

Spis Treści

1. KOMUNIKATY :

- Notatka z VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych 2
- Notatka z pierwszego posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych 3
- Wysokość składek członkowskich 4 - 5
- Obecny Minister Zdrowia podtrzymuje ustalenia dotyczące podwyżek dla pielęgniarek i położnych 6
- Odpowiedź Prezesa NFZ dotycząca kwestii prawnych dotyczących przekazania środków na podwyżki pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej 7
- Odpowiedź Ministra Zdrowia w sprawie wątpliwości dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej 8 - 11
- Odpowiedź z NFZ dotycząca wątpliwości co do zakresu stosowania rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 08 września w sprawie ogólnych warunków umów 2015 r. 12 - 13
- Pismo Prezesa NFZ do Przewodniczącej OZZPiP dotyczące realizacji przepisów związanych z przekazaniem dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej 14 - 16
- Debata „Zdrowie prawem obywatela”, przekazanie recept „Ostatni dyżur” Marszałkom Sejmu i Senatowi oraz Premierowi RP 17 - 18
- Stanowisko NRPiP w sprawie projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży 19 - 23
- Pismo NRPiP do MZ w sprawie problemu wydawania przez świadczeniodawców oryginałów dokumentacji medycznej – odpowiedź MZ 24 - 27
- Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych 28

2. ARTYKUŁY :

- O nowej strategii dla pielęgniarstwa w Anglii 29
- Pielęgnowanie pacjenta z chorobą Parkinsona 30 - 35
- Porty naczyniowe 36 - 38
- Relacja z konferencji: „Zmiany w opiece długoterminowej- implikacje praktyczne dla pacjentów i świadczeniodawców” 38 - 40

3. OFERTA PRACY 40

4. Z ŻAŁOBNEJ KARTY 41

Decyzją delegatów VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych:
Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji została

Pani Zofia Małas



Pani Zofia Małas jest magistrem zdrowia publicznego oraz specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i epidemiologicznego. Przez dwie ostatnie kadencje działalności samorządu zawodowego była Przewodniczącą Świętokrzyskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach.

Przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej wybrana została
Pani Kamilla Gólcz

Przewodniczącą Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych została
Pani Beata Rozner

Nacelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych została
Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk

Na pierwszym posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 3 lutego 2016 r. dokonano kolejnych wyborów na okres VII kadencji.

Wiceprezesami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zostali:

Pani Mariola Łodzińska - pielęgniarka
Pan Sebastian Irzykowski – pielęgniarz
Pani Ewa Janiuk – położna

Skarbnikiem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została:

Pani Danuta Adamek – pielęgniarka

Sekretarzem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została:

Pani Joanna Walewander – pielęgniarka



Pani Zofii Małas - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz wszystkim osobom wybranym do organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych życzymy wytrwałości w działalności samorządowej, owocnej pracy i satysfakcji z podejmowanych działań.

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS

WYSOKOŚĆ SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Na podstawie art. 11 ust.2 pkt.4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, członkowie samorządu pielęgniarek i położnych obowiązani są regularnie opłacać składkę członkowską.

Wysokość składek określona w Uchwałach nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. obowiązuje od dnia 01.02.2016r.

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22

VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt. 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych,
z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

- 1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
- 2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
- 3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);

- 2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.*
- 3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
- 4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
- 5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.
- 6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,
- 7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.
- 8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych **4%** sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu

na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

*dotyczy osób niewykonyjących zawodu , które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. , poz. 1435, ze zm.) informują OIPiP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

Pielęgniarki/położne z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu przekazują składki na rachunek OIPiPZS:

Bank PEKAO BP S.A.O/Sieradz
nr konta: 17 1020 4564 0000 5902 0046 9023

lub opłacają osobiście w biurze OIPiPZS.

Składka członkowska dla pielęgniarek/położnych prowadzących indywidualne lub grupowe praktyki zawodowe, zgodnie z zapisem uchwał nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016r.

w roku 2016 wynosi 32.11 zł. miesięcznie.

Barbara Piecyk
Skarbnik ORPiPZS

Obecny minister zdrowia podtrzymuje ustalenia dotyczące podwyżek dla pielęgniarek i położnych

Porozumienie podpisane z poprzednim ministrem musi być realizowane, ale mamy problem z finansowaniem zobowiązań – poinformował minister zdrowia Konstanty Radziwiłł podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia 1 grudnia br. Minister podkreślił, że spotkał się już w tej sprawie z przedstawicielami NRPIP i OZZPIP, planowane są też kolejne konsultacje.

Podczas trwającego ponad 3 godziny posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia minister Konstanty Radziwiłł przedstawił informację o kierunkach planowanych działań resortu w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w latach 2015-2019. Wśród zagadnień, jakimi Ministerstwo Zdrowia zajmie się w pierwszej kolejności znalazły się kwestie dotyczące sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz problem braku kadry medycznej, szczególnie pielęgniarek. Minister Radziwiłł poinformował członków sejmowej komisji zdrowia, że obecnie prowadzone są analizy jaki sposób będzie w polskich warunkach najefektywniejszy, wskazał przy tym dwa rozwiązania, które są obecnie brane pod uwagę, czyli realna wycena świadczeń i ustawowe zapisanie minimalnej kwoty wynagrodzenia. Podkreślił przy tym, że problem jest szerszy i dotyczy także innych zawodów, nie tylko pielęgniarek, położnych i lekarzy. A jego rozwiązanie, jak się wyraził „jest konieczne”.

Minister zdrowia podkreślił także, że większej uwagi ze strony resortu wymaga system kształcenia przed i podyplomowego lekarzy, położnych i pielęgniarek. Jak zapowiedział: „Po szybkiej analizie zmierzamy do przywrócenia stażu podyplomowego. Wydaje się, że do przyzwoitego kształcenia lekarza i lekarza dentystry potrzebny jest utrzymanie stażu podyplomowy, którego jakość musi być modyfikowana, podnoszona”. Nie doprecyzował, czy ten wymóg będzie także dotyczył pielęgniarek.

„Jeśli chodzi o kadre pielęgniarstwa i położniczą, mamy sytuację naprawdę dramatyczną”, mówił minister zdrowia cytując Raport NRPIP, nie sprecyzował jednak jaki pomysł ma Ministerstwo Zdrowia na poprawę sytuacji. Jedynie zadeklarował, że „tu trzeba zrobić coś wielkiego”.

Minister Radziwiłł podtrzymał także wyborczą deklarację dotyczącą likwidacji NFZ i powrotu do finansowania systemu opieki zdrowotnej bezpośrednio z budżetu państwa. Zaznaczył jednak, że będzie to następowało stopniowo, by „nie nadszarpnąć relacji między płatnikiem a świadczeniodawcą”.

Dz. 40.160.2016
K. 02599 TMRK

Warszawa, 29.01.2016 r.

MR Kopina
Dziękuję
ment.
Zm

Pani
Zofia Malas
Naczelną Izba Pielęgniarek
i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02-757 Warszawa

Szanowno Pani Prezes!

W nawiązaniu do spotkania w dniu 26 stycznia 2016 r. w siedzibie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia odnosząc się do kwestii stosowania przepisów dotyczących przekazania dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej uprzejmie informuję, jak niżej.

Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 1628), zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1400) ww. dodatkowe środki finansowe świadczeniodawca przeznacza w taki sposób, (...) aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł (...) dla wskazanych wyżej grup zawodowych.

Przedmiotowe środki finansowe stanowią sumę wszystkich środków finansowych otrzymanych w zakresach świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki lub higienistki szkolne udzielające świadczenia w środowisku nauczania i wychowania, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, w ramach umowy zawartej z NFZ przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Z powołaniem



PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk

P. W. H. H. H.

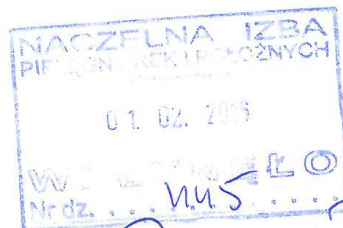


Minister Zdrowia

17

Warszawa, *27.01.2016.*

PP-WPS.078.2.2016



Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Schemata Pani Prezes

Odpowiadając na korespondencję z dnia 4 stycznia br. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.1.2016.WW) oraz z dnia 7 stycznia br. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.6.2016.WW) w sprawie pojawiających się wątpliwości dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

W porozumieniu podpisanym 23 września 2015 r. przez Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz środowisko pielęgniarek i położnych – reprezentowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych – 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

w sposób zapewniający ww. grupom zawodowym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w przeliczeniu na etat (równoważnik etatu).

Zgodnie z treścią porozumienia wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej w wysokości 400 zł nastąpi w okresie od 1 stycznia 2016r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Następnie o 800 zł wynagrodzenie wzrośnie w okresie

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

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



od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r. Natomiast od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. będzie przysługiwała podwyżka w kwocie 1200 zł, zaś od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. wynagrodzenie wzrośnie o kwotę 1600 zł.

W dniu 16 października br. weszły w życie przepisy *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1628). Rozporządzenie to uzupełnia rozwiązania zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1400) m.in. w zakresie uregulowania od 1 stycznia 2016r. kwestii wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek poz, pielęgniarek i higienistek szkolnych udzielających świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnych poz, zgodnie z ww. zawartym porozumieniem.

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.

Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia w warunkach kontraktowania świadczeń zakres świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz oraz pielęgniarki w środowisku 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 214, 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 świadczeń jest lista świadczeniobiorców utworzona przez świadczeniodawcę na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz.

Podkreślenia wymaga, że Fundusz nie jest pracodawcą wobec personelu zgłaszanego przez świadczeniodawców do realizacji umów. Kwoty środków przekazywane świadczeniodawcom w wyniku rozliczenia świadczeń służą pokryciu kosztów ich udzielania, w tym kosztów wynagrodzeń personelu. Wynikający z przepisów § 16 ust. 1a załącznika do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* oraz § 3 i § 4 ust. 6 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wzrost finansowania świadczeń w zakresach: świadczenia pielęgniarki poz, świadczenia położnej poz, świadczenia pielęgniarki szkolnej, kieruje strumień finansowania w obszary, w których zwiększenie nakładów na świadczenia było konieczne.

Wzrost finansowania świadczeń w zakresie: świadczenia lekarza poz, nastąpił w roku 2015, skutkując wzrostem nakładów na POZ o ok. 1,1 mld zł w porównaniu z kosztami poniesionymi w roku 2014. Jako skutek przyjętych rozwiązań, w roku 2016, szacowany jest dalszy wzrost nakładów na finansowanie przedmiotowych świadczeń (o ok. 0,4 mld zł), w przypadku spełnienia przez wszystkich świadczeniodawców realizujących zakres świadczeń lekarza poz, przesłanek do stosowania przy rozliczaniu świadczeń, w ciągu całego roku, rocznej stawki kapitałowej w kwocie 144 zł.

W świetle powyższego tzw. „pielęgniarki praktyki” – wykonujące świadczenia w gabinetach zabiegowych i gabinetach szczepień lekarzy poz nie są uprawnione do wzrostu wynagrodzeń, wynikającego 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. Natomiast tzw. „pielęgniarki współpracujące” z pielęgniarką poz, która posiada

deklaracje wyboru pacjentów i jej wynagrodzenie jest finansowane ze stawki kapitałowej, mogą być uwzględnione w podziale dodatkowych środków pochodzących ze wzrostu kapitałowej stawki rocznej. Warunkiem jest posiadanie umowy z NFZ obejmującej świadczenia udzielane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach której do realizacji tych świadczeń zatrudniona jest obok pielęgniarki poz. tzw. „pielęgniarka współpracująca”. Jednocześnie wyjaśniam, że zgodnie z informacją Prezesa NFZ dla wyliczenia stawek kapitałowych w zakresach: pielęgniarki poz. i położnej poz. zostały uwzględnione pielęgniarki i położne „współpracujące”.

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 rozliczania pacjentów w wieku od 40. do 60. 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 Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z powierzeniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Marek Tombariewicz

Dz. U. 401.13f. 2016.
16.02.2016. T.M.E.

Warszawa, dnia 25.01.2016.

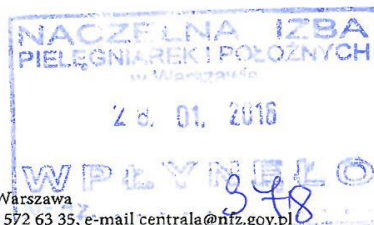
Pani
Zofia Małas
Naczelną Izbą Pielęgniarek
i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02-757 Warszawa

Szanowne Pani,

W związku z pismem znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.6.2016.WW z 7 stycznia 2016 r. dotyczącym (...) wątpliwości, co do zakresu zastosowania rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 08 września w sprawie ogólnych warunków umów 2015 r. (...) i interpretacji wykonywania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowa opieka zdrowotna, w odniesieniu do przekazania dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, jak niżej.

Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r, poz. 1628), zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1400) dodatkowe środki finansowe świadczeniodawca przeznacza w taki sposób, (...) aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł (...) dla wskazanej wyżej grupy zawodowej.

Przedmiotowe środki finansowe stanowią sumę wszystkich środków finansowych otrzymanych w zakresach świadczeń realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, w ramach umowy zawartej z NFZ przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

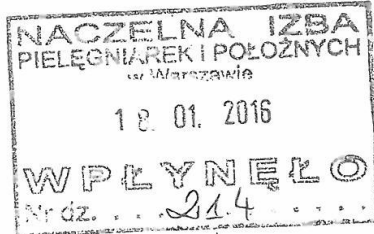


Jednocześnie trzeba stwierdzić, że świadczeniodawca może, w związku ze swoją suwerennością i samodzielnością, zgodnie z zapisami zawartymi w § 1 ust. 3 zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniającego zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wykorzystać środki finansowe wynikające ze zmiany wartości współczynnika odnoszącego się do osób w wieku od 40 do 65 roku życia z poziomu 1,1 do 1,12 do finansowania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki, w szczególności realizujące świadczenia w gabinetach zabiegowych oraz punktach szczepień, które nie są definiowane, jako pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie nadmieniam, że w związku z pismem pani Lucyny Dargiewicz Przewodniczącej Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych znak: ZK-009/VI/2016 r. z 7 stycznia 2016 r. w sprawie realizacji przepisów związanych z przekazaniem dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki lub higienistki szkolne udzielające świadczeń w środowisku nauczania i wychowania została Pani przekazana do wiadomości odpowiedź w niniejszej kwestii pismem znak: DSOZ.40158.2016 W.00891.KKL z 15 stycznia 2016 r.


Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia
ZASTĘPCA DYREKTORA

Daniel Rutkowski

znak: *202.40.58.2016*.....Warszawa, *15.01*, 2016 r.*K-00891.tkl*.....

Pani

Lucyna Dargiewicz

Przewodnicząca

Zarządu Krajowego

Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek

i Położnych

Szanowno Pani Przewodnicząca!

Odpowiadając na pismo ZK-009/VII/2016 z 7 stycznia 2016 roku w sprawie realizacji przepisów związanych z przekazaniem dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania. Proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

1. Strony zawartego w dniu 23 września 2015 roku Porozumienia, nie zakwestionowały treści przekazanych zgodnie z pkt 2 projektów zarządzeń Prezesa NFZ, które wprost realizowały intencje zawarte w Porozumieniu oraz *zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.*
2. W przekazanych wcześniej danych dotyczących pielęgniarek „współpracujących” w POZ, dla wyliczenia wzrostów stawek kapitacyjnych w zakresach: pielęgniarki POZ i położnej POZ zostały uwzględnione pielęgniarki i położne „współpracujące”, zgodnie z informacją przekazaną w trakcie spotkania 13 października 2015 roku, o którym Pani wspomina.
3. Należy wskazać, że prezentowane przez Panią wyliczenie kwoty 328,70 PLN nie uwzględnia współczynników korygujących w grupach wiekowych, obowiązujących w rozliczeniu świadczeń w stosownych zakresach POZ.

4. Z uwagi na szacunkowy charakter powyższych wyliczeń, o którym była Pani poinformowana w toku spotkania, zaproponowane wysokości stawek kapitaacyjnych mogą ulec zmianie po dokonaniu analizy faktycznie sfinansowanych świadczeń w tym zakresie po upływie I kwartału 2016 roku.
5. W odniesieniu do przepisów określających przekazanie środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, należy podkreślić, że wskazanie średniego wzrostu wynagrodzenia przyznawanego pielęgniarkom i położnym POZ na poziomie świadczeniodawcy powoduje brak jakiegokolwiek relacji pomiędzy zasadami finansowania kapitacyjnego a przekazaniem dodatkowych środków finansowych na wzrost wynagrodzeń, ponieważ w żaden sposób nie uwzględnia liczebności populacji objętych opieką przez wskazywane pielęgniarki i położne. Należy przypomnieć, że wysokość środków przekazywanych dla świadczeniodawcy w ramach finansowania kapitacyjnego wynika z iloczynu rocznej stawki kapitacyjnej i liczby zadeklarowanych świadczeniobiorców
6. W zakresie lekarza POZ nie uwzględniono pielęgniarek gabinetu zabiegowego lub punktów szczepień ponieważ NFZ nie posiada informacji o ich liczbie z uwagi na fakt braku wymogu uczestniczenia przez powyższe w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza POZ – powyżej wskazywane pielęgniarki nie są pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej.
Jednakże informuję, że w związku z postanowieniami *zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 roku 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 1,12 wartości współczynnika korygującego bazową stawkę kapitacyjną dla rozliczania pacjentów w wieku do 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.

Wprowadzona regulacja nie jest związana z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400 z późn. zm.).

7. W odniesieniu do świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na mocy § 2 ust. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400)* świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej zostały wyłączone w całości, jako te, które podlegają wzrostom finansowania dedykowanym pielęgniarkom i położnym, poczynając od 1 września 2015 roku.

Z kolei na mocy postanowień *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1628)* świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej zostały uwzględnione od 1 stycznia 2016 roku, we wzrostach finansowania dedykowanym pielęgniarkom i położnym jedynie w tych zakresach świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, co z uwagi na inny charakter rozliczania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ryczałt miesięczny), może być uwzględnione od 1 sierpnia 2016 roku.

Pragnę zapewnić panią o wnikliwym podejściu Narodowego Funduszu Zdrowia do przedstawianych problemów i pełnej otwartości do współpracy ze środowiskiem pielęgniarek i położnych, w przyjmowaniu rozwiązań mających na celu ich rozwiązywanie. Jednakże należy mieć na względzie możliwość wypracowywania rozwiązań zgodnie z obowiązującym prawem.

Do wiadomości:

Pan Konstanty Radziwiłł – Minister Zdrowia

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia

Tadeusz Jędrzejczyk

Debata „Zdrowie prawem obywatela”, przekazanie recept „Ostatni dyżur” Marszałkom Sejmu i Senatu oraz Premier RP

Debata publiczna „Zdrowie prawem obywatela” odbyła się w dniu 16 grudnia 2015r. o godz.11:00 w Nowym Dziedzińcu Biblioteki Publicznej m.st. Warszawy przy ul. Koszykowej w Warszawie.

W eksperckim panelu dyskusyjnym zasiedli:

- *dr Grażyna Rogala-Pawelczyk* - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- *prof. zw. dr hab. Tomasz Goban-Klas* - socjolog, medioznawca, profesor emerytowany Uniwersytetu Jagiellońskiego
- *Tomasz Górski* - Prezes Instytutu Spraw Obywatelskich
- *Szymon Chrostowski* -Prezes Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych

W roli eksperta - obserwatora na spotkaniu obecna była również Dorota Wojciechowska, główny specjalista w Biurze Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich w Kancelarii Prezydenta RP. Prowadzącym i moderatorem dyskusji był redaktor Krzysztof Ziemiec. Eksperci zgodnie stwierdzili, że społeczeństwo, powołując się na konstytucyjny zapis dostępu do ochrony zdrowia, słusznie zaapelowało do polskiego rządu o zagwarantowanie Polakom opieki świadczonej przez pielęgniarki i położne. Debata była relacjonowana online na kanale „Ostatniego dyżuru” na YouTube.



Po debacie publicznej o godz. 14:00 delegacja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Prezes dr Grażyna Rogala-Pawelczyk, Wiceprezes Teresa Kuziara, Sekretarz Joanna Walewander, Skarbnik Hanna Gutowska oraz Wiceprezes Beata Żółkiewska, przekazała symboliczną receptę z liczbą zebranych podpisów oraz Rekomendacje Marszałkowi Senatu podczas spotkania z Wicemarszałkiem Adamem Bielaniem oraz Marszałkowi Sejmu na spotkaniu z Wicemarszałkiem Ryszardem Terleckim.



Następnie o godz. 15:00 delegacja NRPIP razem z Przewodniczącymi Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych złożyła w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów 45 kartonów symbolizujących ponad 532 tys. recept. Przed wejściem do KPRM odbyło się spotkanie z mediami, kamery telewizyjne i fotoreporterzy zrelacjonowali moment przekazania petycji przedstawicielom najwyższej władzy państwowej. Symboliczne recepty, w imieniu Premier Beaty Szydło, odebrali Premier Piotr Gliński, Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł oraz Minister Elżbieta Witek. Na zaproszenie Pana Premiera odbyło się spotkanie z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Premierem Glińskim, Ministrem Radziwiłłem oraz Minister Elżbieta Witek.

Podczas spotkania Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk przedstawiła zagrożenie stojące przed polskim społeczeństwem, wynikające z malejącej liczby pielęgniarek i położnych w Polsce. Wskazała również na konieczność poprawy warunków pracy i płacy polskich pielęgniarek i położnych.

Minister Radziwiłł w odpowiedzi na wypowiedź Pani Prezes przedstawiającej wyzwania stojące przed środowiskiem pielęgniarek i położnych, podkreślił, że pielęgniarki położne stanowią filar polskiej służby zdrowia.

Pan Premier Gliński odniósł się do ogromnego kapitału społecznego zbudowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, podkreślił, że podstawowym obowiązkiem i priorytetem rządu jest dbanie o polskich obywateli, a w obliczu niedoborów kadrowych pielęgniarek i położnych bezpieczeństwo i zdrowie Polaków jest zagrożone.

Po spotkaniu w Kancelarii Premiera odbył się briefing prasowy Ministra Radziwiłła i Prezes Grażyny Rogali-Pawelczyk. Obie strony zadeklarowały współpracę przy opracowaniu rządowego programu zabezpieczającego społeczeństwo polskie w opiekę świadczoną przez pielęgniarki i położne.

Stanowisko NRPiP w sprawie projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży

**Stanowisko nr 1
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 3 lutego 2016 roku**

w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa, że w ostatnim czasie został stworzony system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem, określony w szczególności poprzez:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

Wspomniany system dopiero zaczyna działać, głównie za sprawą wprowadzenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1514), mającego na celu uszczelnienie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą oraz noworodkiem, których efekty oraz skuteczność będzie można ocenić w dłuższej perspektywie czasu.

W świetle powyższego należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań organizacyjnych i prawnych w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istniejący system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem w swoich założeniach zabezpiecza właściwą opiekę pod warunkiem realizacji przepisów prawa zawartych w wyżej wymienionych aktach prawnych. Zgodnie z założeniami na etapie tworzenia standardów opieki okołoporodowej miały być przeprowadzone szkolenia dla personelu medycznego poszczególnych szczebli opieki i szeroka kampania informacyjna dla społeczeństwa. Spełnienie tych warunków pozwoliłoby na zaistnienie w pełni skutecznego i efektywnego systemu opieki.

Jednocześnie poniżej przedstawiamy uwagi do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC):

- 1) W treści projektu wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu – nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma

prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki w środowisku domowym (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa, że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) daje kobietom ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu narodzin, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych i socjalnych oraz edukacji zdrowotnej rodziny.

2) Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świadczeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolone pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu).

3) Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).

4) Nie widzimy możliwości, aby była jednocześnie możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, porodu, położu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece – inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu i w czasie położu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego.

5) Projekt przewiduje wprowadzenie nowych definicji pojęć: „rozporządzenie o opiece okołoporodowej” i „rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej”, odpowiadających odpowiednio rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), przewidujących określone standardy związane z opieką okołoporodową, co należy uznać za konsekwencję wprowadzenia do zarządzenia nowego zakresu świadczeń zdrowotnych – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Jednocześnie zauważyć należy, że projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia, w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Chociaż standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (§ 2 cyt. rozporządzenia), to – zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC) – przedmiotem tej umowy ma być udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej również w zakresie leczenia szpitalnego.

Rozporządzenie to – jak się wydaje – powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Nieuzasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu;

6) Projekt wprowadza zmianę do zarządzenia, zgodnie z którą świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC) obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej realizacji świadczeń w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11) wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejść w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia;

7) Projekt wprowadza określone zasady dotyczące rozliczania świadczeń udzielanych w ramach nowego zakresu świadczeń medycznych. Przede wszystkim, zgodnie z propozycją niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wskazano również, że w przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz leczenia szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma finansowania za świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych;

8) Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić – biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia – że załącznik ten powinien zostać umieszczony po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu do umowy);

9) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”. Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i położenia”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki. Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym”. W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia. Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane

przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami.

10) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 5, wskazano parametr jakościowy do oceny udzielania świadczeń dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego – „odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został pełny schemat opieki, przewidziany dla ciąży fizjologicznej i patologicznej zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia o opiece okołoporodowej oraz o opiece w ciąży patologicznej – 100%”. Powstaje wątpliwość, czy taki parametr jest możliwy do osiągnięcia.

11) Finansowanie i rozliczanie świadczenia Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC):
- Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia.

- Brak informacji o podziale środków, a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów.

12) Załącznik nr 2 – Warunki wymagane:

- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.3** – w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczbą położnych wchodzących w zespół (6 lekarzy + 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukację, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością jest dodanie położne: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem.”

Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku. W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwójgiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarstwa.

- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki – minimalna l. porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t. c. – 600 rocznie)** – warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach.

- **W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel** - należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudniania, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym.

13) Załącznik nr 3 – Opis przedmiotu umowy, część P – opis świadczenia Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży:

- **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z środkiem prowadzącym** – zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki.

- **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) [podmiot koordynujący] współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży** - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że **w ppkt 1.5**

Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej.

- **W pkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia** - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty.

- **W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń** - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich – poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).

14) Załącznik nr 5 – ankieta satysfakcji: Pytanie S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków – czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki.

15) Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i pogoju oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów.

Proponowane zmiany, przedstawione w projekcie zarządzenia wpłyną niekorzystnie na zdrowie matki i noworodka, ponieważ:

- Wprowadzą chaos do dotychczas sprawnie funkcjonującej opieki nad matką i noworodkiem.
- Ograniczą wolność pacjentki w zakresie wyboru położnej POZ narzucając położną zatrudnioną w opiece skoordynowanej.
- Wprowadzą nierówny dostęp do opieki kobiet zamieszkujących miasto i wieś.
- Podmioty medyczne realizujące świadczenia położnej poz prowadzone przez położne, jak również indywidualne grupowe praktyki położnej jak wykazują statystyki realizują świadczenia opieki okołoporodowej w sposób właściwy, co ma również odzwierciedlenie w poziomie satysfakcji pacjenta. Fakt ten należy łączyć z dużą świadomością położnych decydujących się na samodzielne realizowanie usług oraz roli samorządu pielęgniarek i położnych jako instytucji nadzorującej. Proponowana zmiana może wyeliminować z rynku dobrze funkcjonujące praktyki i zakłady.

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wprowadzenie w życie przedmiotowego projektu zarządzenia Prezesa NFZ jest niezasadne, a wręcz może przynieść więcej szkód niż korzyści i w związku z tym, opiniuje go negatywnie i wnosi o odrzuceniu w całości. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje usprawnienie wdrażania istniejącego już i dobrze opracowanego standardu opieki okołoporodowej, wzmocnienie pozycji położnej, zapewnienie finansowania świadczeń dla położnych poz, w celu prowadzenia ciąży oraz umożliwienie równej dostępności wyboru miejsca porodu kobietom w ciąży (bezpłatny dostęp do świadczeń okołoporodowych w domu, domu narodzin, szpitalu). Jednakże w przypadku podjęcia decyzji o dalszym procedowaniu projektu Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o przekazanie do ponownego uzgodnienia przedmiotowego projektu w wersji uwzględniającej powyższe stanowisko.

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Prezes NRPiP

Zofia Małas



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.0025.12.2016

Warszawa, dnia 12 stycznia 2016r.

15.01.16
NOMM

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Stanisław Paweł Kiliński

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają zapytania dotyczące problemu wydawania pacjentom przez świadczeniodawców oryginałów dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn. zm.) dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków.
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Pojawiły się dwa kierunki interpretacyjne powyższych przepisów. Zgodnie z pierwszym art. 27 pkt 3 ww. ustawy daje każdemu uprawnionemu, także pacjentowi, prawo do otrzymania oryginału dokumentacji medycznej. Zgodnie z drugim - prawo do otrzymania oryginału dokumentacji przysługuje jedynie podmiotom wymienionym w art. 26 ust. 3 cytowanej ustawy, bowiem ustawodawca w przedmiotowej ustawie wyraźnie rozróżnił kategorie uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznych, przede wszystkim używając sformułowań: pacjent, organ i podmiot.

W związku z powyższym, uprzejmie proszę o odpowiedź na pytanie: czy w świetle norm art. 27 pkt. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn. zm.) przez podmiot, który może żądać

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

udostępnienia oryginałów dokumentacji należy rozumieć także pacjenta, a tym samym, czy pacjent może żądać od świadczeniodawcy wydania oryginału dokumentacji medycznej.

Powyższe pytanie związane jest z problemem interpretacyjnym ww. przepisu i wynikającymi z tego wątpliwościami: czy pacjenci mogą żądać od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych wydania oryginałów dokumentacji medycznej.

Z poważaniem

Prezes NRPiP

G. Rogala-Pawelczyk

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk



Minister Zdrowia

Warszawa,

25 STY. 2016

PRL.024.9.2016

Dot.: NIPiP-NRPiP-DM.0025.12.2016

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na otrzymane pismo w dniu 18 stycznia 2016 r., w sprawie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej, uprzejmie informuję, co następuje:

Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej określa art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Jednym z wymienionych w tym przepisie sposobów jest wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli żąda tego uprawniony organ lub podmiot. Katalog podmiotów i organów, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępniła dokumentację medyczną zawiera art. 26 ustawy. Przede wszystkim jest to pacjent (jego przedstawiciel ustawowy) lub osoba przez niego upoważniona (ust. 1 i 2), a dodatkowo inne organy i podmioty w określonym zakresie (ust. 3 i 4). Ustawa przyznaje zatem każdemu z uprawnionych podmiotów i organów prawo żądania udostępnienia oryginału dokumentacji, przy czym jest to obwarowane pewnymi ograniczeniami, gdyż dokumentacja oryginalna może być jedynie „wypożyczona”, zaś

po wykorzystaniu musi być zwrócona podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych.

Należy zauważyć, iż w art. 27 ustawy zostały wskazane sposoby udostępniania dokumentacji medycznej, bez wskazywania kręgu odbiorców, co sugeruje, że wymienione sposoby udostępniania dotyczą każdego z podmiotów i organów wskazanych w art. 26, w tym również pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego) lub osobę przez niego upoważnioną. Istotnie w art. 27 pkt 3 ustawa posługuje się pojęciem organu i podmiotu, jednakże nie w celu określenia kręgu adresatów tego przepisu, a zaznaczenia, że wydanie oryginału następuje na żądanie określonego organu czy podmiotu.

Powyższe stanowisko dodatkowo potwierdza fakt, iż Ministerstwo Zdrowia rozważało w ramach procedowanego w ubiegłym roku projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, zmianę art. 27 pkt 3 ustawy w kierunku ograniczenia możliwości wydawania oryginału dokumentacji medycznej, bowiem praktyka wskazywała na częste przypadki braku zwrotu oryginału dokumentacji medycznej po wykorzystaniu przez pacjenta. Projektowany przepis art. 27 przewidywał, że dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej mogłaby być udostępniana przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej, w tym Rzecznika Praw Pacjenta albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

Należy zatem stwierdzić, iż w świetle obowiązującego obecnie przepisu art. 27 pkt 3 ustawy, przez podmiot, który może żądać udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej należy rozumieć także pacjenta, a co za tym idzie może on żądać od świadczeniodawcy wydania mu oryginału dokumentacji medycznej.

Z poważaniem


Konstanty Radziwiłł

Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych

Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej uczestniczyli w miesiącu grudniu 2015 r. w posiedzeniach Komisji Konkursowych. W związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi następujące pielęgniarki objęły stanowiska kierownicze:

Pani mgr Barbara Andrzejewska – stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu, Szpital przy ul. Nenckiego 2.

Pani mgr Karolina Prylińska - stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurochirurgicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej ww. Paniom serdecznie gratuluje, życzy wielu sukcesów i satysfakcji z realizacji zadań przewidzianych na objętym stanowisku.



Gratulujemy

O nowej strategii dla pielęgniarstwa w Anglii

Pokażcie swoją wartość i wartość swojej pracy – namawiała Jane Cummings Dyrektor Do Spraw Pielęgniarstwa w Anglii i w ten sposób rozpoczęła w grudniu 2015 r. rozmowy z liderami pielęgniarstwa na temat nowej strategii dla pielęgniarstwa w Anglii.

Dyrektor do spraw pielęgniarstwa w Anglii Jane Cummings w podsumowaniu 2015 roku powiedziała, że pielęgniarki/rze i położne/i zamiast koncentrowania się aby pracować „ciężej” i „inteligentniej” po to by być bardziej wydajni, muszą doskonalić się w demonstrowaniu wartości jaką przynoszą.

W marcu 2016 roku zakończy się w Anglii realizowanie strategii dla pielęgniarstwa zatytułowanej Compassion In Practice (Współczucie w praktyce zawodowej), strategii skoncentrowanej na tzw 6Cs (care, compassion, competence, communications, courage and commitment, czyli opieka, współczucie, kompetencje, komunikacja, odwaga i zaangażowanie). W podsumowaniu 2015 r. Pani Dyrektor odnotowała, że przeciążone pielęgniarki nie zawsze są dobre w pokazywaniu wartości jaką przynoszą i że trzeba więcej w tym zakresie zrobić. Powinniśmy rozpoznać i pokazać znaczenie sposobu w jaki świadczymy opiekę – ale także mieć odwagę, żeby skasować praktyki, które nie służą pacjentowi lub naszemu zawodowi.

Nowa strategia dla pielęgniarstwa – powiedziała Pani Dyrektor na konferencji – mogłaby skoncentrować się na sposobach w jaki profesja pielęgniarska mogłaby dodać wartość swemu zawodowi, osobom indywidualnym i populacji. Potrzebujemy przekazać właściwą informację, która przyniesie odpowiednie podejście do pacjentów, tak aby nie tworzyć dezorientacji/nieporozumienia i zależności od naszych świadczeń. Obecnie, w nowej strategii, potrzebujemy czegoś co jest silne/odporne, coś co patrzy w przyszłość, co pomoże wyposażyć nas aby świadczyć odpowiednią opiekę dla właściwych osób we właściwym czasie.

Źródło:

Czasopismo Nursing Times, 02.12.2015, artykuł Nicola Merrifield CNO urges nurses to show their value, not just “work harder”
<http://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/cno-urges-nurses-to-show-their-value-not-just-work-harder/7000822.fullarticle>

PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z CHOROBA PARKINSONA

Pielęgnowanie pacjenta z chorobą Parkinsona jest działaniem wielokierunkowym. Zaplanowanie i zapewnienie właściwej opieki może w znacznym stopniu ułatwić ten proces i przyczynić się do poprawy jakości życia.

Najważniejszym celem działań pielęgniarских u pacjentów z chorobą Parkinsona jest uzyskanie przez chorego najbardziej skutecznej poprawy funkcjonowania, w jak najdłuższym okresie i przy optymalnym dostosowaniu do potrzeb życia codziennego a także zminimalizowania niepożądanych objawów.

W działaniach pielęgniarских należy wziąć pod uwagę dwa okresy: okres wczesny (niepowikłany) oraz okres zaawansowany choroby (powikłany).

Problemy pielęgnacyjne wnikają głównie z:

- zaburzeń ruchowych
- postępującej utraty samodzielności
- zaburzeń wegetatywnych
- zaburzeń psychicznych.

Na początku choroby pacjent nie wymaga stałej opieki a jedynie okresowej kontroli podczas chodzenia i wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, aby nie dopuścić do upadków. W kolejnym etapie dochodzi do postępującej utraty samodzielności i pojawiają się problemy z bezpieczeństwem chorego oraz problemy pielęgnacyjne, związane ze sferą biologiczną i psychiczną. Wnikliwe rozpoznanie stanu bio-psycho-społecznego pacjenta oraz określenie deficytów w zakresie samo opieki i samo pielęgnacji pozwala na właściwe zaplanowanie i wdrożenie opieki pielęgniarskiej. Plan opieki ustala się w drodze wzajemnego porozumienia między pielęgniarką a pozostałymi członkami zespołu w celu zapewnienia pacjentowi opieki holistycznej.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

PROBLEM I: Utrata poczucia kontroli nad własnym życiem, utrata sensu życia.

Postępujące narastanie niepełnosprawności i utraty kontroli nad własnym życiem powoduje zwiększenie niepokoju i bezradności pacjenta.

CEL: Wzmocnienie w pacjencie poczucia własnej wartości i sensu życia. Pomoc w zaakceptowaniu choroby i utrudnień z nią związanych.

DZIAŁANIA PIELĘGNIARSKIE:

- Ocena postawy pacjenta wobec narastających problemów zdrowotnych i trudności w wykonywaniu codziennych czynności, empatia, wsparcie psychiczne;
- Rozpoznanie sytuacji bio-psycho-społecznej pacjenta i jego miejsca w rodzinie;
- Akceptacja uczuć pacjenta i poszanowanie jego godności;
- Rozmowa z chorym na temat jego choroby i wspólne poszukiwanie optymalnych zachowań w chorobie Parkinsona;
- Zachęcanie chorego do aktywności fizycznej, ćwiczeń i spacerów;
- Wyrażenie uznania dla postępów poczynionych przez pacjenta;
- Stwarzanie możliwości kontynuowania zainteresowań i spędzania czasu wolnego w miarę jego potrzeb i stanu zdrowia;
- Zachęcanie chorego do korzystania ze stałej opieki lekarza neurologa oraz w razie potrzeby psychiatry i psychologa;
- Wskazanie opiekunom możliwości metod wsparcia, pomocy i korzystania z doświadczeń innych pacjentów;
- Zachęcanie chorego do odbywania praktyk religijnych (chory jest osobą głęboko wierzącą).

PROBLEM II: Trudność w poruszaniu się spowodowana postępującymi zaburzeniami ruchowymi , ryzyko upadku.

Postępujące pogłębianie się zaburzeń ruchowych (drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe, sztywność mięśni) jest przyczyną ograniczenia samodzielności, niestabilności postawy, zawrotów głowy.

CEL : Ułatwienie choremu poruszania się, zapobieganie upadkom i urazom. Zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa fizycznego.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

- Określenie deficytu u pacjenta w zakresie samodzielnego poruszania się oraz wykonywania codziennych czynności;
- Zapewnienie częściowej pomocy podczas wykonywania czynności higienicznych przez chorego;
- Nie wyręczanie chorego w czynnościach dnia codziennego a jedynie asystowanie mu w tych czynnościach i zachęcanie do samodzielności;
- Okazywanie cierpliwości i nie ponaglanie go , rozłożenie poszczególnych czynności na kilka etapów aby chory nie zmęczył się ;
- Ułatwienie choremu poruszania się po mieszkaniu poprzez usunięcie barier (progów, dywanów i niepotrzebnych sprzętów);
- Umieszczenie poręczy i uchwytów w pomieszczeniach sanitarnych oraz prawidłowego oświetlenia, szczególnie w kuchni i w przedpokoju;
- Zalecenie noszenia przez pacjenta bezpiecznego obuwia na niskiej chropowatej podeszwie, które prawidłowo utrzymuje stopę;
- Zaopatrzenie pacjenta w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny i środki pomocnicze (np. laski, balkonik), po konsultacji z rehabilitantem ;
- Obecność opiekuna przy chorym podczas spacerów i wnikliwa obserwacja pod kątem upadków;
- Edukacja chorego na temat, jak ma się zachować w sytuacji przymrożenia oraz w jaki sposób kontrolować chód i postawę.

PROBLEM III: Stres związany z występowaniem postępującego drżenia.

CEL: Zmniejszenie stresu wywołanego przez postępujące drżenie.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

1. Nauczenie pacjenta w jaki sposób może poradzić sobie z drżeniem, aby je zmniejszyć lub ukryć przez:

- wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych poprawiających sprawność manualną; masaże;
- utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej przy pomocy opiekuna (codzienne spacerowanie przynajmniej 100 metrów , kroki powinny być długie- można zastosować balkonik);
- ćwiczenie wstawania z krzeseł o różnej wysokości , wykonywanie przysiadów
- zaplanowanie rozkładu dnia
- planowanie rozpoczynania i wykonywania poszczególnych ruchów;
- częste odpoczynki między trudniejszymi czynnościami;
- unikanie spożywania alkoholu i kawy
- maskowanie objawów drżenia np. przez opieranie łokci o poręcz lub oparcie krzesła, splatanie dłoni podczas spaceru lub rozmowy;
- stosowanie przedmiotów i środków pomocniczych (np. grubszego długopisu, przyrządu do zapinania guzików ,szerszych kubków do picia);
- prowadzenie dzienniczka upadków;

2. Poinformowanie chorego o konieczności korzystania z pomocy innych osób w razie nagłego nasilenia się objawów i trudności.

PROBLEM IV: Dyskomfort związany z trudnością w komunikowaniu się z otoczeniem.

Za zaburzenia z komunikacją odpowiada spowolnienie ruchowe.

CEL: Poprawa komunikacji z otoczeniem.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

- Stosowanie zasad aktywnego słuchania, takich jak: potakiwanie, parafrazowanie, pozostawienie choremu czasu na odpowiedź, nie przerywanie wypowiedzi; rozmowa w sposób życzliwy, spokojny, przyjazny;
- motywowanie pacjenta do wykonywania prostych ćwiczeń logopedycznych, najlepiej pod kierunkiem logopedy, które usprawnią wymowę, np. bąbelkowanie - dmuchanie przez słomkę w butelkę wypełnioną do połowy wodą,
- wymawianie samogłosek na zmianę z zaokrągleniem i spłaszczaniem warg, ściąganie i rozciąganie warg, ułożenie warg jak do gwizdania, głośne czytanie krótkich tekstów z dialogami;
- nakłonienie chorego do rozmowy z innymi ludźmi, podtrzymywania kontaktów towarzyskich mimo problemów porozumiewaniem.

PROBLEM V : Ryzyko niedożywienia i zakrztuszenia się w trakcie jedzenia z powodu trudności w połykaniu i przyjmowaniu pokarmów.

Zaburzenia połykania pokarmów występują w późniejszym stadium choroby jako objaw spowolnienia ruchowego i zaburzeń układu autonomicznego.

CEL: Ułatwienie przyjmowania pokarmów i zapobieganie ryzyku zakrztuszenia się.
Zapobieganie ryzyku nadmiernej utraty wagi.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

- nauczenie pacjenta bezpiecznych technik połykania pokarmów (spożywanie posiłków w pozycji siedzącej z głową pochyloną do przodu, picie płynów z szerokich i niewysokich naczyń, picie przez słomkę);
- nakłonienie pacjenta do systematycznych ćwiczeń mięśni biorących udział w połykaniu pokarmów ;
- podawanie choremu posiłków częściej, w niewielkich porcjach, rozdrobnionych, papkowatych lub płynnych w zależności od stopnia dysfunkcji ;
- przygotowanie posiłków apetycznych, kolorowych, zgodnie z upodobaniami pacjenta,
- zadbanie o odpowiednią temperaturę spożywanego posiłku;
- zapewnienie spokoju i stworzenie serdecznej atmosfery w trakcie spożywania posiłku;
- nie rozmawianie podczas jedzenia, nie zajmowanie się innymi czynnościami rozpraszającymi uwagę pacjenta;
- kontrolowanie wagi ciała;
- obserwowanie reakcji i samopoczucia pacjenta po spożyciu posiłków; ustalenie i omówienie z opiekunami zaleceń żywieniowych;
- udzielenie pomocy pacjentowi w przypadku zakrztuszenia się przez skłonienie go do kaszlu i uderzenia między łopatkami;
- oczyszczenie i toaleta jamy ustnej po posiłku.

PROBLEM VI: Dyskomfort pacjenta z powodu zwiększonej potliwości, łojotoku oraz niekontrolowanego wycieku śliny.

Objawy te są spowodowane zaburzeniami wegetatywnego układu nerwowego.

CEL : Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta, utrzymanie higieny i czystości skóry.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

- systematyczne ,przynajmniej raz dzienne mycie całego ciała z uwzględnieniem dodatkowej pielęgnacji w sytuacji zlewnych potów;
- używanie do pielęgnacji takich preparatów i środków kosmetycznych, które zmniejszają pocenie i łojotok, np. szampon dziegiowy do włosów, maści z selenem i kremy (zlecone przez lekarza) zapobiegające odparzeniom;
- noszenie przez pacjenta luźnej, przewiewnej odzieży, najlepiej z włókien naturalnych;
- używanie do przykrycia pacjenta podczas snu lub wypoczynku cienkiej kołdry, aby uniknąć przegrzewania ciała;
- picie naparu z szalwii lub ssanie cukierków szalwiowych;
- nauczanie pacjenta technik zmniejszania wycieku śliny, poprzez: ssanie kwaśnych lub słonych pastylek w celu pobudzenia przelknięcia śliny;
- pogryzanie między posiłkami, aby pobudzić motorykę ust;
- regularne wykonywanie ćwiczeń poprawiających zakres ruchów mięśni warg;
- zadbanie o wygląd zewnętrzny pacjenta, dyskretne wycieranie ust chusteczką.

PROBLEM VII: PRZEWLEKŁE ZAPARCIA SPOWODOWANE ZABURZENIAMI UKŁADU WEGETATYWNEGO I ZMNIJSZENIEM AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ.

CEL: Zmniejszenie zaparć, likwidacja dolegliwości.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

- edukacja pacjenta w zakresie metod ułatwiających wypróżnienia;
- zachęcanie pacjenta do aktywności fizycznej, w miarę jego możliwości i samopoczucia;
- zastosowanie diety z dużą zawartością błonnika, zwiększenie ilości warzyw i owoców w diecie;
- podawanie płynów do picia w ilości około 1,5 - 2 litrów dziennie;
- picie na czczo 1 łyżki oleju parafinowego;
- stosowanie łagodnych ziołowych środków przeczyszczających,
- masaż brzucha;
- regulowanie wypróżnień przez wprowadzanie stałej pory;
- nauczanie pacjenta dbałości o higienę intymnych części ciała.

PROBLEM VIII - ZABURZENIA W ODDAWANIU MOCZU SPOWODOWANE NAGŁYM PARCIEM ORAZ TRUDNOŚCIĄ W NOCNYM UTRZYMANIU MIKCJI.

CEL: Zmniejszenie zaburzeń oddawania moczu, ułatwienie utrzymania higieny.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

- zapewnienie łatwego dostępu do toalety;
- zastosowanie ułatwień architektonicznych w postaci poręczy i uchwytów;
- wyrobienie u pacjenta nawyku szybkiej reakcji na uczucie parcia; dostosowanie ubrania chorego do łatwego i szybkiego rozebrania się (zatrzaski, rzepy, odzież rozpinana w kroku);
- nauczanie pacjenta ćwiczeń , które zmniejszają osłabienie mięśni dna miednicy; wykształcenie u pacjenta nawyku oddawania moczu np. co 2 godziny w ciągu dnia;
- przestrzeganie ilości wypijanych płynów do 1,5 -2 litrów dziennie ograniczenie przyjmowania płynów w godzinach wieczornych , co najmniej 2 godziny przed snem
- nie przyjmowanie przez pacjenta pokarmów i płynów o działaniu moczopędnym; pomoc w utrzymaniu higieny, zastosowanie wkładek absorpcyjnych;
- częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
- zabezpieczenie materaca podkładem foliowym
- w sytuacji nasilenia zaburzeń zapewnienie pacjentowi konsultacji urologicznej.

PROBLEM IX : BÓLE NOCNE I SKURCZE KOŃCZYN DOLNYCH SPOWODOWANE WZMOŻONYM NAPIĘCIEM I SZTYWNOŚCIĄ MIĘŚNI.

CEL: Zmniejszenie występowania skurczów i nasilania się bólu.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE:

- ustalenie przyczyny bólu oraz jego długości trwania, nasilenia i charakteru; wygodne ułożenie pacjenta w łóżku podczas snu i wypoczynku (najlepsze jest ułożenie płaskie na brzuchu);
- pomaganie pacjentowi przy zmianie pozycji w trakcie nasilenia bólu i skurczów; omówienie i nauczenie opiekunów i pacjenta technik pozwalających zlikwidować skurcze i rozluźnić mięśnie;
- zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń rozluźniających biernych i czynnych, zgodnie z zaleceniami rehabilitanta;
- nie okrywanie nóg pacjenta zbyt ciasno, używanie do okrycia lekkiej kołdry lub koca;
- ciepłe kąpiele lub zimne okłady do zastosowania miejscowego;
- masaże kończyn dolnych;

PROBLEM X : ZMĘCZENIE I ZABURZENIA SNU SPOWODOWANE NASILENIEM OBJAWÓW WEGETATYWNYCH I RUCHOWYCH.

CEL : Ułatwienie wypoczynku nocnego, zminimalizowanie dolegliwości.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE :

- ustalenie przyczyny i rodzaju zaburzeń snu;
- zebranie dokładnego wywiadu od pacjenta i opiekunów na temat zaburzeń (obserwacja zachowań chorego w nocy);
- zapewnienie warunków sprzyjających wypoczynkowi (wietrzenie pokoju przed snem, cisza, wygodna bielizna osobista i pościelowa, półmrok lub mrok);
- kładzenie się do łóżka i wstawanie o takiej samej porze;
- zwiększenie aktywności w ciągu dnia, w szczególności spaceru na świeżym powietrzu unikanie drzemania w ciągu dnia;
- unikanie wysiłku fizycznego lub psychicznego przed snem;
- unikanie oglądania telewizji i czytania w późnej porze wieczornej;
- ograniczenie ilości wypijanych przed snem płynów;
- opróżnienie przed snem pęcherza moczowego.

PROBLEM XI : OBNIŻENIE NASTROJU SPOWODOWANE BRAKIEM AKCEPTACJI DLA POSTĘPU CHOROBY, IZOLOWANIE SIĘ OD OTOCZENIA.

Choremu coraz trudniej pogodzić się z narastającą niepełnosprawnością i bezradnością, ponieważ objawy chorobowe stały się widoczne dla otoczenia .

CEL : POPRAWA NASTROJU, UŁATWIENIE ZAAKCEPTOWANIA POSTĘPU CHOROBY.

DZIAŁANIA PIELEŃNIARSKIE :

- stworzenie serdecznej, otwartej, pełnej empatii i opanowania atmosfery w rozmowie z pacjentem;
- wyjaśnienie pacjentowi w sposób zrozumiały, taktowny istoty choroby i jej następstw;
- próba odbudowania poczucia wartości i godności osobistej pacjenta oraz jego pozytywnego nastawienia do leczenia;
- wzbudzenie w pacjencie wiary we własne siły i możliwości przezwyciężania zaburzeń choroby;
- zachęcanie pacjenta do ćwiczeń pozytywnego myślenia i treningu walki ze stresem przez odprężenie umysłowe i fizyczne;
- motywowanie pacjenta do brania aktywnego udziału w życiu rodziny; wspieranie pacjenta w jego próbach podjęcia aktywności społecznej i kontaktach towarzyskich;

- rozmowa z rodziną na temat zasad postępowania z chorym (zagospodarowanie czasu wolnego, unikanie sytuacji stresowych ,okazywanie zainteresowania, cierpliwość);
- zachęcenie rodziny do korzystania z pomocy grup wsparcia i udzielania wsparcia emocjonalnego choremu.

ROLA PIEŁĘGNIARKI

Częstość występowania choroby Parkinsona oznacza, że jest wysoce prawdopodobne, że wiele pielęgniarek spotka w swojej pracy pacjenta zmagającego się z tą przewlekłą, zwyrodnieniową chorobą układu nerwowego.

Najważniejszą rolą i troską pielęgniarki w opiece nad chorym z chorobą Parkinsona jest wspieranie pacjenta, pomoc w pogodzeniu się z chorobą, zarządzanie opieką oraz koordynowanie działań zespołu terapeutycznego . Pielęgniarka powinna pamiętać, że opieka nad pacjentem z chorobą Parkinsona jest procesem interdyscyplinarnym, począwszy od rozpoznania stanu pacjenta, poprzez postawienie diagnozy pielęgniarskiej, aż po kompleksową edukację i wsparcie społeczne chorego i jego bliskich. Pielęgniarka nie jest w stanie sama zapewnić wszystkich potrzeb pacjenta. Dlatego dla dobra pacjenta, bardzo istotne jest, aby dążyła do stworzenia skutecznych relacji i porozumienia pomiędzy pracownikami służby zdrowia a opiekunami . Działania te dotyczą opieki w trakcie diagnozowania, opieki w stadium niepowikłanym choroby i opieki w stadium późnym, zaawansowanym. Dzięki prawidłowo przeprowadzonym interwencjom pielęgniarskim w poszczególnych etapach można pomóc osobom chorym w jak najdłuższym utrzymaniu niezależności i sprawności oraz zapewnić im opiekę na najwyższym poziomie.

Mnóstwo osób, które chorują na chorobę Parkinsona i ich opiekunowie radzą sobie bardzo dobrze pod warunkiem, że są wcześniej przygotowani i posiadają wiedzę o tej chorobie i problemach z nią związanych. Profesjonalne i szybkie interwencje pielęgniarki i innych członków zespołu terapeutycznego mogą pomóc zminimalizować wiele z tych problemów. Wielopłaszczyznowe podejście do opieki nad pacjentem z chorobą Parkinsona pozwala na wczesne leczenie i rehabilitację (skierowanie go do logopedy, fizjoterapeuty i terapeuty zajęciowego), co może w znacznym stopniu pomóc w poprawie jakości życia przez wiele lat.

W ostatnim stadium choroby działania pielęgniarki powinny skoncentrować się na niesieniu ulgi w cierpieniu, zapobiegania powikłaniom i poszanowaniu prawa pacjenta do godnej, spokojnej śmierci.

„ Zdałem sobie sprawę, że prawdziwą wartość drugiego człowieka odkrywamy dopiero wtedy, kiedy już go nie ma. Jak skarb, który trzymało się w dłoni, ale bezwiednie pozwoliło mu się wysliznąć przez palce.”

J. Carrol

Porty naczyniowe

Port jest to długotrwały wszczepialny system dostępu naczyniowego. Pierwszy port wszczepił Niederhuber w 1982 r. Pierwszy opisany port w Polsce 1992 r.

Składa się z komory z silikonową membraną, oraz dołączonego cewnika kończącego się w żyłę główną górną w pobliżu jej ujścia do prawego przedsionka. Komora portu umieszczana jest najczęściej w okolicy podobojczykowej.

Poprzez wkłucie do komory portu za pomocą specjalnej igły, uzyskuje się dostęp do centralnych naczyń żylnych, poprzez który możliwe są zarówno infuzje, jak i aspiracja krwi. Silikonowa membrana może być nakłuwana ponad 2000 razy. Prawidłowo założony i obsługiwany port można wykorzystywać przez kilka lat.

Wyróżniamy :

- Komory- tytanowa, ceramiczna, plastikowa
- Membrany- silikonowa
- Cewnika- poliuretanowy, silikonowy
- Obudowy- ceramiczna, plastikowa ,titanowa

Wyróżniamy porty:

- z tworzywa sztucznego
- tytanowe
- ceramiczne
- mieszane

Ze względu na miejsce implantowania porty dzielimy na:

- dożylnie
- dotętnicze
- dootrzewnowe
- zewnątrzoponowe
- podpajęczynówkowe

Wskazania do implantacji portu:

- długotrwałe, powtarzalne leczenie dożylnie np. chemioterapia
- zły stan żył obwodowych
- długotrwałe podawanie leków silnie obkurczających i hiperosmolarnych, które muszą być podawane tylko do dużych żył np. preparaty do żywienia pozajelitowego
- u chorych przewlekle wymagających częstego podawania leków np. astma oskrzelowa

Przeciwwskazania:

- uogólniona czynna infekcja
- czynna zakrzepica żylna
- leczenie p/zakrzepowe
- Trombocytopenia
- Neutropenia
- brak zgody pacjenta

Przed zabiegiem założenia portu należy bezwzględnie:

- na min 3 dni odstawić antykoagulanty
- na min 14 dni leki przeciwplatekcyjne
- na min 5 dni salicylany
- na 12 godz. heparyny drobnocząsteczkowe
- na min 3 godz. heparynę

Technika implantacji portu- przygotowanie do zabiegu:

- zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym
- pacjent układany jest w pozycji Trendelenburga (zapobieganie powstawaniu zatoru)
- w okolicy łopatek układamy wałek oraz obniżamy wezglowie
- głowę pacjenta skręcamy w kierunku przeciwnym do wykonywanego wkłucia
- kończynę górną po stronie wkłucia przywodzi się do klatki piersiowej, kierując wewnętrzną powierzchnię dłoni ku górze
- choremu podłącza się monitorowanie EKG, donosowo podaje się tlen
- skóra odkażana jest preparatami zawierającymi barwniki
- po umyci pola operacyjnego oklejamy je serwetami operacyjnymi
- wykonanie znieczulenia miejscowego
- kaniulacja wybranej żyły
- nacięcie skóry wokół prowadnicy
- przygotowanie kieszeni
- kontrola radiologiczna ułożenia prowadnicy
- przygotowanie kieszeni, w której zostanie umieszczona komora portu
- tunelizacja cewnika
- połączenie cewnika z komorą portu
- umieszczenie portu w kieszeni
- wprowadzenie rozszerzadła i kaniuli rozrywanej
- usunięcie rozszerzadła i prowadnicy
- wprowadzenie cewnika do kaniuli
- usunięcie kaniuli rozrywanej
- wypełnienie układu roztworem soli
- profilaktyczne podanie antybiotyku
- wypełnienie układu roztworem heparyny
- zeszywanie rany i założenie opatrunku
- radiologiczna kontrola położenia portu

Powikłania

- niedrożność cewnika
- zakrzepica żylna
- stan zapalny wokół portu
- martwica skóry nad portem- rozejście się rany
- zakażenia portu
- nieszczelność poru
- rozkawałkowanie się cewnika

Profilaktyka zakażeń

- podczas implantacji portu przestrzegać zasad aseptyki
- zespół obsługujący porty musi znać objawy powikłań, posiadać umiejętności ich rozpoznawania i znać zasady postępowania
- ośrodek obsługujący porty musi ściśle współpracować z pracownią bakteriologiczną
- chorzy muszą być informowani o znaczeniu objawów (gorączka, dreszcze, zaczerwienienie, obrzęki, wyciek z rany, ból, martwica skóry) i posiadać wiedzę o sposobach kontaktu z lekarzem
- w przypadku wystąpienia objawów podejmować próby leczenia bez usuwania portu
- port usunąć w przypadku wstrząsu septycznego, zakażenia grzybiczego
- w przypadku wyhodowania bakterii z próbki krwi można stosować plombę antybiotykową- wypełnienie całego zestawu antybiotykiem w stężeniu 100-1000 razy wyższym niż przy podaży dożylniej.

Powikłania zakrzepowe.

1. Częściowa niedrożność portu

Objawy:

- częściowa niedrożność poru: możliwa dożylna podaż płynu, a aspiracja krwi jest nieskuteczna

Przyczyny:

- obecność skrzepliny na końcu cewnika powstała na skutek wyjmowania igły z portu bez zachowania przepływu

Postępowanie:

- płukanie heparynizowanym roztworem soli fizjologicznej

- wykonania badania fluoroskopowego

2. Całkowita niedrożność portu

Objawy:

- niemożność podania ani pobrania z poru

Przyczyny:

- aspiracja znajdującej się na końcu cewnika skrzepliny i zaklinowaniu się jej w świetle cewnika

Zakrzepica żylna.

Przyczyny:

- materiał cewnika
- umiejscowienie cewnika żyły
- strona kaniulizacji portu
- technika nakłucia igły
- drażniące substancje

Objawy:

- obrzęk ręki lub szyi po stronie implantacji portu
- ból podczas poruszania kończyną lub skrętów szyi
- bolesność uciskowa objętej zakrzepicą żyły

Postępowanie:

- badanie USG oraz CD i PD
- podanie heparyny drobnocząsteczkowej
- podanie NLPZ
- leki p/bólowe.

mgr MIROSŁAWA KOWALCZYK

Relacja z konferencji : „Zmiany w opiece długoterminowej- implikacje praktyczne dla pacjentów i świadczeniodawców”.

Opieka długoterminowa jest prężnie rozwijającą się gałęzią pielęgniarstwa. W prawie polskim nie zostały jeszcze określone szczegółowe jej standardy. W związku z tym Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wraz z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Lubelskim Uniwersytetem Medycznym i Gdańskim Uniwersytetem Medycznym zorganizowało 6 lutego 2014 r. konferencję zatytułowaną „Zmiany w opiece długoterminowej- implikacje praktyczne dla pacjentów i świadczeniodawców”.

Celem konferencji było rozpoczęcie merytorycznej dyskusji, mającej na celu poprawę standardów realizacji świadczeń w opiece długoterminowej. Niewątpliwie osiągnięcie tego celu wymaga przyjęcia szczegółowych rozwiązań systemowych, na których wypracowanie pozwala dotychczasowy dorobek naukowy w tej dziedzinie.

Pierwszy poruszony problem to zmiana wymagań dotyczących personelu (kwalifikacje lekarzy), która dotyka w ośrodki stacjonarnej opieki długoerminowej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2013 roku lekarze specjaliści (chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, geriatricy, neurologii i psychiatrii) mogli być zatrudniani w formie częściowych etatów przeliczeniowych. Rozporządzenie z roku 2014 nakazuje zatrudnienie specjalisty w dziedzinach chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, geriatricy lub gerontologii oraz zapewnienie konsultacji specjalistycznych przez co najmniej lekarza specjalistę psychiatrii i neurologii. Powstaje pytanie jak rozliczać konsultacje i czy można je traktować jako zatrudnienie etatowe wzorem roku 2013? Przecież konsultacja to nie jest zatrudnienie na częściowy etat przeliczeniowy.

Korzystnym zarówno dla pacjentów jak i dla świadczeniodawców rozwiązaniem wydaje się być przywrócenie zasad zatrudnienia lekarzy z rozporządzenia Ministra Zdrowia

z 2013r, z rozszerzeniem o możliwość zatrudnienia w formie cząstkowych etatów rozliczeniowych lekarzy innych specjalności, w zależności od potrzeb zdrowotnych pacjentów. Istotne jest też, aby w rozporządzeniu znalazło się uszczegółowienie zakresu zadań konsultanta neurologa, a w szczególności podstawowych problemów neurologicznych (rozliczanych w ramach zawartej umowy ZOL) oraz szczegółowej diagnostyki różnicowej, realizowanej w AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna). Należy pamiętać o tym, że pacjent który ma zapewnione świadczenia specjalistyczne w poradniach AOS nie jest zbędnie hospitalizowany.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2014r, pacjentki przebywające w stacjonarnej opiece długoterminowej zostały pozbawione opieki położnych. Jest to niezgodne z konstytucją, ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Opieka położnej jest ważna, ponieważ w zakładach przebywają pacjentki z różnymi problemami zdrowotnymi, od 18 roku życia. W rozporządzeniu powinien znaleźć się zapis umożliwiający świadczeniodawcom zatrudnianie personelu wykonującego zawody medyczne zgodnie z potrzebami pacjentów objętych opieką.

Kolejny problem w opiece długoterminowej wynika z nieścisłości w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o wymaganiach dotyczących kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego. W dokumencie tym znajduje się odwołanie do standardów żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanych przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz do zaleceń Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci. W żadnym z tych dokumentów nie ma wskazania dotyczącego miejsca kwalifikacji pacjenta do tego żywienia. Nie ma merytorycznych podstaw do odsyłania pacjentów na kwalifikację do szpitala i do uiszczania opłat za te usługi przez zakłady opieki długoterminowej. Kwalifikacji i ustalania żywienia powinni dokonywać w zakładach lekarze zgodnie z ich uprawnieniami. W szpitalach powinny się odbywać wyłącznie procedury zabiegowe (założenie gastrostomii).

Na przełomie ostatnich kilkunastu lat znacząco zwiększyła się liczba chorych wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych. W roku 2000 z tego typu pomocy korzystało 40 chorych, a w roku 2013 liczba ta zwiększyła się do prawie 1800. Wzrost ten jest obserwowany dzięki programowi „Oddech” finansowanemu przez Ministerstwo Zdrowia. Ustawa Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2004r włączyła przewlekłą wentylację mechaniczną w warunkach domowych do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Zasady finansowania tej procedury zostały określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niestety ograniczenia kontraktu z NFZ nie pozwalają na objęcie opieką wszystkich potrzebujących. Według danych europejskich liczba osób wymagających wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w Polsce wynosi 5000- 7000.

Opieka długoterminowa w Polsce boryka się z wieloma problemami. Niewątpliwym jej atutem jest kompetentny i nieustannie kształcący się personel. Praca pielęgniarki opieki długoterminowej znacząco różni się od pracy w szpitalu lub środowisku. Opieka pielęgniarska w tej specjalności charakteryzuje się kontaktem ze złożonymi problemami zdrowotnymi i życiowymi, problemami etycznymi, koniecznością podejmowania samodzielnych decyzji (brak stałego wsparcia zespołu), stałym edukowaniem chorego i jego rodziny. W związku z tym, że pielęgniarka opieki długoterminowej ma bezpośredni kontakt z pacjentem i dobrze zna jego problemy i potrzeby, to ona powinna stać na czele zespołu terapeutycznego pacjenta w tym obszarze świadczeń. Wyjątkiem mogą być pacjenci ze szczególnymi kategoriami potrzeb, np. pacjenci wentylowani mechanicznie, pacjenci psychiatryczni czy osoby uzależnione.

Nie ma w Polsce ustalonych zasad pomiędzy pielęgniarką a opiekunką. Przez wykonywanie prostych czynności pielęgniarki są przeciążone pracą, a ich wiedza i doświadczenie nie są w należyty sposób wykorzystywane. Ustanowienie pielęgniarki koordynatorem zespołu terapeutycznego wymaga zmiany w standardach pracy, a także otwartości ze strony lekarzy, rodzin i pacjentów. Zmiana ta może jednak wypełnić lukę, która powstaje w służbie zdrowia w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Sposób na poprawę jakości i skuteczności opieki długoterminowej przedstawia również Struktura Innowacyjnej Opieki w Chorobach Przewlekłych według World Health Organization Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC). Model ten jest oparty na przekonaniu, że pozytywne wyniki leczenia mogą być osiągnięte tylko wtedy, gdy pacjent i jego rodzina są odpowiednio poinformowani i zmotywowani, a zespoły opieki zdrowotnej są przygotowane i istnieje współpraca w zespołach interdyscyplinarnych.

Struktura ta opiera się na poniższych zasadach:

- podejmowanie decyzji na podstawie dowodów naukowych
- zorientowanie na populację
- koncentracja na profilaktyce
- koncentracja na podnoszeniu jakości
- integracja
- elastyczność/ adaptatywność

Stosowanie powyższych zasad pozwala na efektywną profilaktykę i zwalczanie problemów już istniejących. W centrum tego systemu znajduje się pacjent, który jest poinformowany i zmotywowany do walki o swoje zdrowie. Współpraca interdyscyplinarnych zespołów pozwala na sprawną i spójną walkę z wieloma problemami zdrowotnymi pacjenta jednocześnie.

W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad przepisami, które umożliwią pielęgniarcom i położnym wypisywanie recept. Pozwoli to na usamodzielnienie pielęgniarek i rozszerzy zakres decyzji terapeutycznych, których mogą dokonywać. Możliwość wypisywania recept będą miały pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem, które ukończyły studia pierwszego i drugiego stopnia (kierunek pielęgniarstwo i położnictwo) i z zakończonym kształceniem podyplomowym specjalizacyjnym. Pielęgniarki i położne w zależności od posiadanego wykształcenia będą mogły wypisywać leki samodzielnie (z wyjątkiem leków bardzo silnie działających, leków psychotropowych i substancji odurzających), lub na zlecenie lekarza. Ponadto pielęgniarki i położne będą mogły wypisywać recepty na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i określone wyroby medyczne, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w danym zakresie. Pielęgniarki będą mogły zlecać określone badania diagnostyczne.

Reasumując, opieka długoterminowa w Polsce nieustannie się rozwija. Istnieje wiele problemów- głównie systemowych- które ten rozwój spowalniają. Należy jednak pamiętać o tym, że kadra pielęgniarska w Polsce jest wykształcona i posiada bogate doświadczenie w pracy z pacjentem. To pozwala na ustanowienie pielęgniarek liderami zespołów terapeutycznych opieki długoterminowej.

PRACA DLA PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO W NIEMCZECH

Praca dla personelu pielęgniarskiego w Południowych Niemczech- Baden Wuerttemberg.

Miejsce pracy: Domy opieki.

Wynagrodzenie: **Od 2.100,00 Euro do 2.800,00 Euro brutto** (według Tarifvertraege) + dodatki praca w nocy/weekendy itd.

Wymagane: Prawo wykonywania zawodu.

Oferujemy: 3 miesięczne bezpłatne szkolenie językowe w Niemczech w celu zdania egzaminu na poziomie B1, 3 miesięczne bezpłatne szkolenie językowe w Niemczech w celu zdania egzaminu na poziomie B2.

Zakwaterowanie bezpłatne: Nocleg z wyżywieniem śniadanie i obiad. (Dojazd z Polski i Kolacje we własnym zakresie).

Oczekiwania: Prawo wykonywania zawodu.

Po zdaniu egzaminu językowego na poziomie B2 (wymóg prawa niemieckiego, aby móc podjąć pracę na stanowisku pielęgniarskim) osoba otrzymuje umowę o pracę na okres 24 miesięcy z możliwością przedłużenia umowy o pracę.

Osoby zainteresowane proszę o kontakt telefoniczny lub e-mailowy.

Nr telefonu 502 817 633

e-mail: katarzyna_lazar@wp.pl

„Mimo, że odeszłaś, w sercach naszych pozostaniesz na zawsze”

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza koleżanka Pielęgniarka

KRYSTYNA LEBIODA

koleżanki i koledzy
z Centrum Psychiatrycznego w Warcie

*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie odbierze. Zawsze będą z nami”*

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej koleżanki Pielęgniarki

ELŻBIETY WOJCIECHOWSKIEJ

żegnamy Cię Elu...

koleżanki i koledzy
ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*Śpieszmy się kochać ludzi,
tak szybko odchodzą ...*

Wyrazy głębokiego żalu i współczucia

dla Pielęgniarki Renaty Janiak

z powodu śmierci MĘŻA

składają koleżanki i koledzy
ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*Kochany człowiek nigdy nie umiera
Żyje wciąż w naszych myślach,
Słowach i wspomnieniach ...*

Z żalem zawiadamiamy, że zmarł

STAROSTA SIERADZKI

D A R I U S Z O L E J N I K

zapamiętany zostanie jako wyjątkowy człowiek,
życzliwy i bezinteresowny dla pielęgniarek i położnych,
społecznik, pełen radości i serdeczności

CZEŚĆ JEGO PAMIĘCI