

# Spis Treści

## 1. KOMUNIKATY :

Sprawozdanie z obrad XXIX Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej .....	2 – 11
Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na Apele podjęte podczas obrad XXIX Zjazdu Delegatów OIPIPZS.....	12 – 31
Program samorządu pielęgniarek i położnych na okres VII kadencji .....	32
Informacja o zakładaniu praktyki zawodowej .....	33 – 35
Pismo do central związkowych w sprawie porozumienia „4 x 400” .....	36
Stanowisko Prezydium NRPIP w sprawie strajku pielęgniarek .....	37
Powiatowe Konkursy Pierwszej Pomocy Przedmedycznej Szkół Podstawowych i Gimnazjalnych .....	38 – 39

## 2. ARTYKUŁY :

Choroba Alzheimera .....	40 - 44
Wygraj z rakiem piersi .....	45 - 50
Problemy zdrowotne pacjentów ze stomią jelitową .....	50 - 56

## 3. LIST POCHWALNY .....

57

## 4. ZAPRASZENIE NA BEZPŁATNE KURSY PODYPLOMOWE ORGANIZOWANE W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM .....

58

## 5. Z ŻAŁOBNEJ KARTY.....

59

**Sekretarz Rady OIIPZS – Anna Kulesza informuje :**

**Sprawozdanie z obrad XXIX Zjazdu Delegatów  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej**

W dniu 18 marca 2016 roku w Sali Starostwa Powiatowego w Sieradzu odbył się XXIX Zjazd Sprawozdawczy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.

Wśród zaproszonych gości swoją obecnością zaszczylicili Nas :

- Pani Mariola Łodzińska – Wice-Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Pani Beata Zwolińska – Wice-Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi
- Pan Mariusz Bądzior - Starosta Powiatu Sieradzkiego
- Pan Mirosław Urbaś – Przedstawiciel Starostwa Powiatowego w Wieruszowie
- Pani Aldona Kuźnicka – Przedstawiciel Starostwa Powiatowego w Zduńskiej Woli
- Pan Rafał Matusiak – Z-ca Prezydenta Miasta Sieradza
- Pani Halina Pecyna – Kierownik ds. Pielęgniarstwa Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu
- Pani Agnieszka Krzywańska – Z-ca Kierownika ds. Pielęgniarstwa Centrum Psychiatrycznego w Warcie
- Pani Beata Małgorzata Wróbel – Naczelnia Pielęgniarka NZOZ Powiatowego Centrum Medycznego w Wieruszowie
- Pani Krystyna Wilczyńska – Naczelnia Pielęgniarka Zduńskowolskiego Szpitala Powiatowego
- Pani Bożena Sulima – Pielęgniarka Oddziałowa Ośrodka Rehabilitacyjno – Leczniczego w Rafałowie
- Pani Urszula Płoska – Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu
- Pani Halina Pawlak – Wice-Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Sieradzu
- Pan Marcin Caban – Dyrektor Biura Posła na Sejm RP Pana Łukasza Rzepeckiego
- Pan Zbigniew Miśkiewicz - Asystent Biura Posła na Sejm RP Pana Łukasza Rzepeckiego
- Pan Arkadiusz Górąj - Asystent Biura Posła na Sejm RP Pana Cezarego Tomczyka
- Pani Dorota Więckowska - Dyrektor Biura Posła na Sejm RP Pana Piotra Polaka.

W czasie trwania obrad Delegaci na Zjazd podjęli następujące uchwały w sprawie :

- Regulaminów Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej oraz z wykonania budżetu za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej od 24 października do 31 grudnia 2015 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej od 24 października do 31 grudnia 2015 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej od 24 października do 31 grudnia 2015 roku
- zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2015
- zasad gospodarki finansowej i budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej na rok 2016 oraz prowidorium budżetowego na pierwszy kwartał 2017 r.

Ponadto Delegaci XXIX Zjazdu Sprawozdawczego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej przyjęli apele, które zamieszczamy poniżej.

**APEL NR 1**  
**XXIX ZJAZDU DELEGATÓW**  
**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej**  
**z dnia 18 marca 2016 roku**

**w sprawie:** poparcia Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 marca 2016r. **w sprawie odrzucenia propozycji założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przygotowywanych w ramach prac Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.**

**skierowany do:**

Ministra Zdrowia,  
Klubów Parlamentarnych.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS w pełni popierają Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych **z dnia 8 marca 2016 r. w sprawie odrzucenia propozycji założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przygotowywanych w ramach prac Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej o treści:**

„Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż w toku prac *Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej* zostały przyjęte propozycje, wobec których Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw, uważając, iż naruszają one zasadę wolności gospodarczej, wyrażoną w Konstytucji RP jako jedną z elementów społecznej gospodarki rynkowej. W szczególności dotyczy to propozycji tworzenia „zespołów lekarsko-pielęgniarskich” z rolą lekarza jako koordynatora podstawowej opieki zdrowotnej oraz tworzenia wspólnych list pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę i położną.

W świetle proponowanych zmian należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, które stanowią zagrożenie dla samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz przyniosą negatywne skutki dla pacjentów.

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) określa działania, które należy uznawać za wykonywanie zawodu pielęgniarki albo zawodu położnej. Przede wszystkim jest to udzielanie świadczeń zdrowotnych wyrażone w art. 4 i 5 cyt. ustawy. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) określa świadczenia, które mogą być wykonywane przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Ponadto, pielęgniarki i położne w określonym zakresie mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, a także ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, w myśl art. 15a ust. 1 cytowanej ustawy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się propozycjom zapisu do projektu ustawy o POZ które doprowadzą do likwidacji samodzielnie funkcjonujących podmiotów pielęgniarskich i położniczych.

Należy podnieść, iż kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Propozycja łącznego kontraktowania świadczeń w zakresie kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej przez jednego świadczeniodawcę – lekarza i tworzenie jednej wspólnej deklaracji wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z art. 28, w związku z art. 56 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), w myśl którego, świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, potwierdzając powyższe oświadczeniem woli, zwanym deklaracją wyboru. Oddzielne deklaracje pozwalają wszystkim świadczeniodawcom na rynku świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej działać na równych zasadach i nie stanowią żadnego obciążenia dla pacjenta. Wręcz przeciwnie, sprawiają, iż pacjent w sposób świadomy może wybrać lekarza, pielęgniarkę, położną. Potwierdzają to przepisy wprowadzające w 2014 roku odrębne druki deklaracji wyboru.

Nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, ani celowościowego dążenie do tworzenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej tzw. zespołów lekarsko-pielęgniarskich przy jednoczesnym ograniczaniu samodzielności praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych. Od 18 lat, funkcjonują indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych oraz podmioty lecznicze założone przez pielęgniarki i położne, które zawierają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się dążeniom do likwidacji dobrych, sprawdzonych rozwiązań funkcjonujących na rynku usług medycznych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy utrzymać możliwość oddzielnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach poszczególnych zakresów: pielęgniarki poz, położnej poz, lekarza poz oraz świadczeń w środowisku nauczania i wychowania. Należy zachować swobodę działalności gospodarczej i umożliwić świadczeniodawcom udzielanie świadczeń zdrowotnych w formach przewidzianych przez obowiązującą obecnie ustawę o działalności leczniczej.

Samodzielne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych zapewnia pacjentom wysoką jakość świadczonych usług, holistyczną, kompleksową i profesjonalną opiekę nad rodziną, jej członkami i społecznością lokalną, a przede wszystkim dostępność do świadczeń zdrowotnych. Liczba udzielanych świadczeń w domu pacjenta jest znacznie większa niż w przypadku praktyk prowadzonych przez innych profesjonalistów.

Praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych są optymalną i oczekiwaną formą udzielania świadczeń zdrowotnych, realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta, co jest szczególnie ważne w kontekście zmian demograficznych, starzejącego się społeczeństwa i wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Wnosimy o zastosowanie rozwiązań gwarantujących utrzymanie samodzielnego funkcjonowania podmiotów gospodarczych prowadzonych przez pielęgniarki i położne w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, położnictwa rodzinnego i pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, z jednoczesnym zachowaniem finansowania przez płatnika świadczeń zdrowotnych”.

Sekretarz Zjazdu  
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu  
Hanna Malik

**APEL NR 2**  
**XXIX ZJAZDU DELEGATÓW**  
**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej**  
**z dnia 18 marca 2016 roku**

**w sprawie:** poparcia Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego

**skierowany do:**

Ministra Zdrowia,  
Klubów Parlamentarnych.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS w pełni popierają Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego

**o treści:**

„Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zgadza się z treścią zawartą w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie *medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego.*

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż niedopuszczalne jest umożliwienie ratownikom medycznym wykonywania zawodu w innych podmiotach leczniczych niż te, które posiadają zespół ratownictwa medycznego bądź szpitalny oddział ratunkowy, z uzasadnieniem że może stanowić uzupełnienie braku wystarczającej liczby pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia (*vide* uzasadnienie do projektu, str. 1, i Ocena Skutków Regulacji, pkt. 1). Brak wystarczającej liczby pielęgniarek bezsprzecznie powinien być uzupełniany nowymi kadrami pielęgniarskimi, nie zaś poprzez powierzanie zadań pielęgniarek przedstawicielom innym zawodów medycznych.

Ponadto świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie w podmiotach leczniczych (zał. nr 4 do rozporządzenia), odnoszą się do działań ratunkowych, co znajduje odzwierciedlenie w założeniach kształcenia grupy zawodowej ratowników medycznych. W związku z powyższym, ze względu na specyfikę i zaproponowany zakres czynności ratownika medycznego, nie jest zasadne zatrudnianie go na innych niż szpitalne oddziały ratunkowe z uwagi na to, że niewielka jest możliwość zastosowania jego kompetencji zawodowych na innych oddziałach. Z ustawy o działalności leczniczej, która definiuje świadczenie szpitalne jako *działania polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji* oraz z definicji świadczeń innych niż szpitalne, tj. *świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień*, nie wynika iż zakres obowiązków i uprawnień ratownika medycznego będzie miało zastosowanie w realizacji świadczeń w podmiotach leczniczych. Kwalifikacje ratownika medycznego nie odpowiadają zakresowi udzielanych świadczeń w oddziałach szpitalnych zagwarantowanych pacjentowi w ramach przedmiotowych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zatrudnianie ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych będzie łączyło się z odpowiedzialnością kierownika podmiotu leczniczego za powierzanie realizacji świadczeń zdrowotnych osobom o nieodpowiednich kwalifikacjach.

Przyjęta w 2006 roku ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym określiła rolę i zadania ratowników medycznych oraz w rozporządzeniu wymieniła katalog czynności, które mogą wykonywać ratownicy medyczni odpowiadający uzyskanym kwalifikacjom oraz potrzebom systemu ratownictwa medycznego. Od tego czasu system kształcenia i uzyskiwane przez ratowników medycznych kwalifikacje nie zmieniły się, stąd też rozszerzanie kompetencji jest nieuzasadnione.

Należy podkreślić, że przyznanie ratownikom medycznym kompetencji określonych w projekcie rozporządzenia w załącznikach 3 i 5 spowoduje sytuację będącą ewenementem na skalę światową, gdzie ratownik medyczny będzie mógł wykonywać czynności przypisane do systemu ratownictwa medycznego poza tym systemem.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że Minister Zdrowia powinien wydać rozporządzenie określające wykaz medycznych czynności ratunkowych odpowiadający zakresem medycznym czynnościom ratunkowym przewidzianym w dotychczasowych przepisach”.

Sekretarz Zjazdu  
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu  
Hanna Malik

**APEL NR 3**  
**XXIX ZJAZDU DELEGATÓW**  
**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej**  
**z dnia 18 marca 2016 roku**

**w sprawie:** poparcia Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016r. w sprawie zabezpieczania środków finansowych dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień.

**skierowany do:**

Ministra Zdrowia,  
Klubów Parlamentarnych.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS w pełni popierają Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. w sprawie zabezpieczania środków finansowych dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień **o treści:**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o spowodowanie należnych wypłat z tytułu wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień.

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 roku w Warszawie pomiędzy OPZZPiP, NRPiP a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia wskazuje między innymi, iż Pielęgniarki

wykonywujące zawód u świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna są upoważnione do otrzymania podwyżki.

W świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jasno została określona definicja pielęgniarki POZ, ustawa i zawarte Porozumienia nie wskazują, że ma być to pielęgniarka posiadająca aktywną listę świadczeniobiorców tylko pielęgniarka POZ. Naszą intencją podczas rozmów było objęcie podwyżką wszystkich pielęgniarek i położnych, aby zapewnić im średnio wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400,00 zł. Każdy świadczeniodawca, który wykazał uprawnione pielęgniarki i położne miały otrzymać po 400,00 zł na etat pielęgniarki albo położnej albo równoważnik etatu.

W świetle zebranych informacji z okręgowych izb pielęgniarek i położnych, NR PiP stwierdza iż ponad 3 tysiące pielęgniarek w skali kraju wykonujących świadczenia zdrowotne w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień nie zostało objętych podwyżkami z uwagi na mylną interpretację zapisów rozporządzenia MZ z dnia 14 października 2015 roku zmieniające rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej która spowodowała jedynie podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania i higienistki szklonej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o pilne działania Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ w celu ujednoczenia postępowań i naprawienia powyższych błędnych interpretacji przez niektórych świadczeniodawców zatrudniających pielęgniarki w gabinetach i punktach szczepień”.

Sekretarz Zjazdu  
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu  
Hanna Malik

**APEL NR 4**  
**XXIX ZJAZDU DELEGATÓW**  
**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej**  
**z dnia 18 marca 2016 roku**

**w sprawie:** podjęcia działań zmierzających do wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych, które nie podlegają Ministrowi Zdrowia.

**skierowany do:**

Prezesa Rady Ministrów

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o podjęcie działań mających na celu objęcie podwyżkami wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na podstawie art. 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej niezależnie od prawnej formy jego wykonywania.

**Uzasadnienie:**

Na podstawie Porozumienia zawartego w dniu 23 września 2015 r. w Warszawie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia, podwyżkami zostały objęte tylko pielęgniarki i położne, które wykonują zawód na rzecz świadczeniodawców mających zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia i kontraktujących świadczenia samodzielnie. Podwyżkami nie zostały objęte pielęgniarki

i położne zatrudnione w jednostkach organizacyjnych, które podlegają innym resortom niż Ministerstwo Zdrowia. Dotyczy to m.in. pielęgniarek zatrudnionych w DPS, w ośrodkach opiekuńczo - wychowawczych.

Wzrost wynagrodzeń powinien obejmować wszystkie pielęgniarki i położne wykonujące zawód bez względu na miejsce i formę prawną jego wykonywania.

Sekretarz Zjazdu  
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu  
Hanna Malik

**APEL NR 5**  
**XXIX ZJAZDU DELEGATÓW**  
**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej**  
**z dnia 18 marca 2016 roku**

**w sprawie:** urlopu zdrowotnego dla pielęgniarek i położnych

**skierowany do:**

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Ministra Zdrowia  
Klubów Parlamentarnych

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o podjęcie działań mających na celu wprowadzenie płatnego urlopu zdrowotnego dla pielęgniarek i położnych, które przepracowały w zawodzie minimum 20 lat.

**Uzasadnienie**

Praca pielęgniarki i położnej jest bardzo obciążająca psychicznie i fizycznie. Wymaga od osób wykonujących ten zawód silnej osobowości, zaangażowania i ogromnej odpowiedzialności a jednocześnie delikatności, empatii i wyrozumiałości.

Takie wymagania doprowadzają z czasem do zespołu wypalenia zawodowego i wpływają wyczerpująco na układ immunologiczny.

Przeciążenia fizyczne wynikające z ciągłego podnoszenia i dźwigania pacjentów przy niedoborach odpowiedniego sprzętu i zbyt małej liczbie personelu, przyczyniają się do występowania przewlekłych zespołów bólowych kręgosłupa, przeciążeń i urazów układu kostno – stawowego.

Ciągły kontakt z materiałem niebezpiecznym epidemiologicznie zwiększa możliwość zachorowania na choroby zakaźne np.: WZW, HIV i gruźlica.

Konieczność stałego stosowania środków dezynfekujących, szkodliwych substancji chemicznych może powodować uszkodzenia skóry, błon śluzowych, układu oddechowego oraz być przyczyną ostrych i przewlekłych zatruć.

Praca w systemie zmianowym zaburza rytm fizjologiczny, a z czasem wyczerpuje organizm. Narażenie na coraz częściej występującą agresję nie tylko słowną, ale i fizyczną ze strony pacjentów i ich rodzin przy jednoczesnym zachowaniu samokontroli i tolerancji nie jest łatwe i wymaga dużych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych



Pielęgniarki i położne stale działają w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia drugiego człowieka. Zobowiązanie są do podejmowania szybkich i trafnych decyzji często pod presją czasu.

Ww. zagrożenia i obciążenia ostatecznie zostają wzmocnione przez fakt braku satysfakcjonujących środowisko regulacji prawnych dotyczących norm zatrudnienia i adekwatnych do zaangażowania i odpowiedzialności wynagrodzeń.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o podjęcie działań mających na celu wprowadzenie urlopu zdrowotnego dla pielęgniarek i położnych w celu podratowania zdrowia.

Sekretarz Zjazdu  
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu  
Hanna Malik









Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek  
i Położnych

Warszawa, 30.05.2016

PP-WPS.072.2.2016.MP

WPLYNIEŁO  
dnia 30.05.2016  
Ldz 250116  
podpis Dariusz Hmę

Pani  
Anna Augustyniak  
Przewodnicząca Rady  
Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych  
Ziemi Sieradzkiej  
ul. 3-go Maja 7  
98-200 Sieradz

*Szanowna Pani Przewodnicząca!*

W odpowiedzi na pismo Pani Przewodniczącej znak OIPIZS/203/2016 z dnia 11.04.2016 r. skierowane do Prezesa Rady Ministrów - Pani Beaty Szydło, dotyczące Apelu nr 4 podjętego podczas obrad XXIX Zjazdu Sprawozdawczego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w dniu 18 marca 2016 r., w sprawie *podjęcia działań zmierzających do wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych, które nie podlegają Ministrowi Zdrowia*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

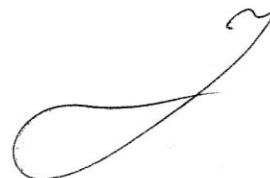
Zgodnie z Porozumieniem zawartym w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia a Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych - Minister Zdrowia zobowiązał się do przedstawienia propozycji średniego wzrostu wynagrodzeń wraz z wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarek i położnych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa.

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

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

W związku z powyższym należy podkreślić, że działalność takich jednostek jak np.: Domy Pomocy Społecznej, Ośrodki Opiekuńczo-Wychowawcze, nie jest dofinansowana z budżetu, z części będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Jednocześnie w załączeniu przekazuję do wiadomości kopie odpowiedzi Pani Elżbiety Bojanowskiej – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 marca br. i 1 kwietnia br., w których zostały wskazane rozwiązania, umożliwiające zwiększenie wynagrodzenia pielęgniarcom pracującym w Domach Pomocy Społecznej.



DYREKTOR  
Biuro ds. Pielęgniarek i Położnych  
dr n. o. zdr. Beata Cholewka

**W załączeniu:**

1. Pismo Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej znak DPS-V.5111.5.25(2).2016.WW z dnia 31 marca 2016 r.
2. Pismo Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej znak DPS.V.5111.5.49.2016.MZ z dnia 1 kwietnia 2016 r.

**Do wiadomości:**

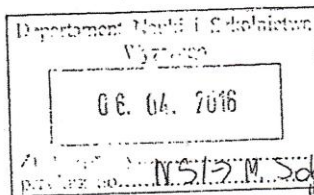
Sekretariat Prezesa Rady Ministrów  
dot. SPRM.222.3.53.2016.JP



MINISTERSTWO  
Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

*Elżbieta Bojanowska*  
Podsekretarz Stanu

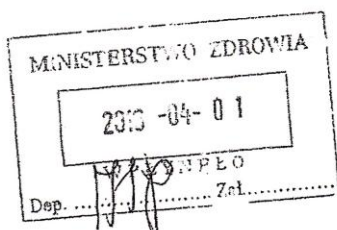
DPS-V.5111.5.25(2).2016.WW



Warszawa, dnia 7 marca 2016 r.



RPW/42826/2016 P  
Data: 2016-04-01  
ID: 00890201115435



SEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia

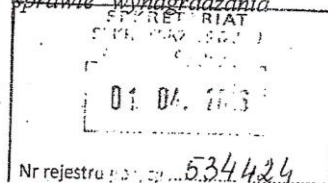
Pan  
**Jarosław Pinkas**  
Sekretarz Stanu  
Ministerstwo Zdrowia

*Szanowny Panie Ministrze*

Odpowiadając na pismo z dnia 10 marca 2015 r., znak PP-WPS.073.2.2016/MP, dotyczące wystąpienia Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy w sprawie wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w tym zatrudnionych w żłobkach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych i DPS, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przekazuje poniższe wyjaśnienia.

Zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2016 r. poz. 157) prowadzenie i zapewnienie miejsc w gminnych żłobkach należy do zadań własnych gminy.

Opiekunem w żłobku lub klubie dziecięcym może być osoba posiadająca kwalifikacje: pielęgniarki, położnej, opiekunki dziecięcej, nauczyciela wychowania przedszkolnego, nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej lub pedagoga opiekuńczo-wychowawczego (art. 16 ust. 1 ww. ustawy). Ponadto w żłobku, do którego uczęszcza więcej niż dwadzieścioro dzieci, zatrudnia się przynajmniej jedną pielęgniarkę lub położną (art. 15 ust. 3 ww. ustawy). W sytuacji, gdy pielęgniarki lub położne zostają zatrudnione w gminnym żłobku lub klubie dziecięcym, stają się one pracownikami samorządowymi i podlegają przepisom ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1202, ze zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1786).



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej aktywnie wspiera tworzenie, a także funkcjonowanie miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (gminnych oraz zakładanych przez podmioty niegminne), poprzez resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 – „Maluch”. Na ww. program w latach 2011-2015 wydano 472,2 mln zł, z tego w 2011 r. - ok. 18 mln zł, w 2012 r. niemal 100 mln zł, w 2013 r. i 2014 r. – po 101 mln zł, w 2015 r. - 151 mln zł. Z ww. środków utworzono ok. 12,5 tys. nowych miejsc opieki na dziećmi w wieku do lat 3 oraz dofinansowano łącznie ok. 70 tys. miejsc już istniejących. W 2016 r. wysokość środków na program Maluch wynosi 151 mln zł, co na podstawie zakwalifikowanych ofert ma pozwolić na utworzenie kolejnych ok. 5,6 tys. nowych miejsc opieki oraz dofinansować ok. 35,3 tys. miejsc utworzonych w latach wcześniejszych w ramach programu.

Natomiast kwalifikacje osób pracujących z dziećmi w placówce opiekuńczo-wychowawczej określone zostały w art. 98 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (Dz.U. z 2015 r. poz.332, z późn. zm.). Z przepisu tego wynika, że placówka opiekuńczo-wychowawcza co do zasady nie zatrudnia pielęgniarek.

Jednakże art. 225 przywołanej ustawy wprowadził do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* nowe brzmienie art. 3 ust. 4, zgodnie z którym w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych wychowankom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych lub interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych, zlokalizowana na terenie tych podmiotów.

Należy również zaznaczyć, że zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, ze zm.) prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym należy do zadań własnych gminy, a prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym – do zadań własnych powiatu.

W sytuacji gdy dom pomocy społecznej decyduje się na świadczenie usług pielęgniarских na swoim terenie, a więc także i na zatrudnianie pielęgniarek, stają się one pracownikami samorządowymi i podlegają przepisom przywołanym powyżej: ustawy *o pracownikach samorządowych* oraz rozporządzenia *w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych*. Zatem również pracownicy domów pomocy społecznej, prowadzonych przez samorządy, w tym pielęgniarzki i położne, są zatrudniani i wynagradzani ze środków pochodzących z budżetów tych samorządów zgodnie z przyjętym w jednostce regulaminem wynagradzania.

Rozporządzenie Rady Ministrów określa jedynie minimalne miesięczne poziomy wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych stanowisk pracowników samorządowych oraz minimalne wymagania kwalifikacyjne niezbędne do wykonywania pracy na tych stanowiskach. Tzw. widełki zaszerogowania oraz możliwość tworzenia przez pracodawcę funduszu premii i funduszu nagród pozwalają mu na elastyczne tworzenie zakładowej polityki płacowej, uwzględniającej nie tylko specyfikę pracy każdej grupy pracowników oraz zwiększające się zakresy obowiązków, którymi są oni obciążani, ale również możliwości finansowe samorządu.

Ponadto należy zauważyć, że obowiązujące przepisy ustawy *o działalności leczniczej* dają możliwość wydzielenia – w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego – jednostki organizacyjnej w celu świadczenia usług zdrowotnych także na terenie domu pomocy społecznej. Niestety w praktyce takie działania nie są podejmowane przez podmioty lecznicze, mimo że wzrosły środki przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców DPS. Na podstawie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Zarządzenie Nr 32/2015/BP z dnia 29 czerwca 2015r.) stawka kapitacyjna dla podopiecznych domów pomocy społecznej zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wzrosła i obecnie wynosi 2,5, a do pielęgniarki – 3,5. Zatem możliwe jest, aby pielęgniarki wykorzystywały obowiązujące – w obszarze opieki zdrowotnej - rozwiązania prawne i świadczyły swoje usługi w domach pomocy społecznej mając podpisane odpowiednie umowy z NFZ na świadczenia opieki długoterminowej. Niestety same pielęgniarki, szczególnie te z dłuższym stażem pracy, rzadko są zainteresowane takim rozwiązaniem.

W wyniku działań Ministerstwa w projekcie ustawy budżetowej na rok 2016 zaplanowano, że dotacje z budżetu państwa na domy pomocy społecznej będą wyższe niż dotychczas, co zdarzyło się po raz pierwszy od wielu lat. Przeciętna wysokość dotacji dla województwa wyniesie prawie 103% dotacji w roku 2015, a w żadnym województwie nie będą one niższe niż 100%. W sytuacji zmniejszającej się liczby mieszkańców skierowanych na tzw. „starych zasadach” zapewne wpłynie to na zwiększenie średniej wojewódzkiej kwoty dotacji na jednego mieszkańca w stosunku do roku poprzedniego. Ponadto wojewodowie, w trakcie roku budżetowego - w przypadku oszczędności finansowych - dokonują przeniesień środków między paragrafami, umożliwiając między innymi wyższe finansowanie domów pomocy społecznej, dzięki czemu podwyższenie wynagrodzeń pracowników tych jednostek mogłoby okazać się realne.



Należy także podkreślić, że w dniu 3 marca br. w siedzibie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odbyło się spotkanie Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i Podsekretarza Stanu w MRPiPS z przedstawicielkami Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych w sprawie sytuacji zawodowej pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Kwestie przedstawione przez stronę związkową na tym spotkaniu należeć będą do zagadnień omawianych m. in. z dyrektorami wydziałów polityki społecznej urzędów wojewódzkich, które realizują zadania wojewodów w zakresie nadzoru nad realizacją zadań samorządów, w tym nad jakością usług świadczonych w domach pomocy społecznej.

2 | powazaniem

PODSEKRETARZ STANU  
*E. Bojanowska*  
Elżbieta Bojanowska



MINISTERSTWO  
Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

PODSEKRETAŃ  
w Ministerstwie Zdrowia Warszawa, dnia 04 kwietnia 2016 r.

Elżbieta Bojanowska

Marek Tombarćiewicz  
05 KWI. 2016

Podsekretarz Stanu

SEKRETARIAT  
PODSEKRETAŃA STANU  
Marka Tombarćewicza

DPS. V.5111.5.49.2016

MINISTERSTWO ZDROWIA  
2016-04-05  
WPEŁNIŁO  
Dep. ... Zet. ...

ZUM -04-05  
WPEŁNIŁO  
Poz. nr ... Pan



RPW/44496/2016 P  
Data: 2016-04-05  
ID: 00880201122382

Karol Młynarczyk  
Wicewojewoda Łódzki

*Szanowny Panie*

W nawiązaniu do pisma z dnia 2 marca, znak PS-III.940.1.2016 w sprawie sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, uprzejmie informuję, że zagadnienie to było również przedmiotem spotkania przedstawicieli Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych z przedstawicielami kierownictwa tutejszego resortu, które odbyło się w dniu 3 marca br.

Spotkanie dotyczyło problemów pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, przede wszystkim niskiego poziomu wynagrodzeń tej grupy pracowników, w kontekście płac pielęgniarek zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia, a zwłaszcza podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek gwarantowanych na mocy porozumienia podpisanego w dniu 23 września 2015 r. między Ministerstwem Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia, a Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Przedmiotem dyskusji były również trudne warunki pracy pielęgniarek zatrudnionych w tych jednostkach – przedstawione na przykładzie Centrum Rehabilitacyjno - Opiekuńczym - Domu Pomocy Społecznej przy ul. Przybyszewskiego 255/267 w Łodzi. W związku z powyższymi sygnałami w dniu 16 marca wystosowany został apel do wszystkich wojewodów o zwiększenie nadzoru w trakcie przeprowadzanych kontroli nad standardem usług świadczonych w domach pomocy społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem usług pielęgniarских.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zdaje sobie sprawę z dużej odpowiedzialności i wielu trudności do pokonania, jakie wiążą się z pracą wszystkich pracowników – nie tylko pielęgniarek, zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Należy jednak zauważyć, że w sytuacji, w której dom pomocy społecznej decyduje się na świadczenie usług pielęgniarskich, a co za tym idzie na zatrudnianie w swojej strukturze pielęgniarek, stają się one pracownikami samorządowymi i podobnie jak pozostali pracownicy podlegają przepisom ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1202, ze zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1786).

Jednocześnie informuję, że obowiązujące przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618) dają możliwość wydzielenia - w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego – jednostki organizacyjnej w celu świadczenia usług zdrowotnych np. na terenie domu pomocy społecznej. Niestety w praktyce takie działania nie są podejmowane przez podmioty lecznicze, mimo że wzrosły środki przeznaczane na świadczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców dps. Na podstawie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Zarządzenie Nr 32/2015/BP z dnia 29 czerwca 2015r.) stawka kapitacyjna dla podopiecznych domów pomocy społecznej zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wzrosła i obecnie wynosi 2,5, a do pielęgniarki – 3,5.

Możliwe jest również, aby same pielęgniarki wykorzystywały obowiązujące w obszarze opieki zdrowotnej rozwiązania prawne i świadczyły swoje usługi w domach pomocy społecznej mając podpisane odpowiednie umowy z NFZ na świadczenia opieki długoterminowej. Niestety same pielęgniarki, szczególnie te z dłuższym stażem pracy, rzadko są zainteresowane takim rozwiązaniem.

Ponadto jak wynika z informacji uzyskanych z Ministerstwa Finansów, resort ten ma możliwość przekazywania bezpośrednio powiatom tzw. „rezerwy” subwencji ogólnej (proporcjonalnie do poniesionych wydatków i wysokości potrzeb finansowych w zakresie realizacji zadań pomocy społecznej), a powiaty same decydują, na które zadania przeznaczą te dodatkowe środki. W roku 2015 była to kwota ponad 20 000 000 zł. Fundusze te mogą więc być przez powiaty kierowane także do określonych domów pomocy społecznej

Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, że w wyniku działań tutejszego Ministerstwa w projekcie ustawy budżetowej na rok 2016 zaplanowane zostały wyższe niż dotychczas dotacje z budżetu państwa na dofinansowanie domów pomocy społecznej, co zdarzyło się po raz pierwszy od wielu lat. Procentowy wzrost dotacji był różny w różnych województwach, jednakże we wszystkich oscylował na poziomie co najmniej 100% kwoty dotacji z roku poprzedniego. W sytuacji zmniejszającej się liczby mieszkańców skierowanych do domów pomocy społecznej na starych zasadach zapewne wpłynie to na zwiększenie średniej wojewódzkiej kwoty dotacji na jednego mieszkańca w stosunku do roku poprzedniego. Ponadto wojewodowie, w trakcie roku budżetowego - w przypadku oszczędności finansowych - mogą dokonywać przeniesień środków między paragrafami, umożliwiając między innymi wyższe finansowanie domów pomocy społecznej, dzięki czemu podwyższenie wynagrodzeń pracowników tych jednostek mogłoby okazać się realne.

2 | powazani.c.wz

PODSEKRETARZ STANU  
*E. Bojanowska*  
Ełżbieta Bojanowska

Do wiadomości:  
Pan  
Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa  
e-mail: [info@mpipa.gov.pl](mailto:info@mpipa.gov.pl), tel. 222-541 111



Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek  
i Położnych

30.05.2016  
Warszawa, .....

IK 551252.MP

WPŁYNĘŁO  
dnia 30.05.2016  
Lp 254116  
podp. Katarzyna Hama

Pani  
Anna Augustyniak  
Przewodnicząca Rady  
Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych  
Ziemi Sieradzkiej  
ul. 3-go Maja 7  
98-200 Sieradz

*Gracjana Zofii Przewodniczącej*

W odpowiedzi na pismo Pani Przewodniczącej znak OIPiPZS/203/2016 z dnia 11.04.2016 r. dotyczące Apeli nr 1, nr 2, nr 3, nr 5 podjętych podczas obrad XXIX Zjazdu Sprawozdawczego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w dniu 18 marca 2016 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W odniesieniu do Apelu nr 1 w sprawie poparcia Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 marca 2016 r. w sprawie odrzucenia propozycji założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przygotowywanych w ramach prac Zespołu do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej uprzejmie informuję, że w przedmiotowej sprawie odpowiedź Pani Zofii Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została udzielona w dniu 4 kwietnia br. (kopia pisma w załączeniu).

---

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

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

W odniesieniu do Apelu nr 2 w sprawie poparcia Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego należy wskazać, iż postulaty środowiska pielęgniarskiego dotyczą zastrzeżeń co do rozszerzenia możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego poza jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne tj. poza zespołami ratownictwa medycznego i szpitalnymi oddziałami ratunkowymi. Powyższe zostało jednak uregulowane nie na poziomie ww. rozporządzenia, lecz art. 11 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. Nr 757, z późn. zm.).

Cytowany przepis został wprowadzony do porządku prawnego mocą 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), która była projektem poselskim i umożliwiła ratownikom medycznym z dniem 1 stycznia 2016 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych w szeroko pojętym systemie ochrony zdrowia i poza nim.

Opisywana wyżej nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym to największa i najbardziej istotna zmiana od początku wejścia ratowników medycznych na rynek pracy, czyniąca zadość oczekiwaniom tej grupy zawodowej i kierowników podmiotów leczniczych, którzy zwracali się do Ministerstwa Zdrowia z licznymi postulatami usankcjonowania w porządku prawnym możliwości zatrudniania ratowników medycznych m. in. w izbach przyjęć i w oddziałach szpitalnych.

Podkreślenia wymaga, że zawody ratownika medycznego i pielęgniarki nie mogą być traktowane zamiennie, i - chociażby z uwagi na liczbę ratowników medycznych (około 13 tys.) w porównaniu do liczby pielęgniarek (ponad 285 tys. – zgodnie z danymi na koniec 2015 r. – Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych) – ratownicy medyczni nie mogą stanowić dla pielęgniarek istotnej konkurencji przy zatrudnianiu. Jest tylko jeden obszar, gdzie ratownicy medyczni i tzw. pielęgniarki systemu mają jednakowe zakresy czynności możliwych do wykonywania i mogą się nawzajem zastępować. Dotyczy to udzielania medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego. Poza zespołami zakres kompetencji obu grup zawodowych, chociaż zbieżny w pozycjach związanych z niektórymi czynnościami, pozostaje jednak odmienny.

Informuję także, że w dniu 1.04.2016 r. odbyła się konferencja uzgodnieniowa, udział w której wzięli również przedstawiciele m.in. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W toku konferencji wspólnie z przedstawicielami ratowników medycznych, pielęgniarek i lekarzy ustalono brzmienie projektu w wersji po uzgodnieniach zewnętrznych. Rozporządzenie zostało podpisane przez Ministra Zdrowia w dniu 20 kwietnia br., opublikowane w dniu 27 kwietnia br. (Dz. U. z 2016 r., poz. 587).

Niezależnie od powyższego, uprzejmie informuję, iż nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dająca ratownikom medycznym możliwość pracy na oddziałach szpitalnych już obowiązuje. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego nie może zawęzać uprawnień zawodowych tej grupy, wynikających z ustawy o PRM.

W odniesieniu do Apelu nr 3 w sprawie poparcia Stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. w sprawie zabezpieczenia środków finansowych dla pielęgniarek zatrudnionych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień uprzejmie informuję, że w przedmiotowej sprawie odpowiedź Pani Zofii Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została udzielona w dniu 18 kwietnia br. (kopia pisma w załączeniu).

W odniesieniu do Apelu nr 5 w sprawie urlopu zdrowotnego dla pielęgniarek i położnych, uprzejmie informuję, że stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 24.06.2013 r. w przedmiotowej sprawie nie uległo zmianie. W załączeniu przesyłam jego kopię.

  
DYREKTOR  
Związku Pielęgniarek i Położnych  
Beata Cholewka

W załączeniu:

1. Kopia pisma znak: OZG.50.18.2016 z dnia 04.04.2016
2. Kopia pisma znak: PP-WPS.0762.4.2016/DZ z dnia 18.04.2016 r.
3. Kopia Stanowiska w sprawie prawa pielęgniarek i położnych do urlopu na poratowanie zdrowia z dnia 24.06.2013 r.



KOPIA

Ministerstwo Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Piotr Warczyński  
OZG.50.18.2016

Warszawa, .....

**Pani**  
**Zofia Małas**  
**Prezes**  
**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

*Znamiona Pani Prezes*

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 marca 2016 roku, przekazane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, dotyczące uwag do prac Zespołu do opracowania założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, w tym stanowiska nr 4 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 marca 2016 roku, uprzejmie proszę, o przyjęcie poniższego.

Zespół do opracowania projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 roku.

Biorąc pod uwagę korespondencję wpływającą do Ministerstwa Zdrowia, w szczególności obawy co do kształtu przyszłych rozwiązań legislacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska POZ, zmienił zakres zadań ww. Zespołu, koncentrując jego prace na przygotowaniu strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie, uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z intencją zmian wprowadzonych w dniu 23 marca 2016 roku, wypracowana przez Zespół strategia rozwiązań systemowych stanowić będzie podstawę do przygotowania przez resort zdrowia projektu założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

Odnosząc się do poruszanej w interpelacji kwestii „działań zmierzających do wykluczenia samodzielnego pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego z podstawowej opieki zdrowotnej”, uprzejmie wyjaśniam, iż na posiedzeniu w dniu 17 lutego 2016 roku, Zespół w drodze uchwały podjął między innymi decyzję o utrzymaniu dotychczasowych rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, jak również pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania, co stoi w opozycji do tezy, dążenia Zespołu, do

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

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





włączenia świadczeń pielęgniarstwa i podstawowej opieki zdrowotnej, czy też pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, do struktury podmiotowej praktyk lekarskich POZ, a w konsekwencji likwidacji samodzielnych podmiotów pielęgniarstwa i położniczych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż w chwili obecnej Zespół opracowuje strategię prac nad założeniami do ww. projektu. Przy czym należy podkreślić, iż na obecnym etapie zaawansowania prac, nie można jednoznacznie stwierdzić, jaki będzie ostateczny kształt projektowanych rozwiązań.

Ponadto wyjaśniam, iż prace Zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej kończą się z dniem 30 czerwca 2016 roku.

2

*powołaniem*

PODSEKRETAŹ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia

*Piotr Warczyński*

L

## **Pismo Ministra Zdrowia**

Warszawa 18 kwietnia 2016 r.

Pani Zofia Małas  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Odpowiadając na pismo z dnia 4 marca br. (znak NIPiP-NRPiP-DM.0021.30.2016.WW) w sprawie podjęcia działań zmierzających do ujednoczenia interpretacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 i 1628) w zakresie pojawiających się wątpliwości dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej interpretacji obowiązujących przepisów.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia zwanym dalej „rozporządzeniem OWU”, wzrostem wynagrodzeń objęto pielęgniarki i położne wykonujące zawód i bezpośrednio realizujące świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, 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 kapitacyjna, 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.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia dołączonym do Porozumienia z dnia 23 września 2015 r. świadczeniodawcy w przekazywanej informacji o liczbie pielęgniarek i położnych wg stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia OWU powinni wykazać również osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, urloпах rodzicielskich albo osoby zatrudnione na zastępstwo tych osób a także osoby przebywające na zwolnieniach chorobowych i na zasiłkach rehabilitacyjnych. Należy jednak podkreślić, że w sytuacji, gdy pielęgniarka i położna przebywa na zasiłku chorobowym, to nie udziela w tym czasie świadczeń opieki zdrowotnej objętym rozporządzeniem OWU. Jednocześnie z uwagi na fakt, iż środki te są dodatkowymi środkami na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne mogą być przeznaczone przez świadczeniodawcę na dodatki dla osób, które w tym okresie mają zwiększoną liczbę zadań wynikającą z nieobecności w pracy osób przebywających na zwolnieniach lekarskich lub zasiłkach rehabilitacyjnych lub osób czasowo ich zastępujących. Ostateczna decyzja w przedmiotowej kwestii powinna należeć do świadczeniodawcy, który odpowiada za prawidłową organizację i realizację świadczeń a przekazane przez NFZ środki na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych powinny być skorelowane z udzieleniem przez te osoby świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie informuję, że decyzja danego świadczeniodawcy w tym zakresie powinna być oparta na przepisach ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 z późn. zm.) określającej zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków (chorobowych, macierzyńskich) przysługujących ubezpieczonym.

Odnosząc się natomiast do sytuacji osób, które zmieniły zakład pracy, wyjaśniam, że rozporządzenie OWU przewiduje możliwość zgłoszenia dodatkowej liczby pielęgniarek

i położnych po dniu 15 września 2015 r. aż do dnia 1 sierpnia 2016 r. Jednakże istnieje możliwość objęcia wzrostem wynagrodzenia pielęgniarki lub położnej, która została zatrudniona w miejsce pielęgniarki lub położnej, z którą rozwiązano stosunek pracy lub zakończono zatrudnienie w innej formie po dniu 15 września 2015 r., a która zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia OWU została zgłoszona do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy także podkreślić, że zgodnie z rozporządzeniem OWU wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w latach 2016 – 2018 będzie poprzedzony każdorazowo ustalaniem liczby etatów albo równoważników etatów pielęgniarek i położnych. Natomiast w celu zapewnienia ciągłości podwyżek po dniu 31 sierpnia 2019 r. doprecyzowano zasady ustalania współczynnika korygującego, za pomocą którego od 1 września 2019 r. będą ustalone kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Współczynnik ten będzie ustalany przez Prezesa NFZ w kolejnych latach w sposób gwarantujący środki na wypłatę podwyżek wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

Odnosząc się do kwestii objęcia wzrostem wynagrodzenia wszystkich pielęgniarek i położnych w Polsce wyjaśniam, że zgodnie z Porozumieniem z 23 września 2015 r. Minister Zdrowia zobowiązał się do przedstawienia propozycji średniego wzrostu wynagrodzeń wraz z wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarek i położnych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa. W związku z powyższym należy podkreślić, że działalność takich jednostek jak : Domy Pomocy Społecznej, Domy Dziecka, Żłobki, Ośrodki Szkolno-Wychowawcze, Służba Więzienna nie jest dofinansowana z budżetu, z części będącej w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Natomiast odnosząc się do podwyżek pielęgniarek i położnych pracujących w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa informuję, że z budżetu państwa z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, dofinansowane są w formie dotacji celowej zadania centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, określone w art. 27 pkt. 3-4 i 6 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014r. poz. 332) tj.:

- pobieranie krwi oraz dokonywanie zabiegów z tym związanych,
- gromadzenie, konserwacja, przechowywanie i wydawanie krwi,
- zaopatrywanie podmiotów leczniczych w krew i jej składniki oraz produkty krwiopochodne.

Podstawą przekazania dotacji celowej na realizację ww. zadań jest zawarcie umowy pomiędzy regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa a Narodowym Centrum Krwi. W ramach środków objętych tymi umowami mogą być sfinansowane tylko podwyżki pielęgniarek wykonujących wymienione wyżej zadania. Podwyżki dla pozostałych pracowników, przyznawane są w ramach środków własnych jednostki. Wszelkie decyzje w sprawie wynagrodzeń oraz podwyżek podejmuje dyrektor, który odpowiada za zarządzanie danym podmiotem. Dlatego też wyjaśnienia dotyczące realizacji podwyżek pracowników regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa powinny odbywać się bezpośrednio u kierownika danej jednostki. Natomiast w zakresie zawarcia umów i przekazania dotacji na realizację dofinansowanych zadań właściwym jest Narodowe Centrum Krwi. Ponadto należy nadmienić, że Ministerstwo Zdrowia poinformowało Narodowe Centrum Krwi, jakie należy podjąć działania w celu wystąpienia do Ministerstwa Zdrowia o uruchomienie dodatkowych środków w części 83 – zdrowie z planowanych na ten cel rezerw celowych, w przypadku braku środków na pokrycie skutków zeszlorocznych podwyżek dla pielęgniarek ze środków planowanych w ramach dotacji celowych dla regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Natomiast w odniesieniu do podwyżek dla pielęgniarek zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych informuję, że w związku z tym, iż wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne są jednostkami finansowanymi z budżetu państwa i podlegają wojewodzie, Minister Zdrowia wystosował do wojewodów pisma (znak: BFC.320.47.2015/AN z dnia 25 września 2015 r.) w których poinformował, jakie działania należy podjąć w celu uruchomienia dodatkowych środków finansowych na podwyżki dla pielęgniarek pracujących w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Przedmiotowe pisma zawierały informacje o liczbie etatów pielęgniarek zatrudnionych w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych w danym województwie oraz wskazywały kwotę, o jaką poszczególni wojewodowie powinni wystąpić, aby sfinansować podwyżki dla pielęgniarek zatrudnionych w tych jednostkach. Pula środków finansowych na podwyżki została wyliczona na podstawie danych dotyczących liczby etatów pielęgniarek zatrudnionych w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych zebranych z poszczególnych stacji za pośrednictwem Głównego Inspektora Sanitarnego. W wyniku powyższych działań wojewodowie na podstawie aneksu do umowy przekazali środki na podwyżki dla pielęgniarek zatrudnionych w tych jednostkach.

Jednocześnie informuję, że z raportu Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że nie nastąpiła realizacja podwyżek wynagrodzeń w województwach : lubelskim, łódzkim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Do głównych przyczyn należy brak faktycznego wykonywania czynności wskazanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.) przez pracowników tam zatrudnionych. Decyzje w tym zakresie, po dokonaniu analizy, każdorazowo były podejmowane przez dyrektora właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Odnosząc się natomiast do Stanowiska Nr 3 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 lutego 2016 r. w sprawie zabezpieczenia środków finansowych dla pielęgniarek zatrudnionych w POZ w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień ponownie informuję, że w Porozumieniu z 23 września 2015 r. ustalono m.in., że od 1 stycznia 2016 r. wzrośnie stawka kapitacyjna dla :

- pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej
- położnej podstawowej opieki zdrowotnej
- pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Jednocześnie wyjaśniam, iż obowiązujące przepisy prawa, mianem pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określają pielęgniarkę/położną legitymującą się stosownymi kwalifikacjami, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo, która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka/położna poz podlega wyborom świadczeniobiorców na podstawie deklaracji wyboru, zgodnie z zasadami określonymi w art. 28 oraz 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zakresy świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania stanowią samodzielne przedmioty wniosku i umowy zawieranej przez Fundusz ze świadczeniodawcą. W ramach zawartych umów, pielęgniarki, położne, pielęgniarki/higienistki szkolne udzielają świadczeń gwarantowanych określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248 z późn. zm.) realizując zakresy zadań określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu

zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 124, poz. 1816). Świadczenia w przedmiotowych zakresach świadczeń finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitałowej. Podstawą rozliczeń są listy świadczeniobiorców sporządzone na podstawie deklaracji wyboru pielęgniarki poz, położnej poz, a w przypadku pielęgniarki/higienistki szkolnej – listy uczniów szkół objętych opieką.

Dla świadczeń lekarza poz, wymienione powyżej przepisy prawa ustalają odrębnie, zarówno wykaz świadczeń gwarantowanych podlegający finansowaniu ze środków publicznych, jak też zakres realizowanych zadań. Świadczenia lekarza poz są samodzielnym przedmiotem wniosku i umowy zawieranej przez Fundusz a podstawą rozliczeń w tym zakresie jest lista świadczeniobiorców utworzona przez świadczeniodawcę na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz. W świetle powyższego tzw. „pielęgniarki praktyki” – wykonujące świadczenia w gabinetach zabiegowych i gabinetach szczepień lekarzy poz nie są uprawnione do wzrostu wynagrodzeń wynikających z ww. rozporządzenia, ponieważ nie są pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej i NFZ nie wymaga uczestniczenia przez powyższe w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza poz.

Ponadto, jak poinformował Prezes NFZ, w związku z postanowieniami zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju : podstawowa opieka zdrowotna, nastąpiła zmiana dotycząca zwiększenia z 1,1 na 1,2 wartości współczynnika korygującego stawkę kapitałową dla rozliczenia pacjentów w wieku od 40 do 65 roku życia w zakresie świadczeń realizowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z tym świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (pracodawcy) mogą dokonać zmian dotyczących wzrostu wynagrodzeń w sytuacji zatrudniania pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w gabinetach zabiegowych oraz punktach szczepień, w których realizowane są świadczenia gwarantowane w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, że wprowadzona przez Prezesa NFZ regulacja nie jest związana z postanowieniami rozporządzenia OWU.

Ponadto, w odniesieniu do kwestii wypowiedzi przedstawicieli OW NFZ, że środki finansowe z rezerwy Funduszu na nadwykonania zostały przeznaczone na podwyżki pielęgniarek i położnych przekazuję w załączeniu odpowiedź z dnia 25 marca br. udzieloną przez NFZ w przedmiotowej sprawie (zał. 1).

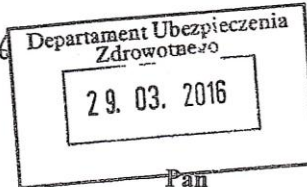
Przedstawiając powyższą interpretację przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej pragnę jednocześnie wyraźnie podkreślić, że właściwe komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia na bieżąco udzielają wyjaśnień świadczeniodawcom jak i pielęgniarkom i położnym co do prawidłowej interpretacji przepisów ww. rozporządzenia i jego nowelizacji.

Z upoważnienia  
Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Marek Tombarkiewicz

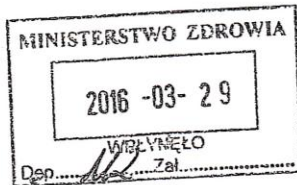
**NFZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia  
Centrala w Warszawie  
Departament Ekonomiczno-Finansowy

znak: DEF. 401.A.9.2016  
K. OFFSA.DAJ



Warszawa, dnia 23 marca 2016 r.



Pan

Anatol Gołąb

Zastępca Dyrektora

Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
w Ministerstwie Zdrowia



RPM/40865/2016 P  
Data: 2016-03-29  
ID: 00890201105592

WF/44  
↗

Szanowny Panie Dyrektorze,

W nawiązaniu do pisma z dnia 25 marca 2016 r. znak: UZ-F.749.13.2016.MM w sprawie pisma Pani Zofii Małas, Prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 marca 2016 r., znak: NPiP-NRPIP-DM.0021.30.2016.WW w części dotyczącej informacji, iż „środki finansowe z rezerwy NFZ przeznaczonej na tzw. nadwykonania zostały przeznaczone na podwyżki dla pielęgniarek i położnych” na wstępie pragnę zaznaczyć, że podstawę gospodarki finansowej NFZ w danym roku stanowi plan finansowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu Ministrem Finansów, sporządzony zgodnie ze wzorem określonym w załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1943).

Jednocześnie uprzejmie informuję, że ww. wzór planu finansowego nie zawiera pozycji rezerwa NFZ przeznaczona na tzw. nadwykonania, w związku z tym niemożliwe byłoby dokonanie operacji finansowej wskazanej przez Panią Prezes.

Ponadto pragnę zauważyć, że zgodnie z przepisami:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628),

dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przekazują świadczeniodawcom posiadającym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dodatkowe środki na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, natomiast to świadczeniodawcy zobowiązani są przeznaczyć te środki na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem

DYREKTOR  
Departamentu Ekonomiczno-Finansowego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

Dariusz Jarnutowski



KOPIA

MINISTER ZDROWIA

Warszawa..... 2013 -06- 24

**Stanowisko**  
**dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych**  
**w sprawie prawa pielęgniarek i położnych do urlopu na poratowanie zdrowia**

Urlop dla poratowania zdrowia jest to szczególne uprawnienie, przysługujące tylko niektórym grupom zawodowym z uwagi na szczególny rodzaj i warunki wykonywanej przez nich pracy np. nauczycielom.

W odniesieniu do nauczycieli podstawą prawną udzielenia im takiego urlopu jest art. 73 ust. 11 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia a dnia 27 października 2005 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. Nr 233, poz. 1991).

Należy zauważyć, iż w kontekście m.in. wysokich kosztów związanych z udzielaniem urlopów dla poratowania zdrowia nauczycielom, w Ministerstwie Edukacji Narodowej podjęto prace nad projektem założeń do ustawy o zmianie ustawy Karta Nauczyciela oraz niektórych innych ustaw regulujących w odmienny sposób powyższe kwestie.

W ramach nowelizacji ww. ustawy planuje się doprecyzowanie zasad, trybu i kryteriów udzielania urlopu nauczycielowi. Proponowane zmiany określają m.in., iż urlop dla poratowania zdrowia będzie udzielany nauczycielowi w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia choroby zagrażającej wystąpieniem choroby zawodowej lub innej choroby spowodowanej działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Planuje się także zmiany w zakresie wymiaru urlopu poprzez proporcjonalne jego obniżenie, stosownie do okresu przepracowanego w danym roku.

W związku z brakiem udokumentowanych danych o wpływie wykorzystywanych urlopów na obniżenie absencji chorobowej oraz na poprawę stanu zdrowia i podtrzymanie aktywności zawodowej nauczycieli, wydaje się, że idea udzielania im nauczycielom nie sprawdziła się w dotychczasowym kształcie. Dlatego też, w opinii Pani dr Ewy Wągrowskiej – Koski, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny pracy, wprowadzenie przedmiotowego urlopu dla innych grup zawodowych, w tym pielęgniarek i położnych, wydaje się wątpliwe i mogące budzić kontrowersje, również ze względu na wysokie koszty dla budżetu państwa będące efektem wprowadzenia takiego przywileju.

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETA SZ STANU

Aleksander Sopiński

**Sekretarz Rady OIIPZS – Anna Kulesza informuje :**

## **PROGRAM SAMORZĄDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH NA OKRES VII KADENCJI**

VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych przyjął Uchwałę nr 21 z dnia 20 stycznia 2016 r., która zawiera priorytetowe zadania samorządu pielęgniarek i położnych.

### **KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE**

1. Określenie minimalnej liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w kontekście potrzeb społecznych w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej.
2. Utrzymanie kształcenia dwustopniowego – studia I i II stopnia.
3. Kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na zasadach kierunków zamawianych.
4. Monitorowanie losów absolwentów w ramach współpracy uczelni z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.
5. Współpraca samorządu zawodowego i uczelni wyższych z podmiotami leczniczymi w zakresie udziału tych podmiotów w optymalizacji kształcenia praktycznego pielęgniarek i położnych.

### **KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

1. Opracowanie i wdrożenie standardu ścieżki rozwoju zawodowego.
2. Określenie kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych ( gdyż zapis w programach kursów nie przekłada się na uprawnienia w praktyce ).
3. Wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalistycznego.
4. Wprowadzenie mechanizmów weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne.
5. Wdrożenie systemu akredytacji podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
6. Opracowanie zmian do przepisów prawnych dotyczących zwolnienia pielęgniarek i położnych z opłat podatkowych od kształcenia podyplomowego.

### **STABILIZACJA WARUNKÓW WYKONYWANIA ZAWODÓW PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ**

1. Opracowanie i wydanie opisów stanowisk pracy dla pielęgniarki i położnej.
2. Opracowanie i wdrożenie standardu kompetencji pielęgniarskiej i położniczej menedżerskiej kadry kierowniczej na poszczególnych szczeblach zarządzania.
3. Określenie i wprowadzenie w drodze legislacji poziomów wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, począwszy od płacy minimalnej do poziomów zależnych od posiadanych kwalifikacji.
4. Określenie, w aktach prawnych, liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych jako bezwzględnego kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.
5. Opracowanie, wdrożenie i ewaluacja standardów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.
6. Zintegrowanie działań samorządu zawodowego, PTP oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa w zakresie rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, poprawy jakości kształcenia, podniesienia prestiżu zawodów oraz poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.
7. Zintegrowanie współpracy samorządu zawodowego ze stowarzyszeniami i towarzystwami zawodowymi.
8. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.



**Sekretarz Rady OIPIPZS – Anna Kulesza informuje:**

**Praktyka zawodowa** – zmiany od 7 listopada 2015 r. w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2015 r., poz. 618 )

Ustawodawca wycofał się z zapisu mówiącego o tym, że osoba chcąca założyć praktykę zawodową musi mieć staż w zawodzie co najmniej dwa lata.

Obecnie obowiązujące przepisy regulują następująco wymagania dla osób chcących założyć praktykę zawodową:

**Działalność lecznicza pielęgniarki i położnej może być wykonywana w formie:**

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako:
  - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej
  - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania
  - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej
  - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania
  - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
  - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek/położnych.

Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Pielęgniarka/położna wykonująca zawód w formie indywidualnej/specjalistycznej/grupowej praktyki zawodowej jest określona w ustawie jako podmiot wykonujący działalność leczniczą.

**Pielęgniarka/położna aby mogła wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualna bądź specjalistyczna praktyka powinna:**

1. posiadać prawo wykonywania zawodu
2. nie może być :
  - zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych
  - pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszenia w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym
3. nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis
4. dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadać opinię właściwego organu PIS o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych (gabinet)
5. uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej
6. zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

7. w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia
8. posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta
9. wskazać adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

**Pielęgniarka/położna aby mogła wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupowa praktyka powinna:** (pielęgniarki/położne muszą być partnerami spółki lub wspólnikami)

1. posiadać prawo wykonywania zawodu
2. nie może być :
  - zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych
  - pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszenia w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym
3. nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wnioski o wpis
4. dysponować pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadać opinię właściwego organu PIS o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych (gabinet)
5. zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

**Pielęgniarka/położna prowadząc indywidualną praktykę w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem musi:**

1. posiadać prawo wykonywania zawodu
2. nie może być :
  - zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych
  - pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszenia w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym
3. nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wnioski o wpis
4. uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej
5. zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

6. w przypadku specjalistycznej praktyki posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia

**Wykonując praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego nie można wykonywać działalności poza miejscem określonym dla przedsiębiorstwa.**

Działalność leczniczą w formie indywidualnej lub specjalistycznej lub grupowej praktyki można rozpocząć po **uzyskaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.**

Rejestr prowadzi Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki.

Wpis do rejestru dokonywany jest w ciągu 30 dni od złożenia wniosku ; jeżeli nie nastąpi w ciągu 40 dni od złożenia wniosku, wnioskodawca może rozpocząć działalność informując organ rejestrowy, który nie dokonał stosownego wpisu.

**Oplata za wpis w 2016 roku wynosi 82,00 zł., za zmianę w rejestrze 41,00 zł.  
Nie dokonujemy opłaty tylko za zmianę dotyczącą ubezpieczenia OC.**

Osoba, która wpisuje się do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą składa wniosek w formie elektronicznej poprzez **Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (rpwdl.csioz.gov.pl)** i dołącza skany dokumentów:

- potwierdzenie dokonania wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ([www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl))
- aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC w wysokości 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz.1729)
- jeżeli praktykę będzie wykonywać się w gabinecie, to opinię właściwego Terenowego Inspektora Sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych
- dowód opłaty za wpis do rejestru.

## **Pismo do central związkowych w sprawie porozumienia „4 x 400”**

Do trzech central związkowych: Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych oraz Forum Związków Zawodowych w dniu 11 kwietnia br. wystosowaliśmy pismo:

Szanowni Państwo,

Dialog jest jednym z największych dobrodziejstw w każdej dojrzałej demokracji. Umiejętność osiągania kompromisów w przypadku systemu ochrony zdrowia jest szczególnie istotna.

W końcu właśnie od jakości komunikacji pomiędzy stroną społeczną, samorządem zawodowym i Rządem Rzeczypospolitej Polskiej zależy bezpieczeństwo każdego pacjenta. „Wszyscy jesteśmy pacjentami” – nie można o tym zapominać, szczególnie w trudnych momentach.

W mojej skromnej ocenie właśnie z takim momentem mamy dziś do czynienia. Otóż, okazuje się, że porozumienie „4 x 400” wyrażone w formie rozporządzenia podpisanego przez ówczesnego ministra zdrowia, Mariana Zembalę staje się przedmiotem sporów i podziałów w środowisku partnerów społecznych pomimo, iż jest owocem dialogu. Co więcej, podwyżka płac każdej grupy zawodowej powinna być powodem do dumy. Jednym z głównych architektów porozumienia był Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych należący do Forum Związków Zawodowych. Proszę pamiętać, że efekt końcowy negocjacji, czyli środki finansowe trafiły również do pielęgniarek, położnych – członków zakładowych organizacji związkowych NSZZ „Solidarność” i OPZZ.

Oczywiście, zawsze jest druga strona medalu, tj. inne grupy zawodowe. Osobiście jestem w stanie przyjąć, że działania NSZZ „Solidarność” i OPZZ wynikają z silnej determinacji z jaką walczy się o polepszenie sytuacji pozostałych zawodów medycznych. Obawiam się jednak, że obecnie realizowany kierunek działań doprowadzić może jedynie do osłabienia instytucji dialogu społecznego. Nikt na tym nie zyska- tracą wszyscy.

Dalsza eskalacja konfliktu na poziomie mediów jest działaniem na szkodę pracownika oraz szeroko komunikowanym brakiem szacunku, w szczególności wobec tych Pielęgniarek i Położnych, które nie należą do OZZPiP. Wszelkie próby dewaluacji porozumienia z 23 września 2015 roku mogą w przyszłości odbić się przysłowiową „czkawką”. Jeśli jedna organizacja związkowa podważą w tak ostry sposób skuteczne działania innej to samoistnie osiągnane kompromisy staną się słabsze.

Uważam, że trzeba robić wszystko, aby wspólnie cementować „4 x 400”. Należy w ten sposób postępować właśnie po to, aby instytucjonalność zawieranych umów pomiędzy stroną Rządową i społeczną była trudna do podważenia przez kogokolwiek. Budowanie szerokiego zaplecza wokół tego typu myślenia pozwoli na wdrożenie długofalowych strategii budowania pozycji poszczególnych grup zawodowych.

Zamiast armat słownych, zaostozania języka debaty publicznej, dewastacji zgromadzonego dotąd kapitału zaufania należy skoncentrować się na poszukiwaniu wspólnej drogi. W przeciwnym wypadku pozostanie nam jedynie lęk, że okupione ciężką pracą porozumienie stanie się fikcją. Dziś lękać się będą Pielęgniarki i Położne a jutro inni pracownicy systemu ochrony zdrowia. Ku ironii losu stać się tak może nie z powodu postawy niesprzyjającej klasy politycznej, lecz relacji pomiędzy środowiskami pracowniczymi.

Lęk jest z zasady irracjonalny. Jako Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nie mam na razie podstaw, aby dokonywać spekulacji, co do percepcji ministra zdrowia jeśli chodzi o kolejne transze pieniędzy. Ufam, że w tej sprawie słowa przelane na sporządzone kilka miesięcy temu porozumienie będą nadal obowiązywać.

Z poważaniem  
Zofia Małas  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Stanowisko Nr 1**  
**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
**z dnia 30 maja 2016 r.**

**w sprawie strajku pielęgniarek i położnych w Instytucie „Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka”**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z wielką trwogą obserwuje dramat, który rozgrywa się w Instytucie – Pomniku Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Jako samorząd zawodowy jesteśmy ustawowo zobligowani do nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej. Przez ostatnie ćwierćwiecze zgromadziliśmy ogromny materiał merytoryczny - raport odzwierciedlający stopień bezpieczeństwa pacjentów i zakres zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę pielęgniarską i położniczą.

Wysoka jakość opieki pielęgniarskiej gwarantująca bezpieczeństwo pacjentów powinna wszystkim leżeć na sercu. Strajk trwający w „Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka”

jest swoistym obnażeniem patologii, które od lat toczą system ochrony zdrowia, nie tylko na poziomie jednego szpitala, ale niestety większości placówek medycznych. W większości podmiotów leczniczych opiekę sprawuje zbyt mała liczba pielęgniarek i położnych, co zagraża zdrowiu i życiu pacjentów.

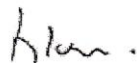
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie wskazywała Ministerstwu Zdrowia i Rządowi RP konieczność zapewnienia pacjentom pełnego dostępu do opieki pielęgniarskiej i położniczej. Regulacja ta umożliwi wyjście z zapaści, w której ze względu na brak odpowiedniej liczby pielęgniarek i położnych znajduje się system opieki zdrowotnej. **Strajkujące pielęgniarki postulują przede wszystkim o zwiększenie liczby pielęgniarek na dyżurach.**

Dobro pacjenta jest nierozdzielnie związane z bezpiecznymi warunkami pracy pielęgniarek i położnych. Należy o tym pamiętać szczególnie wtedy, gdy Nasze Koleżanki i Koledzy symbolicznie „odchodzą od łóżek”. Pielęgniarki i położne z Instytutu – Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka zdobyły się na ten ruch po dwóch latach bezowocnych negocjacji, ponieważ liczą, że w końcu zostaną wysłuchane.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera słuszność działań podjętych w szeroko podjętym interesie pacjentów. Sprowadzanie konfliktu w CZD jedynie do kwestii placowych uważamy za szczególnie szkodliwe i nie służące osiągnięciu porozumienia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w marcu bieżącego roku przedstawiła Ministrowi Zdrowia projekt rozwiązań systemowych, który powinien stanowić podstawę do jak najszybszego podjęcia decyzji uzdrawiających sytuację zawodową pielęgniarek i położnych, a tym samym przywracających bezpieczeństwo pacjentów.

Wiceprezes NRPIP



Sebastian Irzykowski

Prezes NRPIP



Zofia Małas

## POWIATOWE KONKURSY PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ SZKÓŁ PODSTAWOWYCH I GIMNAZJALNYCH

Dnia 29 kwietnia 2016 r. w Zespole Szkolno – Przedszkolnym nr 1 w Zduńskiej Woli odbył się II Powiatowy Konkurs Pierwszej Pomocy pt.: „**Ratuj – to ważne**” adresowany do uczniów szkół podstawowych z terenu Powiatu Zduńskowolskiego.

Konkurs, do którego przystąpiły trzyosobowe zespoły z siedmiu szkół, składał się z części teoretycznej i części praktycznej. W części pierwszej każda drużyna w określonym czasie rozwiązywała test składający się z 17 zamkniętych pytań. Część druga konkursu miała charakter praktyczny, zadaniem zawodników było podjęcie właściwych działań ratowniczych w określonym zdarzeniu. Działania te uczniowie wykonywali na symulantach, którymi byli absolwenci Szkoły Podstawowej nr 6 w Zduńskiej Woli. Na zakończenie dzięki życzliwości Zduńskowolskiej Straży Pożarnej wszyscy uczestnicy mieli okazję zobaczyć jak profesjonalnie powinno się udzielać pierwszej pomocy.

Jury składające się z dwóch Przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej: Pani Anny Kuleszy i Pani Hanny Malik oraz dwóch strażaków z Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej, wyłoniło laureatów:

**I miejsce** drużyna ze Szkoły Podstawowej z Zapolic

**II miejsce** drużyna z Zespołu Szkolno – Przedszkolnego nr 1 w Zduńskiej Woli

**III miejsce** drużyna ze Szkoły Podstawowej nr 13 w Zduńskiej Woli

Organizatorami konkursu były: Małgorzata Cieślak i Anna Filipczak.



20 maja 2016 r. po raz trzeci w Publicznym Gimnazjum nr 1 w Zduńskiej Woli odbył się MIEDZYPOWIATOWY KONKURS PIERWSZEJ POMOCY „UMIEM RATOWAĆ” dla młodzieży szkół gimnazjalnych. Uczestnicy konkursu musieli wykazać się wiedzą teoretyczną dotyczącą przedmiotu edukacja dla bezpieczeństwa oraz praktyczną związaną z zagadnieniami pierwszej pomocy przedmedycznej. W konkursie brało udział 8 trzyosobowych zespołów z powiatów: zduńskowolskiego i łaskiego.

W skład Jury wchodziły min. Przedstawiciele Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej : Pani Anna Augustyniak i Pani Beata Chudobińska. OIPiPZS sponsorowała także nagrody dla uczniów, którzy wzięli udział w Konkursie.

I miejsce zajęło Publiczne Gimnazjum nr 1 w Zduńskiej Woli  
II miejsce zajął Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 1 w Sędziejowicach  
III miejsce należy do Zespołu Szkół Ogólnokształcących w Zapolicach.

Koordinatorami konkursu były: Magdalena Kazek i Anna Filipczak.



Celem konkursów było :

- kształtowanie prawidłowych reakcji wobec osób poszkodowanych
- wyrabianie poczucia odpowiedzialności za zdrowie i życie własne i innych
- jak najszersze rozpowszechnianie wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy
- doskonalenie praktycznych umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Przewodnicząca Zespołu  
Medycyny Szkolnej OIPiPZS  
Anna Filipczak

## **CHOROBA ALZHEIMERA – mgr Wioletta Smosna**

### **WSTĘP**

Choroba Alzheimerera jest najczęściej występującym zespołem otępiennym, szacuje się, że wynosi ona 50 -70 % wszystkich przypadków demencji.[1]

Nazwa choroby pochodzi od nazwiska niemieckiego neurologa Aloisa Alzheimerera, który jako pierwszy na początku XX wieku opisał patologiczne zmiany zachodzące w mózgu, a które są charakterystyczne dla tego schorzenia. Do tej pory choroba ta była uważana za przedstarczą postać otępienia, która dotyczyła osób przed 65 rokiem życia.[2]Federalne Ministerstwo Zdrowia Niemiec przewiduje, że do roku 2030 na chorobę Alzheimerera cierpieć będzie około 2,5 miliona ludzi. Przyczyna nie będzie zwiększenie zachorowalności na tę chorobę, lecz starzenie się populacji ludzkiej.[3]

Niestety do tej pory nie udało się znaleźć skutecznego leku na chorobę Alzheimerera, dlatego bardzo ważna jest umiejętna opieka nad chorymi. Działania opiekunów powinny być tak ukierunkowane, aby zmierzali oni do optymalizacji wysiłku pacjentów w celu utrzymania z otoczeniem pozytywnego bilansu emocjonalnych wzmocnień.[4]

### **PATOGENEZA POWSTANIA**

#### **1. Zmiany w mózgu**

W chorobie Alzheimerera występuje zanik kory mózgowej.[5] Dokładniej mówiąc zanik komórek nerwowych tzw. neuronów i synaps, czyli miejsc ich połączenia. Podczas autopsji obserwuje się, że zmiany te mają charakter uogólniony, jednak często zmiany dotyczą płata czołowego, ciemieniowego i skroniowego. Jest to spowodowane odkładaniem się dwóch białek o zmienionej konformacji:  $\beta$ -amyloidu zewnątrzkomórkowego i białka tau, wewnątrzneuronalnie pod postacią odpowiednio: amyloidowych starczych blaszek i alzheimerowskiego zwyrodnienia neurofibrylarnego.[6]

#### **2. Przyczyny**

Tak do końca to przyczyny choroby nie są znane, uważa się, że na rozwój choroby ma wpływ wiele czynników.

Główne przyczyny to:

- zmiany chorobowe w obrębie mózgowia (płytki, neurofibryle),
- uwarunkowania genetyczne,
- stany zapalne,
- czynniki środowiskowe.

Do powstania choroby predysponuje też:

- podeszły wiek
- poród w późnym wieku
- ciężka depresja
- niedoczynność tarczycy.[7]

#### **3. Objawy**

Choroba Alzheimerera zaczyna się podstępnie, powolnym przebiegiem, zaburzeniami pamięci – początkowo świeżej, później także odległej, afazją zaburzeniami orientacji i zachowania.[8] W początkowej fazie choroby bardzo trudno jest wychwycić objawy, ponieważ często sami chorzy ukrywają przed rodziną i znajomymi zaburzenia pamięci z różnych powodów, najpierw bagatelizują objawy biorąc je za roztargnienie, w późniejszym okresie może to być wstyd, niechęć przyznania się do starzenia lub też po prostu nie chcą martwić najbliższych swoim stanem zdrowia. Czasami choroba zaczyna się nietypowo pod postacią zaburzeń w zachowaniu lub depresją. Objawy nasilają się w zależności od stopnia zaawansowania choroby i podzielone są na etapy. Źródła różnie podają, jedne że są 3 etapy choroby inne, że 7 etapów.



Podział na 3 etapy występuje w poradnikach dla opiekunów:

1. Na tym etapie występują łagodne objawy przeważnie nie zauważane przez najbliższych: zaburzenia świeżej pamięci, orientacji, koncentracji, poczucia czasu, trudności w formułowaniu długich, złożonych zdań oraz problemy z wykonaniem czynności złożonych.

W tym stadium choroby chorzy ukrywają przed najbliższymi swoje problemy zdrowotne. W przypadku gdy sami sobie je uświadamiają to zaczynają się na siebie złościć lub popadają w depresje.

2. Na tym etapie objawy są już znacznie nasilone. Występują takie objawy jak: zapominanie imion bliskich, zaburzenia pamięci dawnej, nie umieją prawidłowo się odżywiać, dbać o higienę, tracą orientację w miejscu dobrze im znanym, np. w domu, nie odróżniają przeszłości z teraźniejszością, źle interpretują bodźce smakowe, występują częste wahania nastroju.

W tym stadium choroby muszą rezygnować z pracy, prowadzenia samochodu oraz wymagają pomocy osób innych w samopielęgnacji i samopomocy.

3. Na tym etapie chory nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Objawy znacznie się nasiliły: chory traci umiejętności nabyte, wymawia zaledwie kilka słów, nie rozpoznaje bliskich. Dołączają się objawy somatyczne: pochylona sylwetka i powolny chód, częste upadki, brak kontroli zwieraczy, problemy z połykaniem. Chory w końcu przestaje chodzić.

W tym stadium dochodzi do wyniszczenia organizmu i w końcu do zgonu.[9] [10]

Podział na 7 etapów według Reisberga i współpracowników, jest to międzynarodowa skala GDS stosowana przez lekarzy w celu oceny postępu choroby:

1. Bez zaburzeń poznawczych.

Jest to faza odpowiadająca normie.

2. Bardzo łagodne zaburzenia poznawcze.

Pojawiają się subiektywne skargi na zaburzenia pamięci. Początkowo pacjenci zganiają te objawy na roztargnienie. Badając chorego nie stwierdza się obiektywnie zaburzeń pamięci, ale lekarz widzi obniżony nastrój pacjenta i stąd łatwo o pomyłkę diagnozując depresję.

3. Łagodne zaburzenia poznawcze.

Na tym etapie choroby pacjent jest jeszcze samodzielny, ale widoczne są zaburzenia pojedynczych lub kilku funkcji poznawczych: chory gorzej wypełnia obowiązki w pracy co zostaje zauważane, zaczynają się trudności w wysławianiu, brakuje słów, trudności w zapamiętywaniu świeżym, nie zapamiętywanie nazwisk, nierozpoznanie twarzy, zaczynają pojawiać się lęki.

4. Umiarkowane zaburzenia poznawcze.

Zaburzenia są dość widoczne w dokładnym badaniu: otępienie, brak orientacji w aktualnych wydarzeniach, pacjent nie może przypomnieć sobie wydarzeń z własnego życia, zaburzenia koncentracji. Ponadto osoby kierujące pojazdami często mają stłuczki, gubią różne rzeczy, często zadają kilkakrotnie to samo pytanie, stają się chłodni emocjonalnie, pojawiają się urojenia i zaburzenia snu.

5. Średnio głębokie zaburzenia poznawcze.

Pacjent nie jest już w stanie samodzielnie funkcjonować, wymaga stałej opieki. Zaczyna mieć problemy z podaniem stałego adresu, numerów telefonów, imion najbliższych, ale zawsze pamięta imię swoje i współmałżonka, pojawiają się problemy z ubraniem się odpowiednio do pory roku i pogody, zapomina wyłączyć, np. gaz, żelazko. Potrafi samodzielnie umyć się, zjeść i zaspokoić potrzeby fizjologiczne.

6. Głębokie zaburzenia poznawcze.

Na tym etapie choroby pacjent zapomina imię opiekuna, nie umie podać obecnej daty, zaczynają się problemy z kontrolą wypróżnień, pacjent gubi się w miejscach nieznanymi, rytm

dobowy jest zaburzony. Pojawiają się zaburzenia osobowości: zaburzenia kompulsywne, lęki, agresja.

7. Bardzo głębokie zaburzenia poznawcze (ciężkie otępienie).

Jest to ostatnia terminalna faza choroby. Na początku pacjent potrafi jeszcze wypowiedzieć kilka słów, ale mowa stopniowo zanika, przestaje chodzić, pojawiają się trudności w polykaniu, pojawiają się przykurcze i odleżyny. Pacjent umiera zazwyczaj z powodu zapalenia płuc.[11][12]

## **PROBLEMY PIELEGNACYJNE - Zaburzenia funkcji poznawczych**

**Kategoria:** Zaburzenia pamięci

**Definicja:** Stały, postępujący spadek sprawności intelektualnej charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych

### **Cechy charakterystyczne :**

a) główne

- pogorszenie pamięci świeżej, a później także odległej
- utrata orientacji w czasie i przestrzeni
- obniżona koncentracja uwagi
- afazja
- zaburzenia zachowania
- problemy z liczeniem
- trudności w porozumiewaniu się
- bezradność, niesamodzielność

b) dodatkowe

- obniżony nastrój lub agresja
- osłabienie związków uczuciowych
- zapominanie o konieczności przyjmowania leków i wykonywaniu czynności dnia codziennego

### **Czynniki wywołujące :**

- zaburzenia związane z zanikiem neuronów i połączeń synaptycznych mózgowia w wyniku odkładania się nadmiernej ilości blaszek starczych
- zwyrodnienie włóknikowe neuronów

### **Interwencje pielęgniarskie :**

- ocena zaburzeń pamięci i zastosowanie metod usprawniających pamięć w zależności od głębokości zaburzeń
- okazywanie choremu zainteresowania, wsparcia i akceptacji
- mobilizowanie chorego do wykonywania czynności życia codziennego w zakresie jego możliwości psychofizycznych
- przypominanie choremu i kontrola przyjmowanych przez niego leków
- unikanie sytuacji albo zachowań, które mogą wzmacniać niepewność chorego
- unikanie nadmiernej opiekuńczości, która może ograniczać samodzielność chorego
- usunięcie przedmiotów, które mogą stwarzać zagrożenie np. dywaniki, kwietniki
- zabezpieczyć szafki z ostrymi narzędziami, środkami czystości, lekami itp.
- okna i drzwi wyposażyc w zamki lub zapiecia, których chory nie otworzy
- wszelkie gniazdka elektryczne oslonic odpowiednimi zatyczkami
- lozko chorego umieścić tak, aby możliwy był dostep z kazdej strony
- droga do toalety i pokój chorego powinny być w nocy oswietlone dyskretnym swiatłem
- usunięcie zbędnych przedmiotów, jeśli chory nie wie i nie pamięta, do czego służą
- pozostawienie w niezmienionym miejscu rzeczy osobistych np. okularów, przyborów toaletowych
- ograniczenie miejsc, w których chory może trzymać rzeczy osobiste np. szuflad, szafek
- przechowywanie wartościowych przedmiotów w bezpiecznym miejscu

- podawanie dodatkowych informacji, gdy chory nie wie, z kim rozmawia, gdzie się znajduje (pomoc w skoncentrowaniu się na znajomych szczegółach)
- przypominanie choremu, gdzie się znajduje (np. w szpitalu), uspakajanie, respektowanie przyzwyczajzeń
- zachęcanie rodziny chorego do częstych odwiedzin
- zachęcanie pacjenta do udziału w terapii zajęciowej
- jedzenie należy podawać w małych ilościach, ale często i o tej samej porze
- jeśli chory ma problem z posługiwaniem się sztućcami może jeść łyżką lub palcami – ważne, aby robił to sam
- przestrzeganie jednolitych zasad postępowania wobec chorego przez cały zespół pielęgniarstwa

### **Patologie układu ruchowe**

**Kategoria:** postępujące ograniczenie samodzielności spowodowane objawami ruchowymi

#### **Cechy charakterystyczne**

Główne

- Ogólne spowolnienie ruchowe.
- Niestabilna postawa - chód drobnymi krokami z przesuwaniem stóp po podłożu, charakterystyczna pochylona do przodu sylwetka.

Dodatkowe

- Mioklonie- nagle, szybkie i nieregularne skurcze mięśni, częściej dotyczące mięśni kończyn.
- Sztywność mięśni i drżenia.
- Zaburzenia mimiki twarzy (twarz maskowata).

#### **Czynniki wywołujące**

- Utrata komórek piramidowych kontrolujących ruchy dowolne i postawę ciała.
- Działanie uboczne niektórych leków np. psychotropowych.

#### **Interwencje pielęgniarstwa**

- Ocena zakresu i stopnia niesprawności funkcjonalnej pacjenta oraz oszacowanie wymaganej pomocy.
- Zapewnienie pomocy w stopniu dostosowanym do stanu niesprawności chorego.
- Podejmowanie działań zachęcająco - edukacyjnych, częściowo lub całkowicie kompensujących deficyt czynnościowy w poruszaniu się, wykonywaniu czynności higienicznych, fizjologicznych i innych czynności życia codziennego.
- Niewykonywanie za pacjenta tych czynności, które potrafi wykonać sam np. mycia się, czesania, zmiany pozycji w łóżku - stanowią one formę rehabilitacji.
- Zapewnienie wystarczającej ilości czasu na wykonanie czynności samoobsługowych, nieponaglanie chorego.
- U pacjentów z objawami „przełączania” wykonywania czynności samo opiekuńczych i innych czynności pielęgnacyjnych w okresie najlepszego samopoczucia pacjenta i najkorzystniejszego oddziaływania leków.
- U pacjentów leżących, z nasilonymi objawami sztywności, czynności pielęgnacyjne powinny być wykonywane przez dwie osoby.
- W miarę możliwości usunięcie z drogi poruszania się chorego różnego rodzaju przeszkód (śliskich dywaników, progów, zbędnych mebli).
- Zapewnienie bezpieczeństwa poprzez umieszczenie poręczy (korytarz, łazienka, ubikacja, schody), mat antypoślizgowych (wanną, łazienka) oraz dobre oświetlenie pomieszczeń.

### **Patologie układu moczowego w chorobie Alzheimera**

**Kategoria:** Nieprawidłowe wydalanie moczu

**Definicja:** Zaburzenia procesu oddawania moczu

### **Cechy charakterystyczne**

Główne

- nietrzymanie moczu

Dodatkowe

- oddawanie moczu w nocy
- częściowe nietrzymanie moczu
- całkowite nietrzymanie moczu

### **Czynniki wywołujące**

- toczącym się procesem chorobowym w mózgu
- działaniach leków przeciwdepresyjnych, neuroleptyki
- ograniczeniem aktywności fizycznej

### **Interwencje pielęgniarские**

- prowadzenie karty nietrzymania moczu, w której odnotowuje się informacje na temat oddawania moczu (godziny fikcji, przerwy między fikcjami, wyciekanie kroplowe moczu)
- w okresie częściowo zachowanej kontroli zwieraczy pęcherza pomoc choremu w korzystaniu z toalety co 2 godz.
- pozostawienie basenu (kaczki) w pobliżu łóżka
- szybko reagować na wezwanie chorego
- pomoc choremu przy oddawaniu moczu na każde życzenie
- zwracanie uwagi na pozawerbalne sygnały powiązane z potrzebą wydalania
- zapewnienie szybkiego, łatwego dostępu do toalety, łóżko powinno znajdować się blisko toalety- dla osób z ograniczoną aktywnością ruchową nie więcej niż 12 m
- dostosowanie toalety do potrzeb osoby niepełnosprawnej (zastosowanie poręczy, podwyższony sedes powinna zapewnić warunki do umycia i osuszenia krocza i umycia rąk, powinna być dobrze oznakowana i oświetlona)
- przyrządy ułatwiające chodzenie powinny być w zasięgu ręki (balkonik, kule)
- przypominanie choremu o oddawaniu moczu
- ubiór chorego należy przystosować do radzenia sobie z rozbieraniem (ubrania zapinane na rzepy, majtki rozpinane w kroczu)
- ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy (tzw. Ćwiczenia Kegla polegające na utrzymaniu skurczu krocza przez 10 sekund i rozkurczu i powtarzane ćwiczeń przez minimum 30 razy dziennie do 80 lub zaciskanie lub podciąganie mięśni między pośladkami przez okres odliczania do 5 i potem rozluźnianiu ich)
- Można również stosować wspomaganie pacjenta przez zabezpieczenie pieluchomajtkami, wkładami absorpcyjnymi i podkładami
- Przy zmianie pieluchomajtek, wkładów absorpcyjnych podkładów, wykonujemy zabiegi higieniczne co najmniej dwukrotnie w ciągu dnia, podmycie wodą z mydłem okolicy krocza, osuszenie. Ważna jest również ocena skóry krocza. W kierunku podrażnień stanów zapalnych i maceracji spowodowanych drażniącym działaniem moczu
- Zastosowanie diety zakwaszającej organizm chorego co zapobiega rozwojowi infekcji
- Przestrzeganie godzin spożywania napojów do picia 2 godz. przed snem. Nie pić późno przed snem.

### **Wygraj z rakiem piersi**

Tak długo jak rak piersi nie dotyczy nas samych, najbliższej rodziny lub kogoś z przyjaciół, nie myślimy o nim, a tym bardziej o profilaktyce z nim związanej. Będąc kobietą, wiesz co to znaczy posiadać wiele obowiązków. Ostatnią rzeczą, o której prawdopodobnie myślisz, jest własne zdrowie i wizyty u lekarza zwłaszcza kiedy nic Ci nie dolega. Niezależnie jednak od wszystkich zajęć musisz znaleźć czas na kontrolowanie swoich piersi i wykonywanie badań mammograficznych. Zrób to dla siebie... zrób to dla tych, którym jesteś bliska. Nie czekaj biernie, na zasadzie „co ma być to będzie”, nie licz na łut szczęścia, na to, że Ciebie to nie dotyczy i nigdy nie zachorujesz. Pamiętaj, że pewne elementy profilaktyki pierwszej fazy, takie jak pełnowartościowa dieta, unikanie palenia i alkoholu, regularne ćwiczenia fizyczne, a także profilaktyka drugiej fazy, tzn. wczesne wykrycie choroby, mogą uratować Ci życie.

#### **Norma i Patologia**

Piers kobieca, poza pokrywającą ją skórą i leżącą pod nią podściółką tłuszczową, jest narządem gruczołowym zbudowanym z *płatów i płacików* poprzedzielanych tkanką tłuszczową i łączną. Płaciki posiadają przewody *wyprowadzające* przechodzące, w obrębie płatów, w przewody mlekowe, które uchodzą do zatoki mlekowej leżącej pod brodawką. Wszystkie elementy gruczołu zwanego *gruczołem sutkowym* zbudowane są z komórek.

Normalne komórki dzielą się w sposób uporządkowany, żeby zastąpić te, które starzeją się i obumierają. Czasami jednak zaczynają się namnażać w sposób niekontrolowany prowadząc do powstania nowotworu zwanego *guzem piersi, rakiem piersi lub rakiem sutka*. Nowotwór ten może rozrastać się w obrębie piersi, a w niektórych przypadkach lub zaawansowanym stadium, komórki nowotworowe, poza rozrostem miejscowym, rozprzestrzeniają się naczyniami limfatycznymi lub krwionośnymi do *węzłów chłonnych* lub innych części ciała (wątroby, płuc, kości) dając tzw. przerzuty.

*Profilaktyka raka piersi* polegająca na comiesięcznym samobadaniu piersi, corocznym badaniu piersi przez lekarza lub odpowiednio przeszkoloną pielęgniarkę i okresowej mammografii, ma na celu wykrycie go we wczesnych stadiach i podjęcie leczenia wtedy, kiedy guz jest niewielki, dobrze odgraniczony i nie daje przerzutów.

#### **Powinnaś wiedzieć, że rak piersi:**

- ✓ Występuje przeważnie u kobiet, które nie mają żadnych znanych czynników ryzyka lub obciążeń rodzinnych
- ✓ Rozwija się najczęściej w prawym górnym kwadrancie piersi
- ✓ W początkowym stadium nie daje żadnych uchwytnych objawów, ale kiedy zaczyna się rozwijać może czasami stwierdzić:
  - Guzek lub zgrubienie w obrębie piersi lub pod pachą
  - Zmianę rozmiaru, kształtu lub zarysu piersi
  - Zmiany w kolorze i wyglądzie skóry, brodawki i otoczki brodawki (wciągnięcia, uwypuklenia, złuszczenia)
- ✓ Nie jest spowodowany stresem ani urazem piersi
- ✓ Nie jest chorobą zaraźliwą lub wstydliwą. Należy o nim mówić z bliskimi i osobami, które przeżyły tę chorobę aby przezwyciężyć strach i depresję, szukać rad na temat diety, rekonwalescencji itp.
- ✓ Występuje częściej u kobiet w starszym wieku, chociaż chorują na niego również kobiety młode, a czasami także mężczyźni.

## **Fakty**

- ✓ Na świecie odnotowuje się każdego roku około miliona nowych przypadków raka piersi, a czterysta trzysta tysięcy kobiet umiera na tę chorobę.
- ✓ W ciągu życia kobiety ryzyko zachorowania wynosi 10-12% tzn., że jedna na dziesięć lub osiem kobiet ma szansę zachorowania na raka piersi.
- ✓ 80% kobiet chorujących nie ma obciążeń rodzinnych tzn. nikt w rodzinie nie chorował na raka piersi.
- ✓ Z dostępnych danych wynika, że w ciągu ostatnich 10 lat w Stanach Zjednoczonych stwierdzono 1 700 000 przypadków raka piersi i ponad 400 000 zgonów z tego powodu (tj. ok 24%), w Polsce w tym samym czasie stwierdzono nowotwór złośliwy piersi u ok 100 000 kobiet, a zmarło ponad 50 000 kobiet, co wynosi więcej niż 50%.
- ✓ Wśród kobiet, chorujących na nowotwory, rak piersi jest dominującym nowotworem i stanowi główną przyczynę zgonu.
- ✓ Przy zachorowalności ok. dziesięciu tysięcy przypadków i liczbie zgonów ponad pięć tysięcy rocznie, śmiertelność raka piersi w Polsce jest dwukrotnie wyższa niż w Stanach Zjednoczonych.
- ✓ Polska posiada przedostatnie miejsce w Europie jeżeli chodzi o pięcioletnie przeżycie pacjentów z rakiem piersi.
- ✓ W ciągu 15 lat (do roku 1996) poziom zachorowalności na raka piersi wzrósł w Polsce o ponad 60% i rośnie z roku na rok.
- ✓ Zachorowalność na tę chorobę wzrasta w Polsce ponad 2% rocznie, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych ma tendencję spadkową i wynosi ok 1,5%.
- ✓ Ponad 95% kobiet ma szansę na przeżycie, pod warunkiem, że rak piersi jest wykryty we wczesnym stadium i szybko podjęto leczenie.

## **Czynniki ryzyka**

Powstawanie raka piersi zależy m.in. od tzw. czynników ryzyka. Nie można ich lekceważyć pomimo tego, że zdania na temat ich istotności są ciągle podzielone.

Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta jeżeli...

- ✓ Kiedykolwiek poprzednio miałaś rozpoznany nowotwór piersi.
- ✓ Rak piersi występował w rodzinie (matka, siostra, córka, dwoje lub więcej bliskich krewnych).
- ✓ Posiadasz gen (BRCA1, BRCA2) odpowiedzialny za zwiększenie zachorowalności.
- ✓ W mammografii stwierdzono występowanie zwapnień lub innych zmian, które wymagały wykonania biopsji piersi.
- ✓ Przybywa Ci lat, 80% przypadków raka piersi pojawia się u kobiet powyżej 50-tego roku życia.
- ✓ Nie rodziłaś dzieci.
- ✓ Pierwsze dziecko urodziłaś po 30-tym roku życia.
- ✓ Miesiączkowanie rozpoczęło się przed 12-tym a przekwitanie powyżej 55-go roku życia.
- ✓ Stosujesz hormonalną terapię zastępczą związaną z przekwitaniem.

*Dodatkowymi czynnikami ryzyka są:*

- ✓ Ciąża niezakończona porodem z powodów naturalnych lub sztucznych, brak karmienia piersią, hormonalne środki antykoncepcyjne, dieta wysokotłuszczowa, spożywanie alkoholu, palenie, warunki środowiskowe (pole elektro-magnetyczne, promieniowanie radioaktywne, itp.) otyłość, mały rozmiar piersi, warunki socjo-ekonomiczne, poziom edukacji i wiele innych.

## **Wczesna diagnostyka raka piersi**

Trzema najważniejszymi metodami wczesnego wykrywania raka piersi są:

- ✓ Samobadanie piersi (wykonywane raz w miesiącu)
- ✓ Palpacyjne badanie piersi wykonywane corocznie przez lekarza lub przeszkoloną pielęgniarkę
- ✓ Badanie mammograficzne (prześwietlenie piersi)

## **Samobadanie piersi**

Samobadanie piersi powinno być regularnym nawykiem, będącym najlepszą obroną jaką posiadasz w walce z rakiem piersi. Jakkolwiek przypadki raka piersi są rzadsze u kobiet poniżej 35 roku życia, a w większości pojawiają się po 50-tym roku życia, każda kobieta jest potencjalnie zagrożona ryzykiem zachorowania na tę chorobę. Pomimo, że rakowi piersi nie można zapobiec to można go wcześniej wychwycić, leczyć i wyleczyć. Piersi są wrażliwe na cykliczne (miesięczne) zmiany hormonalne odpowiedzialne za wielkość gruczołu, ukrwienie i ilość płynu w piersi. Należy więc badać je każdego miesiąca, dwa lub trzy dni po ustaniu krwawienia miesięcznego, kiedy są najmniej nabrzmiące. Kobiety, które przestały miesiączkować powinny wybrać sobie stały dzień, np. pierwszy dzień miesiąca i pamiętać, że jest on przeznaczony na kontrolowanie piersi.

Samobadanie należy rozpocząć po rozwinięciu się piersi (ok. 20 roku życia), aby poznać ich naturalną strukturę, należy kontynuować je przez całe życie włączając okres ciąży, przekwitania i późniejszy. Nigdy nie jest za późno na rozpoczęcie samobadania, jeżeli nie robiłaś tego wcześniej, zacznij od dzisiaj.

Badania wykazały, że guzy wykryte przez kobiety, które wykonują regularnie samobadanie są o połowę mniejsze niż te, które wykryte SA przypadkowo lub przez lekarza w trakcie badania piersi u kobiet, które nie praktykują samokontroli. Im guz jest mniejszy, tym większe są szanse na efektywne leczenie i wyleczenie.

Nie wszystkie guzki i zgrubienia wyczuwalne w obrębie są zmianami nowotworowymi, 80% z nich to zmiany łagodne (nienowotworowe).

Z badań amerykańskich wynika, że 42% wszystkich rozpoznawanych nowotworów złośliwych piersi wykrywane jest przez kobiety wykonywujące samobadanie.

Regularne badanie własnych piersi zajmuje nie więcej jak 10 minut, nic nie kosztuje i ratuje Ci życie.

## **Techniki badania**

Pierwsze badanie piersi, może sprawić kłopot, ponieważ nie wiesz co powinnaś wyczuć. U każdej kobiety piersi mają inny kształt i rozmiar. Często prawa i lewa pierś różnią się wielkością oraz ilością zgrubień co spowodowane jest nieidentycznym rozmieszczeniem przewodów i elementów gruczołowych. Twoje piersi mogą podlegać zmianom ze względu na wiek, cykl miesięczkowy, ciążę, przekwitanie, używanie środków antykoncepcyjnych lub innych hormonów. U większości kobiet, piersi ulegają obrzękowi, napięciu i czasami bolesności bezpośrednio przed lub w czasie miesiączkowania. Niektóre kobiety mogą mieć piersi bardzo zbite lub zwłókniałe, które z kolei po okresie przekwitania mogą stawać się bardziej miękkie o równomiernej gęstości. Nie wszystkie nierówności lub zwłóknienia w piersi są nowotworem.

Jeśli cokolwiek wyczujesz nie wpadaj w panikę, gdyż bardziej istotne jest znalezienie czegoś czego nie było przy poprzednim badaniu. Staraj się zostać specjalistką od własnych piersi i polegać na profesjonalności własnych oczu i rąk. Im dłużej stosujesz samobadanie tym lepiej poznasz co jest normą dla Ciebie.

## **Samobadanie piersi opiera się o zasadę „dwóch O” OBEJRZYJ i OBMACAJ**

Obejrzyj:

Stań przodem przed dużym lustrem (uwidoczniającym Cię rozebraną do pasa) w ciepłym, dobrze oświetlonym, zapewniającym Ci intymność pomieszczeniu. W każdej z opisanych pozycji, obejrzyj piersi stojąc do lustra przodem oraz każdym bokiem.

1. Opuść ręce wzdłuż ciała i obejrzyj:

- ✓ Kształt i zarys piersi – zwróć uwagę na nierówności brzegów
- ✓ Zaczerwienienia, przebarwienia skóry, brodawki i jej otoczki
- ✓ Uwypuklenia i wciągnięcia (dołki) w skórze, wygląd podobny do skórki pomarańczy oraz zmiany w brodawce i jej otoczce

2. Unieś ręce nad głowę
  - ✓ Sprawdź piersi stojąc przodem i bokiem, zwracając uwagę na te same elementy co poprzednio
3. Oprzyj ręce mocno na biodrach i przesunij ramiona lekko do przodu, zwróć uwagę na:
  - ✓ Ogólny wygląd piersi, symetrię i ruchomość piersi, kiedy przesuwasz ramiona i poruszasz mięśnie piersiowe (złóż ręce jak do klaśnięcia i unieś na wysokość czoła, ściśnij dłonie, żeby napiąć mięśnie piersiowe, następnie połóż płaskie dłonie na biodrach, naciskając je do dołu kilka razy, przesunij ramiona do przodu i do tyłu, sprawdź ruchomość piersi).
  - ✓ Ułożenie brodawek (czy nie są przesunięte lub przeciągnięte w którąś stronę, szczególnie przy zmianie pozycji, wciągnięte do środka, nadmiernie spłaszczone lub uwypuklone), zwróć uwagę czy nie ma napięcia lub bolesności, sprawdź czy nie ma zmian w rozmiarze, kształcie, kolorze brodawki i otoczki.
  - ✓ Ściśnij brodawkę dwoma palcami i sprawdź czy nie ma wycieku z brodawkami (nie dotyczy kobiet karmiących). U niektórych kobiet wyciek z brodawki po jej uściśnięciu jest objawem normalnym. Wyciek o prawidłowym zabarwieniu jest żółty lub zielonkawy. Jeżeli wyciek ma zabarwienie czerwone, ciemne lub przezroczyste i gęste, albo pojawia się samoistnie może wskazywać na zmiany, które jak najprędzej powinny być skonsultowane z lekarzem.

### **Obmacaj**

Przy obmacywaniu piersi stosuje się trzy rodzaje ucisku: powierzchniowy, średni i głęboki. Zanim zaczniesz obmacywać piersi sprawdź siłę nacisku na policzek, przez który chciałabyś wymacać struktury leżące pod nim (ucisk powierzchniowy). Następnie naciśnij na miękkie części nosa, żeby wyczuć chrząstkę (ucisk średni). Naciśnij na czoło tak silnie aby wyczuć strukturę kości leżącą pod skórą i tkankę tłuszczową (ucisk głęboki).

Teraz w podobny sposób zbadaj własne piersi. W badaniu powierzchniowym powinnaś wyczuć miękką tkankę tłuszczową i ewentualne zmiany znajdujące się w niej lub pod nią. Uciskając głębiej powinnaś wyczuć tkankę gruczołową i włóknistą, o konsystencji podobnej do miękkiej części nosa.

Przy najsilniejszym ucisku możesz wyczuć zmiany, które są zwykle najbardziej twarde o konsystencji przypominającej twardość czoła. Ich rozmiar odpowiada wielkością żwirowi lub małym kamykom leżącym wśród tkanki o średnim stopniu twardości. Tego typu zmiany powinny budzić Twój niepokój.

Istnieje kilka metod badania piersi. Możesz wybrać metodę jaka najbardziej Ci odpowiada co zależne jest z reguły od wielkości o konsystencji piersi.

### **Obmacywanie okrężne piersi:**

1. Leżąc na plecach, podłóż poduszkę lub zwinięty ręcznik pod prawy bark; unieś prawą rękę nad głowę. Używając poduszczyk, lekko ugiętych trzech środkowych palców lewej ręki, natłuszczonych kremem, którego zwykle używasz do skóry, zacznij powierzchowne, następnie średnie i głębokie obmacywanie prawej piersi od jej najwyższego punktu, na godzinie 12-tej. Przesuwaj ręką po najbardziej zewnętrznej części piersi zgodnie z ruchem wskazówek zegara w kierunku godziny 1-jej, 2-jej itd. Obmacując powierzchownie, średnio i głęboko pierś na każdej godzinie, wykonaj pełne koło, tak aby zakończyć badanie z powrotem na godzinie 12-tej. W punkcie na godz. 12-tej przesunij rękę niżej o ok. 1,5 – 2 cm i obmacaj pierś w podobny sposób zataczając pełne mniejsze koło. Powtórz procedurę po coraz mniejszych kołach. Najmniejsze koło zatoczy w okolicy brodawki. Tak samo zbadaj lewą pierś, podkładając poduszkę lub ręcznik pod lewy bark, używając prawej ręki.
2. Badanie piersi powinnaś wykonać także na stojąco np. pod prysznicem. Namydłonymi rękami jest łatwiej wyczuć strukturę piersi i budzące podejrzenia zmiany. Jeżeli Twoje piersi są małe, unieś jedną rękę nad głowę i badaj pierś przeciwną ręką, w taki sam



sposób jak w pozycji leżącej. Przy dużych lub zwieszających się piersiach unieruchom badaną pierś jedną ręką podtrzymując pierś najpierw od góry, a potem od dołu, najlepiej stosując metodę kolistą. W pozycji stojącej łatwiej jest zbadać górną zewnętrzną część piersi w kierunku pachy.

Pamiętaj! Badaj dokładnie obie piersi zawsze w ten sam sposób, aby wyrobić sobie wzrokowy i dotykowy obraz piersi. Jeżeli wyczujesz jakikolwiek guzek lub zauważysz najmniejsze różnice w wyglądzie, których nie było poprzednio, nie zwlekaj, zgłoś się do lekarza nawet gdyby był to fałszywy alarm.

### **Palpacyjne badanie piersi**

Palpacyjne badanie piersi przez lekarza lub przez przeszkoloną pielęgniarkę powinno być częścią regularnego corocznego badania kontrolnego dla kobiet. Podczas badania powinna być sprawdzona pierś i okolica pachowa. W przypadku stwierdzenia patologii należy poddać się dalszemu postępowaniu diagnostycznemu zaleconemu przez lekarza specjalistę.

### **Badanie mammograficzne**

- ✓ Mammografia jest prześwietleniem piersi, które wykonuje się w dwóch pozycjach, od góry i z boku. Ze względu na konieczność spłaszczenia piersi, badanie może być nieprzyjemne ale nie jest bolesne.
- ✓ Mammografię wykonywaną rutynowo ze względu profilaktycznych, u kobiet w określonej grupie wieku lub grupie ryzyka, nazywamy badaniem przesiewowym (skriningowym).
- ✓ Przesiewowe badania mammograficzne są główną metodą wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet nie mających objawów obecności guza.
- ✓ Badanie mammograficzne może wykryć raka do dwóch lat wcześniej niż jest on wyczuwalny obmacywaniem i wtedy, kiedy jest on tak niewielki jak ziarnko ryżu.
- ✓ Mammografia przesiewowa umożliwia wykrywanie raka w lepiej rokujących i łatwiejszych do wyleczenia, wcześniejszych stadiach choroby.
- ✓ Rozwój raka piersi może trwać kilka lat zanim guz będzie wystarczająco duży, aby go wymacać, coroczna mammografia jest więc najlepszą z dostępnych metod jego wykrycia.
- ✓ Mammografia może wykazać guzy, które mogą być rakami (większość nie jest) lub zmiany w piersi, które mogą prowadzić do powstania nowotworu.
- ✓ Regularne badanie mammograficzne i badanie palpacyjne piersi mogą zredukować śmiertelność z powodu raka piersi u kobiet w wieku 50-ciu lat i powyżej o jedną trzecią.
- ✓ Mammografia u młodych kobiet może być mniej dokładna, gdyż gęstość utkania piersi może maskować nowotwór.
- ✓ Mammografia jest łatwiejsza do interpretacji u kobiet powyżej 50-tego roku życia, kiedy tkanka gruczołowa zaczyna podlegać zmianom zanikowym i zostaje zastępowana przez tłuszcz.
- ✓ Wykonywanie skriningowego badania mammograficznego raz na rok lub raz na dwa lata wskazane jest u kobiet powyżej 40-go roku życia.
- ✓ Przechowywanie i przynoszenie na badanie poprzednich mammografii jest istotne ze względów porównawczych, gdyż daje układ odniesienia do wykonywanego na bieżąco badania przesiewowego.
- ✓ W przypadku niejasności lub nieprawidłowości podczas badania mammograficznego może zaistnieć konieczność powtórzenia badania, wykonania mammografii diagnostycznej, ultrasonografii lub biopsji piersi.

### **Uwagi końcowe**

- ✓ Wykonuj kontrolne badania mammograficzne jeżeli jesteś kobietą po 40-ce.
- ✓ Skonsultuj z lekarzem czy powinnaś zacząć wykonywać badania mammograficzne przed 40-tym rokiem życia ze względu na czynniki ryzyka lub ryzyko rodzinne.
- ✓ Jakakolwiek nieprawidłowość wykryta w piersi, niezależnie od wieku w jakim jesteś, powinna być zbadana przez lekarza i może wymagać badania mammograficznego lub dalszej diagnostyki specjalistycznej.

- ✓ Nawet gdy mammografia niczego nie wykaże, nie powinnaś zaprzestać samobadania i ignorować jakichkolwiek zauważonych lub wymacanych zmian w piersi.
- ✓ Najlepsze rezultaty wczesnego wykrycia raka piersi można osiągnąć stosując jednocześnie opisane powyżej metody: samobadanie, mammografię i badanie palpacyjne przez lekarza lub przeszkoloną pielęgniarkę.

**Pamiętaj:**

- ✓ **Twoje zdrowie zależy od Ciebie samej.**
- ✓ **Wczesne wykrycie raka piersi może uratować Ci życie.**
- ✓ **Badaj sama piersi raz w miesiącu.**
- ✓ **Poddawaj się palpacyjnemu badaniu piersi raz do roku.**
- ✓ **Wykonuj mammografię co rok lub dwa lata jeżeli jesteś po 40-tce.**

## **PROBLEMY ZDROWOTNE PACJENTÓW ZE STOMIĄ JELITOWĄ ( PRACA MAGISTERSKA – FRAGMENTY ) – mgr ANNA ISZCZEK**

### **1. WSTĘP**

Prawdziwą epidemią naszych czasów są przewlekle choroby cywilizacyjne. Jedną z nich jest rak jelita grubego, który jest najczęstszym wskazaniem do wykonania stomii. Jest to drugi co do częstości występowania nowotwór w Polsce [1]. Coraz większa liczba zachorowań na nowotwory jelit martwi specjalistów na całym świecie. Zwłaszcza, że są one często efektem zaniedbań dietetycznych, zbyt późnym zwróceniem się o poradę do specjalisty. W Polsce każdego roku wzrasta liczba wykonywanych stomii, również z powodu chorób zapalnych jelit tj. wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Leśniowskiego-Crohna. Niejednokrotnie stomia staje się koniecznością oraz zabiegiem ratującym życie. Wytworzenie sztucznego odbytu jest jednym z nielicznych zabiegów chirurgicznych, bardzo obciążających psychicznie zarówno chorego jak i jego rodzinę.

Działania pielęgniarek pracujących zarówno w szpitalach, poradniach, jak i w środowisku, powinny być spójne, ciągłe i zmierzać do osiągnięcia tego samego celu, czyli nawiązania konstruktywnej komunikacji oraz przygotowania pacjenta do życia ze stomią. Najbardziej potrzebna pomoc, to taka która przywróci nadzieję, pobudzi do aktywności i współdziałania, a także przygotuje chorego do samodzielnego podejmowania starań o własne zdrowie i rozwój. Pacjenci z wylonioną stomią o wiele szybciej dochodzą do zdrowia, jeśli czują, że nie zostali z tym problemem sami. Największą trudność sprawia im pielęgnacja stomii szczególnie z powikłaniami, zaopatrzenie w sprzęt stomijny i podjęcie samodzielnej opieki. Środowisko pielęgniarskie może odgrywać szczególną rolę w przekazywaniu informacji na temat pielęgnacji stomii, powikłań stomijnych oraz w realizacji zadań z zakresu edukacji zdrowotnej. Bardzo ważne jest, aby pielęgniarka poinformowała chorego o zasadach prawidłowego odżywiania, o unikaniu tych produktów, które zaburzają pracę przewodu pokarmowego. Pielęgniarka powinna nauczyć pacjenta, aby stopniowo wprowadzał produkty do swojego jadłospisu i obserwował zachowanie przewodu pokarmowego. Ważne jest również, aby umiał wcześniej rozpoznać powikłania stomii i potrafił im zapobiegać.

Bardzo często w swojej pracy zawodowej obserwowałam pacjentów po zabiegu wylonienia stomii. Byli oni tak przerażeni, że najchętniej nie spożywaliby żadnych produktów, aby uniknąć niekontrolowanego oddawania gazów i stolca. Powyższe rozważania stały się inspiracją do przeprowadzenia badań na temat problemów zdrowotnych występujących u pacjentów ze stomią jelitową oraz określenia poziomu ich wiedzy na temat zasad odżywiania. Działania podejmowane przez pielęgniarkę opiekującą się pacjentem ze stomią powinny być poprzedzone wnikliwą obserwacją indywidualnych potrzeb pacjenta. Powinny dotyczyć nie tylko terapii, rehabilitacji, pielęgnacji, ale również promocji zdrowia, edukacji pacjenta i jego rodziny.

## **PROBLEMY PACJENTÓW ZE STOMIĄ JELITOWĄ WYNIKAJĄCE ZE SPOSOBU ODŻYWIANIA**

Pacjenci ze stomią jelitową ze względu na krótszy przewód pokarmowy są w większym stopniu narażeni na różnego rodzaju dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego niż osoby zdrowe.

Pośpiech lub stres w czasie jedzenia może być przyczyną kłopotów z trawieniem. Powstałe wówczas napięcia psychiczne mogą powodować skurcz naczyń krwionośnych w organizmie, także i tych, które są odpowiedzialne za wchłanianie z jelit substancji odżywczych i usuwanie toksyn. Niestaranne gryzienie pokarmu powoduje dostanie się do żołądka zbyt dużych, nie rozdrobnionych kęsów, które nawet u zdrowej osoby mogą być przyczyną wzdęć, niestrawności i bólów brzucha. U osób ze stomią prawdopodobieństwo wystąpienia tych objawów jest znacznie większe. Dlatego posiłki powinno się spożywać powoli, w spokoju, dokładnie przeżuwać każdy kęs. Koniecznie należy zadbać o użębienie.

Najczęstszymi problemami pacjentów ze stomią jelitową, wynikającymi ze sposobu odżywiania, są; zaparcie, biegunki oraz głośnie oddawanie gazów.

**Zaparcie** (inaczej: *zatwardzenie, obstrukcja*) – to zmniejszona zdolność łatwego wypróżniania – określane również, jako utrudnione lub zbyt rzadkie oddawanie stolca, występujące rzadziej niż 2 – 3 razy w tygodniu. Długotrwałe zaparcia powodują wydłużony kontakt zawartych w kale czynników rakotwórczych z błoną śluzową ściany jelit. Problemy z wypróżnianiem mają najczęściej osoby z kolostomią. W przypadku ileostomii zaparcia nie występują prawie nigdy.

Mechanizm powstawania zaparc jest taki sam u pacjentów ze stomią, jak u osób zdrowych. Polega na zbyt długim przebywaniu mas kałowych w jelicie grubym, powodując dodatkowe oddawanie wody i nadmierne ich utwardzanie. Konsystencja stolca zmienia się w twardą i zbitą masę. Wypróżnienia mogą być wtedy bolesne i może dojść nawet do uszkodzenia śluzówki stomii.

Do najczęstszych przyczyn zaparc należą:

- zbyt mała ilość płynów wypijanych w ciągu dnia – norma to minimum 2 litry dziennie,
- siedzący tryb życia oraz mała aktywność fizyczna,
- dieta ubogo błonnikowa,
- nieregularne spożywanie posiłków lub dieta jednorodna,
- spożywanie nadmiernej ilości słodczy,
- otyłość,
- stresy lub stany pobudzenia emocjonalnego,
- unieruchomienie oraz dłuższe okresy leżenia w łóżku,
- choroby gorączkowe,
- podeszły wiek,
- nadużywanie leków uspakajających, nasennych, rozkurczowych oraz preparatów zawierających żelazo,
- choroby ogólnoustrojowe np. cukrzyca, choroby tarczycy i przytarczyc,
- zmiana miejsca pobytu (zaparcia w podróży),

### **Postępowanie w przypadku zaparc**

Profilaktyka i leczenie zaparc polega przede wszystkim na wzbogacaniu diety w produkty zawierające duże ilości błonnika pokarmowego, który nie jest trawiony w przewodzie pokarmowym człowieka.

Najlepszym źródłem błonnika są:

- otręby pszenne, owsiane i jęczmienne – zawierają aż 42 g błonnika w 100g otrąb,
- ryż brązowy,
- kasze – głównie perłowa i gryczana,
- pieczywo – chleb razowy,
- świeże owoce – szczególnie jabłka, grusze, morele, brzoskwinie, banany, czarna porzeczka, pomarańcze, grejpfruty,
- suszone owoce – morele, śliwki, rodzynki,

- jarzyny bulwiaste i korzeniowe szczególnie marchew, kalafior, seler, buraki, ziemniaki i pomidory,
- rośliny strączkowe – fasola, groch, bób, które przed spożyciem powinny być namoczone w wodzie minimum 24 godziny, by nie powodowały produkcji dużej ilości gazów.

Bardzo ważne w przypadku zaporć jest przestrzeganie następujących zasad:

- picie dużej ilości płynów (minimum 2 litry dziennie),
- wypicie na czczo szklanki przegotowanej wody,
- unikanie pikantnych i tłustych potraw oraz czekolady, kakao i alkoholu,
- spożywanie fermentowanych produktów mlecznych tj. kwaśne mleko, kefir, jogurt, maślanka,
- które pobudzających pracę jelit, zawierają żywe kultury bakterii, pomaga
- spożywanie warzyw i owoców, które wpływają na ruch robaczkowy jelit, wspomagają procesy trawienia i są źródłem wielu cennych witamin oraz pierwiastków mineralnych

Bardzo ważną rolę w zapobieganiu i leczeniu zaporć odgrywa aktywność fizyczna, najlepiej na świeżym powietrzu. Spacerowanie, jazda na rowerze oraz ćwiczenia gimnastyczne, przyspieszają przemianę materii, przyczyniając się do lepszego funkcjonowania organów wewnętrznych. Systematyczne spacerowanie przyspieszają ruch robaczkowy jelit i wpływają na szybkość pasażu jelitowego.

**Biegunka** – jest to objaw chorobowy, a nie choroba. Jeżeli u osoby dorosłej występuje 4 – 6 lub więcej wodnistych stolców w ciągu doby to wtedy mówimy o biegunce. Podczas trwania biegunki pasaż jelitowy jest przyspieszony co powoduje upośledzenie trawienia i wchłaniania składników pokarmowych. O biegunce w przypadku ileostomii można mówić dopiero wtedy, gdy stolec jest wodnisty, jego objętość przekracza 1000 ml dziennie, a worek stomijny wymaga opróżniania co 2 - 3 godziny. Biegunkę u chorych z kolostomią stwierdza się wtedy, gdy stolec jest płynny lub wodnisty, a częstość jego oddawania wzrasta dwukrotnie w stosunku do obserwowanej dotychczas normy.

Biegunka może być ostra lub przewlekła. Biegunka ostra występuje nagle i może trwać kilka dni. Spowodowana jest najczęściej błędem dietetycznym, bądź zatruciem pokarmowym. Natomiast biegunka przewlekła charakteryzuje się zbyt częstymi wypróżnieniami trwającymi dłużej niż 10 dni. W stolcu obecny jest wtedy śluz, krew lub niecałkowicie strawiony pokarm. Biegunka przewlekła spowodowana jest najczęściej przez zakażenia bakteryjne, wirusowe, nietolerancję pokarmową, zapalenie nieswoiste jelit.

Najczęstszą przyczyną biegunek u osób ze stomią są błędy dietetyczne lub zatrucia pokarmowe.

Do błędów dietetycznych zaliczamy:

- spożycie zbyt dużego lub nadmiernie tłustego posiłku;
- wypicie dużej ilości alkoholu, kawy, napojów gazowanych;
- spożycie pokarmu ciężkostrawnego lub nietolerowanego przez organizm (np. mleka)
- przejedzenie się, oraz spożycie zbyt dużej ilości produktów zawierających błonnik,
- pośpiech przy jedzeniu;
- silny stres, lęk lub nadmierne emocje;
- zjedzenie niedojrzałych owoców lub żywności zepsutej;
- przyjęcie niektórych leków tj. antybiotyki, leki nadciśnieniowe, przeciwzapalne, przeciwnowotworowe,
- nadużycie środków przeczyszczających;

Następstwem biegunki jest odwodnienie, utrata elektrolitów, takich jak sód, potas, chlor oraz zaburzenie wchłaniania składników pokarmowych.

### **Postępowanie w przypadku występowania biegunek**

Niezależnie od charakteru i przyczyny biegunki, należy wdrożyć leczenie dietetyczne, polegające na zastosowaniu następujących zasad:

- wskazane jest zastosowanie głodzenia przez 24 godziny, w celu stworzenia odpowiednich warunków do odpoczynku żołądka i jelit. W tym czasie trzeba uzupełnić straty wody i elektrolitów przez zwiększenie doustnej podaży płynów oraz sodu i potasu. Zalecane jest picie dużej ilości płynów, nawet do 3-4 litrów dziennie, najlepiej wody niegazowanej, herbaty niesłodzonej lub mięty.

- w następnej dobie zalecane jest zastosowanie diety płynno-papkowej, niekiedy z dodatkiem sucharów oraz spożywanie produktów bogatych w pektyny, tj. tarte jabłka, galaretki z czarnych porzeczek lub jagód.
- w czasie biegunek należy zrezygnować z surowych warzyw i owoców, gdyż są źródłem błonnika i przyspieszają pasaż jelitowy. Owoce zawierają ponadto duże ilości cukru gronowego, który przyspiesza procesy fermentacji w jelitach. Surowe warzywa należy zastąpić gotowanymi.
- można pić herbatę bez cukru rumianek lub miętę,
- należy unikać picia kawy, mleka, soków owocowych, napojów gazowanych oraz cukru i słodczy,
- wskazane jest wypicie wody lub wody z solą (1/2 łyżeczki soli kuchennej na szklanę wody)
- chleb razowy lub grahamki najlepiej zastąpić sucharami lub czerstwym pszennym pieczywem.
- kaszę jęczmienną i gryczaną należy zastąpić kaszą manną i płatkami kukurydzianymi.
- zaleca się konsumpcję gotowanych ziemniaków, makaronów oraz łuskanego ryżu na sypko.
- należy zrezygnować z pokarmów tłustych i ciężkostrawnych, zastępując je produktami gotowanymi, najlepiej lekkostrawnymi, tj. chude, białe mięso (kurczak, indyk, ryby), jajka gotowane na miękko, białe sery.
- należy zrezygnować z ostrych przypraw, takich jak: chili, ostra papryka, pieprz, zastępując je ziołami (np. kminek, majeranek, bazylia).
- posiłki powinny być niewielkie, spożywane systematycznie (5 – 7 posiłków dziennie), najlepiej przygotowane bezpośrednio przed jedzeniem.

W przypadku biegunek bakteryjnych oprócz wymienionych wyżej zaleceń dietetycznych, należy zastosować zlecone przez lekarza leczenie farmakologiczne.

### **Wzdęcia oraz głośnie oddawanie gazów**

Ze względu na brak zwieraczy wokół przetoki, osoby ze stomią nie mogą kontrolować fizjologicznych odgłosów podczas wydalania. Mogą im przeciwdziałać stosując pewne zasady:

- należy jeść powoli, nie rozmawiać w czasie przeżuwania pokarmów,
- unikać polykania dużych kęsów,
- zalecane jest spożywanie maślanki, jogurtów, kefirów, ponieważ zmniejszają ilość gazów,
- przed założeniem woreczka posmarować stomię wazeliną,
- stosować saszetki żelujące które wyciszą gazy i zmniejszą ich objętość,
- unikać produktów gazotwórczych, np. grzybów, czosnku, ostrych przypraw,
- używać worków z filtrem, które maskują nieprzyjemne zapachy [16, 17, 21, 22, 24, 27].

## **2. DYSKUSJA**

Rozwój nauk medycznych ma znaczący wpływ na wydłużanie się życie człowieka. Jednocześnie wzrasta liczba osób, które wymagają specjalistycznej opieki. Wśród nich są pacjenci z wyłonioną stomią jelitową.

Dynamiczny rozwój technik chirurgicznych, a także wprowadzenie tzw. szwu mechanicznego, nie zmniejszył ilości wykonywanych stomii, ponieważ nadal zbyt późno wykrywane są nowotwory oraz choroby zapalne jelit. W świetle literatury zdecydowanie więcej wyłania się kolostomii, a niżeli ileostomii i urostomii [40,45,48].

Również w prezentowanych badaniach własnych wśród ankietowanych większość stanowili pacjenci z kolostomią – 75%, podczas gdy chorych z ileostomią było – 17,1%, a z urostomią – tylko 7,9%.

Stomia nie jest chorobą - jest ceną jaką wielu pacjentów, w większości cierpiących na chorobę nowotworową, musi zapłacić za uratowanie życia. Największą trudność sprawia chorym pielęgnacja stomii powikłanej, dobranie odpowiedniego sprzętu stomijnego i podjęcie samodzielnej opieki. Do tego dochodzi, często niełatwy do zaakceptowania, dyskomfort w codziennym funkcjonowaniu, zmieniony obraz własnego ciała i brak jego akceptacji. Chorzy z wyłonioną stomią jelitową o wiele szybciej dochodzą do zdrowia, jeżeli czują, że nie zostali

z tym problemem sami, dlatego bardzo ważną rolę odgrywa pielęgniarka, oraz najbliższa rodzina.

Ważnym elementem edukacji związanej z przygotowaniem chorych ze stomią do samoopieki jest przekazanie informacji z zakresu pielęgnacji stomii, oraz znajomości zasad odżywiania.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 90,8% ankietowanych uzyskało informacje jak wymieniać worki i pielęgnować stomię. Natomiast 67% ankietowanych zostało poinformowanych przez pielęgniarkę o zasadach odżywiania. Podobne wyniki badań uzyskała Kózka i wsp. [45], wg nich przeważająca większość ankietowanych została zapoznana z zasadami pielęgnacji przetoki jelitowej (73,1%), natomiast 75% badanych uzyskało informacje odnośnie diety.

W badaniach własnych, zdecydowana większość ankietowanych (64,5%) wymieniała sprzęt stomijny prawidłowo bo raz dziennie, (18,4%) rzadziej, natomiast (17,1%) kilka razy dziennie, prawdopodobnie z powodu podrażnień wokół stomii. Z badań Rogowskiej i wsp. wynika, że 60% ankietowanych (33 osoby) wymieniało worki stomijne w zależności od potrzeby, raz dziennie czyniło to 22% respondentów (11 osób), a 12% badanych (6 osób) wymieniało worki raz na dwa dni [48].

Zadawalające są wyniki badań własnych, jeśli chodzi o samodzielność zaopatrzenia stomii. Zdecydowana większość ankietowanych 80,3% (61 osób) potrafiło pielęgnować stomię i wymieniać worki samodzielnie. Jedynie 25% badanych (19 osób) korzystało w tym zakresie z pomocy rodziny i pielęgniarki. Można pokusić się o stwierdzenie, że badane osoby ze stomią jelitową, nie mają problemów z jej pielęgnacją, ponieważ 67% ankietowanych zostało przeszkolonych w tym zakresie.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że większość ankietowanych zna zasady prawidłowego odżywiania, ponieważ 67,1% badanych spożywa posiłki 4 – 5 razy dziennie, natomiast 32,9% ankietowanych przyjmuje posiłki 2-3 razy dziennie.

Zadawalające są wyniki, jeśli chodzi o spożywanie owoców warzyw, ponieważ 90,8% badanych stwierdziło że spożywa je codziennie lub 1-2 razy tygodniu.

Wśród badanych osób, błędy żywieniowe popełnia jednak, aż 44,7% ankietowanych, używając ostrych przypraw do przyrządzania posiłków oraz spożywając zbyt tłuste pokarmy. Zdecydowana większość ankietowanych – 82,9%, przyjmuje w ciągu dnia nie mniej, niż 2 litry płynów, jedynie 17,1% ankietowanych spożywa zbyt mało płynów. Wśród badanych osób ze stomią jelitową problemy związane ze sposobem odżywiania występowały w postaci: biegunek (51,3% badanej populacji), zaparcie (18,3% badanych) oraz głośnego oddawania gazów (57,9% ankietowanych). Można przypuszczać, że błędy żywieniowe popełniane przez pacjentów ze stomią jelitową nie wynikają z braku wiedzy o zasadach prawidłowego odżywiania. Powodem występowania tych błędów mogą być złe nawyki żywieniowe, przyzwyczajenia lub łakomstwo.

Na prawidłowe funkcjonowanie stomii oraz zmniejszenie częstości występowania powikłań skórnych ma wpływ wyznaczenie miejsca wyłonienia stomii jelitowej. W świetle literatury występowanie powikłań dermatologicznych uzależnione jest od prawidłowej lokalizacji stomii, która umożliwia dobrą widoczność, co ułatwia samopielęgnację oraz szczelne zabezpieczenie przetoki jelitowej. Bardzo ważne jest również delikatne usuwanie płytek i mycie skóry. Należy korzystać z past lub innych środków, które uszczelnia nierówności wokół stomii [40]. Z badań własnych wynika, że aż 78,9% ankietowanych ma stomię płaską – powikłaną, która nie wystaje ponad skórę. Natomiast na złe umiejscowienie stomii w powłokach skórnych wskazuje 30,3% badanych.

W badaniach własnych określono istotną statystycznie zależność wpływu wyznaczenia miejsca stomii na występowanie powikłań skórnych. Wśród ankietowanych, którym wyznaczono miejsce wyłonienia stomii, podrażnienia skóry występowały rzadziej. Pomimo zaleceń Polskiego Klubu Koloproktologii nadal w Polsce są ośrodki, w których nie wykonuje się procedury wyznaczenia miejsca stomii. Na problem ten zwracają uwagę naukowcy, chirurdzy oraz pielęgniarki stomijne. W bieżącym roku trwa nabór na kurs specjalistyczny w zakresie wyznaczenia miejsca stomii organizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych. W badaniach przeprowadzonych przez Kózkę i wsp. [45], 45% ankietowanych miało przed zabiegiem wyznaczone miejsce wyłonienia stomii jelitowej, porównywalny wynik uzyskano w badaniach własnych, gdyż 47,4% ankietowanych miało wykonaną tę procedurę. Najlepsze wyniki w tym zakresie uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Szponara i wsp. [52], w którym 84% chorych miało wyznaczoną lokalizację przyszej stomii.

W badaniach własnych stwierdzono również istotną statystycznie zależność wpływu rodzaju stomii jelitowej na występowanie podrażnień skóry. Powikłania dermatologiczne najczęściej występowały u pacjentów z ileostomią, natomiast rzadziej u osób z kolostomią, czy urostomią. Treść jelitowa wydobywająca się z ileostomii jest półpłynna i zawiera znacznie więcej kwasów żółciowych i enzymów trawiennych niż treść stała. Na występowanie powikłań dermatologicznych wokół stomii ma wpływ nie tylko niewystarczająca, ale również nadmierna higiena, stosowanie agresywnych środków myjących (np. benzyna), źle dobrany sprzęt stomijny, a także nieumiejętna jego zmiana [40].

W badaniach przeprowadzonych przez Bazylińskiego i wsp. [40], powikłania dermatologiczne częściej zgłaszali pacjenci z kolostomią (61,8%), niż osoby z ileostomią (52,9 %). Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych. Wśród 57 osób z kolostomią (75% badanej populacji), aż 50,9% ankietowanych (29 osób) zgłaszało problemy skórne, natomiast wśród 13 pacjentów z ileostomią (17,1% badanej populacji) – 46,2% ankietowanych zgłaszało te problemy.

W badaniach własnych stwierdzono również statystyczną zależność wpływu rodzaju stomii na występowanie przepukliny okołostomijnej. W świetle literatury występowanie przepukliny zwłaszcza u osób z kolostomią jest nieuniknione. Częstość występowania przepukliny okołostomijnej wg różnych autorów waha się od 0 do 100% i najczęściej dotyczy ona kolostomii, rzadziej ileostomii (0,7 – 2,6%) [13,45]. Badania własne wykazały, że przepuklinę zgłaszało 24,6% badanych osób z kolostomią i 33,3% pacjentów z urostomią. Natomiast przepuklina okołostomijna nie występowała wśród ankietowanych z ileostomią. Bardzo ważna jest profilaktyka, czyli działania mające na celu zapobieganie powstawaniu przepukliny lub, jeśli już powstanie zahamowanie jej powiększania się. Służy do tego celu pasy przepuklinowy. Powinien on ściśle przylegać do ciała i podtrzymywać mięśnie, ale nie za ciasno, tak by nie krępować ruchów. W doborze odpowiedniego pasa może pomóc pacjentowi lekarz, pielęgniarka lub personel sklepu medycznego. Jednak najważniejsze jest, aby pas przepuklinowy zakładany był w pozycji leżącej. W badaniach własnych wykazano, że jedynie 17,1% ankietowanych stosowało pas przepuklinowy. Zbyt niski wynik świadczy o tym, że chorzy ze stomią jelitową nie stosują profilaktycznie pasa przepuklinowego – przyczyną może być konieczność poniesienia kosztów (100% odpłatność). W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje pas przepuklinowy tylko wtedy, gdy chirurg stwierdzi przepuklinę okołostomijną. Na występowanie przepukliny okołostomijnej ma wpływ również aktywność fizyczna pacjentów, oraz wzrost masy ciała po zabiegu wyłonienia stomii. Nie należy rezygnować z ćwiczeń fizycznych z powodu przepukliny okołostomijnej. Dobra kondycja mięśni brzucha zapobiega bowiem jej pogłębieniu. Systematyczny wysiłek fizyczny np. w postaci codziennych spacerów lub gimnastyki, może przynieść znaczne korzyści, wydłużyć życie i okres pozostawania w pełni niezależnym od innych. Nadmierny wzrost masy ciała zwiększa ryzyko wystąpienia przepukliny okołostomijnej.

Z badań własnych wynika, że jedynie 21,1% ankietowanych wykonywało ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha. Niezmiernie ważny jest wpływ ćwiczeń fizycznych na masę ciała. Obok prawidłowej diety jest to główny sposób walki z otyłością. Samo istnienie brzuszno odbytu nie powinno być żadnym usprawiedliwieniem dla braku aktywności. Specjaliści zalecają jednak, aby w ciągu pierwszych trzech miesięcy po operacji zachować ostrożność, następnie powoli stopniować wysiłek. W badaniach własnych wykazano, że 23,7% ankietowanych (18 osobom) nadmiernie wzrosła masa ciała. W badaniach Cierzniaowska i wsp. [6] stwierdzono, że wyłonienie stomii jelitowej zmusza pacjentów do zmiany trybu życia, wpływa nie tylko na ich psychikę, ale również na funkcjonowanie w życiu społecznym, rodzinnym i zawodowym. Według Oleksiak [42] wyłonienie stomii jelitowej wpłynęło na ograniczenia w pracy zawodowej u 43% ankietowanych.

Wytworzenie przetoki jelitowej powoduje utratę kontroli nad jedną z zasadniczych funkcji organizmu jaką jest wydalanie. Ze względu na brak zwieraczy wokół przetoki, osoba ze stomią nie może kontrolować czasu, ani głośności fizjologicznych odgłosów, towarzyszących wydalaniu. Dlatego wielu pacjentów z przetoką jelitową, świadomie lub podświadomie, unika spotkań towarzyskich, często rezygnując z pracy zawodowej. Z badań własnych wynika, że wśród 39,5% ankietowanych (30 osób), występuje lęk przed przebywaniem w dużych skupiskach ludzi. Wykazano również, że 82,9% badanych nie powróciło do pracy zawodowej. Można przypuszczać, że brak aktywności zawodowej wśród ankietowanych spowodowany jest także wiekiem pacjentów, gdyż 75% ankietowanych, to osoby po 60 roku życia.

Pacjenci ze stomią jelitową czują się oszpecceni okaleczeni i skrzywdzeni. Potrzebują wsparcia społecznego, aby lepiej zrozumieć i zaakceptować nową sytuację, w której się znaleźli. Powrót chorego do normalnego życia po zabiegu wyłonienia stomii, jest możliwy dzięki różnym źródłom wsparcia. Najcenniejsze z nich to :

- Źródła pierwotne (rodzina, bliscy, sąsiedzi, przyjaciele)
- Profesjonaliści (psycholog, lekarz, pielęgniarka)
- Grupy samopomocy (np. wolontariusze POL-ILKO)

Każde z tych źródeł może udzielić różnego rodzaju wsparcia i pomocy, w zależności od zapotrzebowania chorego. Ważne jest, aby nastąpiło jak najszybciej od momentu poinformowania o możliwości takiej operacji, nawet wtedy gdy sam chory o taką pomoc czy wsparcie nie prosi.

Z badań własnych najliczniejsza grupa - 40,8% respondentów - stwierdziła, że takie wsparcie otrzymała od rodziny. Drugą grupę stanowili pacjenci, którzy otrzymali wsparcie od personelu medycznego (13,2%).

Podobne wyniki badań uzyskała Glińska i wsp. [47], w których większość ankietowanych oczekiwane wsparcie otrzymała od rodziny, a tylko połowa z nich od personelu medycznego.

W badaniach własnych poddano analizie statystycznej zależność wpływu powikłań dermatologicznych na zaopatrzenie w sprzęt stomijny i środki do pielęgnacji stomii. Okazało się że zależność ta jest istotna statystycznie. Osoby, u których częściej występowały podrażnienia wokół stomii, kupowały więcej sprzętu stomijnego i środków do jej pielęgnacji. Dobierając sprzęt stomijny należy brać pod uwagę rodzaj stomii, jej umiejscowienie, stan psychofizyczny i tryb życia pacjenta, a także możliwości pomocy ze strony rodziny. Asortyment sprzętu stomijnego jest szeroki i zróżnicowany, daje możliwości wyboru i indywidualnego dopasowania do pacjenta [34]. Z badań własnych wynika aż 21,1% pacjentów ze stomią jelitową kupowało środki do jej pielęgnacji. Tak duży odsetek osób kupujących najprawdopodobniej spowodowany był tym, że w 2013 roku po raz pierwszy Narodowy Fundusz Zdrowia nie refundował środków do pielęgnacji stomii. Osoby objęte badaniem zmuszone były do kupowania ich. W 2014 roku przywrócono refundację i pacjenci ze stomią jelitową w ramach przyjętych limitów mogą bezpłatnie korzystać zarówno ze sprzętu stomijnego, jak i środków do pielęgnacji stomii.

W pracy podjęto się również oceny wpływu wyłonienia stomii na bliskość i stosunki intymne z partnerem / partnerką. Zdecydowana większość 67,1% ankietowanych stwierdziła, że zabieg ten nie wpłynął negatywnie na ich życie intymne.

### 3. WNIOSKI

1. Najczęstszymi powikłaniami stomii jelitowej są stomia płaska i przepuklina okołostomijna.
2. Podrażnienia skóry wokół stomii występują rzadziej u osób, którym wyznaczono miejsce wyłonienia stomii.
3. Występowanie podrażnień skóry wokół stomii uzależnione jest od rodzaju stomii i dotyczy częściej pacjentów z ileostomią, rzadziej natomiast występuje u osób z kolostomią i urostomią.
4. Powikłania ze strony przewodu pokarmowego (biegunki, zaparcia, głośnie oddawanie gazów) występują rzadziej u pacjentów, którzy przestrzegają zasad prawidłowego odżywiania.
5. Pielęgniarki są ważnym źródłem informacji o zasadach prawidłowego odżywiania pacjentów z wyłonioną stomią jelitową.
6. Pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej mają dość dużą wiedzę dotyczącą zasad prawidłowego odżywiania.
7. Przepuklina okołostomijna występuje głównie u chorych z kolostomią i urostomią.
8. Zapotrzebowanie na sprzęt stomijny i środki do pielęgnacji stomii jest większe wśród pacjentów z podrażnieniami skóry wokół stomii.
9. Głośnie oddawanie gazów przez stomię jelitową ma wpływ na występowanie lęku przed przebywaniem w dużych skupiskach ludzi.
10. Pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii uzyskują dość dużo informacji, dotyczących zasad pielęgnacji stomii, większość samodzielnie wymienia worek i prawidłowo pielęgnuje stomię.
11. Zabieg wyłonienia stomii jelitowej nie wpływa negatywnie na życie intymne chorych.
12. Pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii nie powracają na ogół do pracy zawodowej.



Łódź, dn. 02-05-2016

Jan Oszczyk  
ul. Leszka Białego 2 m 34 bl. 205  
92-414 Łódź

Do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
ul. 3-go Maja 7  
98-200 Sieradz

### **List Pochwalny**

Chciałbym wyrazić swoje szczerze i pełne wdzięczności podziękowania i pochwały dla pań pielęgniarek i pań salowych w Centrum Zdrowia w Poddębicach reprezentowanych przez Panią koordynator oddziału Lek. med. Marlenę Oboza i pielęgniarkę oddziałową mgr Agnieszkę Stawiszyńską. Za stabilne wykonywanie swego zawodu i miłe podejście do pacjentów a zwłaszcza do osób niepełnosprawnych na pochwałę i podziękowanie zasłużyły pielęgniarki Marzanna Bryl, Urszula Nowak, Jadwiga Nowak, Halina Tańska oraz pomoc Zofia Stańczyk, Anna Woźniak.

Osoby wymienione w liście zasługują na pochwałę i gratulację.

Życzę wszystkim dalszych sukcesów w życiu zawodowym jak i prywatnym.

Proszę o przysłanie biuletynu z tym wpisem.

Cum debita reverentia  
Jan Oszczyk



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## ZAPRASZAMY PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE NA BEZPŁATNE KURSY PODYPLOMOWE ORGANIZOWANE W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM



### Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek:

Pielęgniarstwo onkologiczne  
Pielęgniarstwo psychiatryczne

### Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych:

Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych – Część I  
Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych – Część II

**Instytucja Pośrednicząca:** Ministerstwo Zdrowia Departament Funduszy Europejskich

**Realizator Projektu, Organizator Kształcenia:** Klinika ffx Grażyna Maria Nowak z siedzibą w Warszawie,  
ul. Jurija Gagarina 30/7, 00-754 Warszawa

**Biuro Projektu:** Klinika ffx 05-515 Stara Iwiczna, ul. Słoneczna 111A/2

W województwie łódzkim w okresie realizacji projektu planowane są następujące edycje kursów:

**SIERADZ / ŁÓDŹ - „Pielęgniarstwo onkologiczne”** – planowane rozpoczęcie w październiku 2016 r.

**SIERADZ / ŁÓDŹ - „Pielęgniarstwo psychiatryczne”** – planowane rozpoczęcie we wrześniu 2017 r.

**SIERADZ - „Ordynowanie leków i wypisywanie recept...” (Część I)** – planowane rozpoczęcie w październiku 2017 r.

**SIERADZ - „Ordynowanie leków i wypisywanie recept...” (Część II)** – planowane rozpoczęcie pierwszej edycji w październiku 2017 r.

Wymagania w stosunku do kandydatów:

- dla kursów kwalifikacyjnych – aktualne prawo wykonywania zawodu oraz co najmniej 6 miesięczne doświadczenie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza,
- dla kursów specjalistycznych\* – aktualne prawo wykonywania zawodu,
- zamieszkanie i/lub zatrudnienie na terenie województw: dolnośląskiego, łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego, śląskiego lub wielkopolskiego.

\* Wyjaśnienie dotyczące kwalifikacji dla kursu „Ordynowania leków i wypisywania recept”:

Zgodnie z programem kształcenia kursu specjalistycznego *Ordynowanie leków i wypisywanie recept* do części I może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), tj.:

– pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia (studia magisterskie) na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa dotyczy również osób, które ukończyły studia jednolite);

– pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Natomiast do części II może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 2 powyższej ustawy tj.:

– pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia (studia licencjackie), na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo;

– pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Warunki przystąpienia pielęgniarki albo położnej do kursu specjalistycznego w zakresie *Ordynowania leków i wypisywania recept część I i II* nie muszą być spełnione łącznie. To oznacza, że pielęgniarka albo położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nie musi posiadać dyplomu ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

**Szczegółowe zasady rekrutacji znajdują się na stronie internetowej projektu:**

<http://www.kadrymedyczne.pl/nowe-kwalifikacje>

**Kontakt z działem rekrutacji:**

tel.: (12) 378 42 72

fax: (12) 398 19 93

e-mail: [rekrutacja@klinikaffx.pl](mailto:rekrutacja@klinikaffx.pl)

[www.kadrymedyczne.pl](http://www.kadrymedyczne.pl)

 **Klinika ffx**  
Kształcenie podyplomowe w zawodach medycznych

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

---

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszą Koleżankę,  
Emerytowaną Przełożoną Pielęgniarek i Położnych

**Z D Z I S Ł A W Ę S W I R O G**

Osoba niezwykła, aktywna zawodowo, wytrwała i cierpliwa, ceniona wśród załogi...  
Żegnaj Pani Zdzisiu ...

koleżanki pielęgniarki i położne  
Szpital Wojewódzki Sieradz

---