stepanow	Prezes Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej
poł. dypl. Renata Urbanek	Przewodnicząca sekcji położniczo-ginekologicznej Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej
piel. specjalista Róża Szmyt	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M Kopernika w Łodzi
mgr Anna Augustyniak	Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
mgr Agnieszka Łukaszewska	Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oddział Miejsko - Powiatowy w Łasku
piel. dypl. Beata Chudobińska	członek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
8 ³⁰ - 9 ³⁰	Rejestracja uczestników
9 ³⁰ - 10 ⁰⁰	Otwarcie konferencji
10 ⁰⁰ - 10 ³⁰	Jak wyprzedzić cukrzycę?-prof.dr hab.med Jerzy Loba konsultant w Dziedzinie Diabetologii dla Województwa Łódzkiego
10 ³⁰ - 10 ⁵⁰	Ewolucja czy rewolucja? Skuteczna zmiana w pracy z pacjentem- mgr. Paweł Musiałowski i-trener –Fundacja Aksjomat
10 ⁵⁰ - 11 ¹⁰	Terapie cukrzycy – diabetolog -Małgorzata Loba Zakład Propedeutyki Chorób Cywilizacyjnych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
11 ¹⁰ - 11 ³⁰	Co nowego w edukacji - mgr Beata Stepanow Prezes SED
11 ³⁰ - 12 ⁰⁰	Przerwa kawowa
12 ⁰⁰ - 12 ²⁰	Zakazy i zalecenia w żywieniu diabetyka –mgr Ewa Godlewska Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej DiaMedic
12 ²⁰ - 12 ⁴⁰	Dziecko z cukrzycą typu 1-a nowe technologie -lic. piel. Renata Cholerzyńska
12 ⁴⁰ - 13 ¹⁵	Czas dla firm współpracujących
13 ¹⁵ - 13 ³⁰	Kobieta z cukrzyca a ciąża- poł. dypl. Renata Urbanek- edukator w cukrzycy
13 ⁴⁰ - 14 ⁰⁰	Stres -aktywność fizyczna a cukrzyca – specj .w dziedzinie piel diab. Róża Szmyt
14 ⁰⁰ - 14 ¹⁵	Aktywność fizyczna w praktyce- mgr Natalia Kaciupska z Filij Łaskiego Domu Kultury w Łasku Kolumnie
14 ¹⁵ - 14 ³⁰	Zakończenie konferencji i wręczenie certyfikatów

Prosimy o rezerwację miejsc w OIPIP Ziemi Sieradzkiej
pod nr tel 43 8275855 lub drogą mailową:oiipsieradz @poczta.onet.pl

www.sed-edu.pl

SED Success Every Day

CUK-MED NIP 8311020902

*Kochany człowiek nigdy nie umiera
żyje wciąż w naszych myślach,
słowach i wspomnieniach.*

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
dla naszej Koleżanki

Anny Szablewskiej

z powodu śmierci

M Ę Ż A

Składają koleżanki i koledzy
Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu przy ul. Nenckiego 2
