

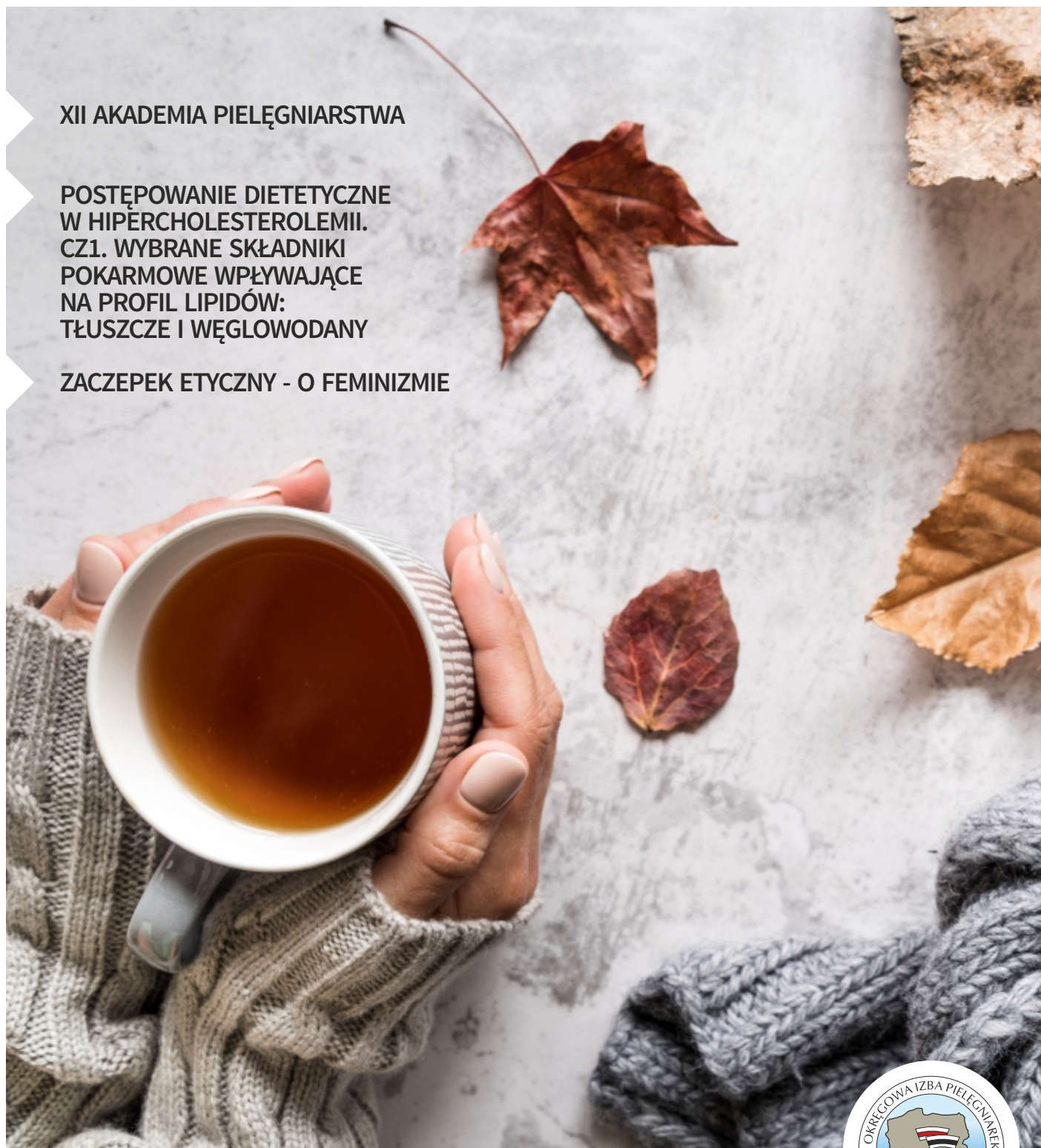
W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

XII AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA

POSTĘPOWANIE DIETETYCZNE
W HIPERCHOLESTEROLEMII.
CZ1. WYBRANE SKŁADNIKI
POKARMOWE WPŁYWAJĄCE
NA PROFIL LIPIDÓW:
TŁUSZCZE I WĘGLOWODANY

ZACZEPEK ETYCZNY - O FEMINIZMIE



W CENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska,
Dorota Pietrzak, Jolanta Kolasinska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

Redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie
do druku – emildruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo
skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycz-
no-językowych.*

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy
nadsyłać na adres redakcji:

Dolnośląska Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
fax 71 373 20 56, e-mail: info@doipip.wroc.pl

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

*Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!*

Nasza okładka:

Numer zamknięto 08.10.2019 r.
Do druku przygotowano 08.10.2019 r.

Nakład 3300 egzemplarzy
Druk ABIS

*Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.*

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, tel./fax 71 373 20 56
e-mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

BIURO W LUBINIE

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin
tel./fax 76 746 42 03

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel./fax 71 333 57 08
e-mail: dziakształcenia@doipip.wroc.pl

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13
piątek: NIECZYNNA

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

wtorek: 13-17, czwartek: 13-16, piątek: 9-14

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach na www.doipip.wroc.pl
Informacje o samorządzie 2015-2019 – Okręgowy
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02 – Informacja pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO – mgr E. Stasiak

poniedziałek 14-16, środa 14-17

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie
lub osobiście. **KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO – dr n. o zdr. Jolanta Kolasinska

UM Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 71 784 18 45
E: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica
T: 76 72 11 401, 661 999 104
E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 500 141 941
E: iwona.pilarczykwrablewska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Katarzyna Salik
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Propedeutyki Pediatrii
i Chorób Rzadkich
ul. Kazimierza Bartla 5, 50-996 Wrocław
T: 606 99 30 95
E: katarzyna.salik@umed.wroc.pl
E: kasiasalik1@wp.pl

► PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr Urszula Żmijewska

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław
T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

► PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
T: 71 722 29 48, 603 852 669
E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Zachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirsfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– mgr Jerzy Twardak
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław
T: 668 193 147
E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr Dorota Milecka
T: 666 872 721
E: milecka@poczta.fm

► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
T: 502 676 039
E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Dyrektor biura	71 333 57 00	Radca prawny	71 333 57 05
Sekretariat	71 333 57 02	Kasa	71 333 57 01
Sekretariat	71 333 57 16	Biblioteka	71 333 57 10
Sekretariat (tel./fax)	71 373 20 56	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 03	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 05	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia (tel./fax)	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09	Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Księgowość Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowość	71 333 57 06	Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przypomina swoim członkom o ich uprawnieniach w tym zwłaszcza:

1. Członkowie samorządu mają prawo :

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPiP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej.

2. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom zgodnie z obowiązującymi regulaminami:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszkalcające oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansową w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansową w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

3. Dolnośląska Okręgowa Izba pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom również:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby: www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego form kształcenia podyplomowego (informacje dostępne: na www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa).

Serdecznie zapraszamy!
Sekretarz DORPiP we Wrocławiu
Urszula Olechowska

W NUMERZE:

- | | | |
|--|---|--|
| 4 XII Akademia Pielęgniarstwa | 13 Równoważnik etaty - jak wyliczyć | 16 Odpowiedź na pismo p. Prezes Małas |
| 8 Rola pielęgniarki w holistycznej opiece nad pacjentem umierającym | 13 Wklucie centralne | 18 Zaczepki etyczne |
| 10 Postępowanie dietetyczne w hipercholesterolemii. Cz1. Wybrane składniki pokarmowe wpływające na profil lipidów: tłuszcze i węglowodany | 14 W jaki sposób pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia | 19 Ogólne zasady wystawiania recept |
| 12 Opinia LEXMEDICA | 15 Pielęgniarka epidemiologiczna - opinia | 21 Ogłoszenia |
| | 15 Konsultanci wojewódzcy - opinia SIG | 26 Pamięć i serce |
| | 16 Opinia zespołu konsultantów | |

XII AKADEMIA PIELĘGNIARSTWA

Urszula Olechowska Sekretarz DORPiP we Wrocławiu

30 września 2019r we Wrocławiu odbyła się XII już Akademia Pielęgniarstwa. W tym roku tematem wiodącym był pacjent geriatryczny i jego potrzeby. Organizatorem była Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Spotkanie otworzyła Przewodnicząca DORPiP we Wrocławiu Pani mgr Anna Szafran, powitała zaproszonych gości, prelegentów oraz bardzo liczną grupę uczestników.

Wykłady przedstawione na konferencji dotyczyły różnorodnej tematyki związanej ze starością tj. problemami zdrowotnymi, psychicznymi, organizacyjnymi i społecznymi. Dotyczyły w szczególności:

1. Ograniczenia funkcjonalne osób w wieku podeszłym. - prof. dr hab. Małgorzata Sobieszczańska, Dziekan Wydziału Lekarskiego UM we Wrocławiu, Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii USK we Wrocławiu.
2. Wsparcie psychologiczne dla pacjenta geriatrycznego. Foka Paro – terapia XXI wieku. - mgr Katarzyna Stachnik, Specjalista psychologii klinicznej, psychoonkolog, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej i Pracowni Geriatrii UM w Poznaniu.
3. Problemy geriatry w polityce zdrowotnej

miasta. - Joanna Nyczak Dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urząd Miejski we Wrocławiu

4. Aktywizacja osób starszych na przykładzie działalności Wrocławskiego Centrum Seniora.-Robert Pawliszko, Z-ca Dyrektora Wrocławskiego Centrum Rozwoju Społecznego ds. międzypokoleniowej aktywizacji społecznej. Wrocławskie Centrum Seniora.

5. Seksualność w okresie starości. - mgr Anna Dolczewska-Samela, Specjalista psychologii klinicznej UM w Poznaniu, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu.

6. Niedożywienie Seniorów – przyczyny, metody, interwencje żywieniowe.- mgr Joanna Magolan, WSS im. J. Gromkowskiego.

7. Zaburzenia zachowania w przebiegu otępienia. - Dr n.med. Elżbieta Trypka ,Klinika Psychiatrii USK we Wrocławiu.

8.Doświadczenie śmierci na przestrzeni dziejów. - dr hab. Jarosław Barański, Kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich UM we Wrocławiu.

9. Wielkie problemy geriatryczne w aspekcie opieki pielęgniarskiej. - mgr Anna Bajan, pielęgniarka oddziałowa Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.

10. Analiza zachorowań na choroby nowotworowe w grupie chorych powyżej 65 roku życia. Wybrane aspekty w opiece nad pacjentem onkologicznym. - mgr Celina Chaciewicz pielęgniarka oddziałowa Oddział Urologii DCO we Wrocławiu.

11. Zespół kruchości jako nowy problem geriatryczny. Dr hab. Izabella Uchmanowicz, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Wydział Nauk o Zdrowiu UM we Wrocławiu

12. Dienne Domy Pomocy we Wrocławiu – zabezpieczenie Seniorów przez nasze miasto.- Marta Krygier , Kierownik Zespołu Dziennych Domów Pomocy. Miejskie Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu.

13. Partnerstwo z rodziną w opiece nad osobą niesamodzielną – program DAMY RADE. mgr Leszek Guga ,Psycholog, trener Firma SENI.

Organizatorzy dziękują bardzo gościom, wykładowcom i uczestnikom za liczne przybycie i zainteresowanie się problemami w opiece nad pacjentem geriatrycznym . Podziękowania kierowane są również do firm za przygotowanie interesujących stoisk z ofertą wyrobów medycznych i pielęgnacyjnych przydatnych w opiece nad seniorami.









ROLA PIELĘGNIARKI W HOLISTYCZNEJ OPIECE NAD PACJENTEM UMIERAJĄCYM

lic. piel. Agnieszka Serafin
specjalista w dziedzinie opieki paliatywnej
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
Oddział Medycyny Paliatywnej

„Jesteś ważny, bo Ty to Ty. Jesteś ważny do ostatniej chwili swojego życia i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko, aby Ci pomóc spokojnie odejść, ale także byś żył w pełni aż do końca”.

Cicely Saunders

Pielęgniarka opiekując się pacjentem umierającym, powinna przede wszystkim dbać o komfort chorego. Swoje postępowanie dostosowywać do jego indywidualnych potrzeb i oczekiwań. Wszystkie czynności wykonywać tak, aby nie zadawać dodatkowego cierpienia. Zabiegi pielęgnacyjne powinny odbywać się w atmosferze intymności oraz życzliwości. Pielęgniarka w swoich działaniach powinna być delikatna oraz taktowna. Warto do tych działań zaangażować rodzinę, która będzie miała poczucie, że może ulżyć choremu w tym ostatnim momencie życia.

Choroba o niepomyślnym rokowaniu jest sytuacją trudną dla pacjenta i jego rodziny. Z chwilą usłyszenia diagnozy, podczas leczenia, chorym targają różne emocje. Człowiek nie może zrozumieć co z nim się dzieje, stan ogólny pogarsza się, objawy chorobowe nasilają się. Postępujące upośledzenie sprawności ruchowej powodują izolację pacjenta oraz wymaga coraz większej zależności od osób innych. Pacjent coraz częściej uświadamia sobie nieuchronność zbliżającego się kresu życia. Jeżeli w obliczu takiego zagrożenia, choroby, on i jego bliscy zostaną pozbawieni wsparcia ze strony osób profesjonalnie przygotowanych, wzrasta niepokój i poczucie bezsilności. Pacjent zadaje sobie pytania: „Jak długo będę jeszcze żył?”, „Czy będę cierpieć?”, „Czy moi bliscy poradzą sobie beze mnie?”, „Co się ze mną stanie po śmierci?”. Niezwykle pomocna staje się nadzieja na dobrą jakość opieki, na wsparcie ze strony rodziny, personelu i ich zapewnienie o stałej obecności oraz wzmacnianie poczucia sensu życia. Nadzieja jest odczuciem pozytywnym, które motywuje do działania. Jest stanem oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego. Pozwala ona choremu na zniesienie trudnych do opanowania dolegliwości, bólu i cierpienia. W trudnej sytuacji choroby, dzięki nadziei pacjent zachowuje spokój.

Podstawą skutecznej opieki paliatywnej jest dobra komunikacja z pacjentem.

Zrozumienie przez pielęgniarkę trudnego procesu adaptacji chorego i jego bliskich do bolesnej rzeczywistości, jest kluczem do właściwej pielęgnacji. Aktywne słuchanie i empatia pomagają pacjentowi otworzyć się na chorobę i śmierć, opowiadać o niej, a co za tym idzie łatwiej ją zaakceptować. Dlatego w opiece paliatywnej ważne są nie tylko kompetencje medyczne pielęgniarki, ale przede wszystkim cechy charakterologiczne i osobowościowe.

Pielęgniarka opiekując się pacjentem umierającym, ma zadanie zapewnić mu jak najlepszą jakość odchodzenia, a także wspierać jego rodzinę i bliskich. Dla nich jest to również bardzo trudny moment. Na wiadomość o zbliżającej się śmierci, mogą reagować w różny sposób. Przechodzą różne fazy przystosowania się do tej sytuacji i są one podobne do tych, które występują u pacjentów na skutek próby akceptacji kresu życia. Rodzina może zaprzeczać, wypierać niepomyślną wiadomość, nie wierzyć w nią, próbować pogodzić się z tym faktem, walczyć o przedłużenie życia chorego, prosić o stosowanie różnych alternatywnych metod leczenia, lub w czasie agonalnym prosić o ratowanie pacjenta. Na zachowanie rodziny ma wpływ pozycja chorego w rodzinie, struktura rodziny, więzi rodzinne jakie panowały przed chorobą, a także wsparcie ze strony otoczenia.

W związku z powyższym przygotowanie rodziny do odejścia bliskiej im osoby, jest bardzo ważnym elementem opieki paliatywnej. Aby temu sprostać pielęgniarka musi zachować postawę zrozumienia punktu widzenia rodziny chorego, wczuć się w ich sytuację. Osoba, którą kochają cierpi i umiera, a oni nie mogą nic zrobić. Często obserwuje się u rodziny poczucie bezradności, żalu oraz lęk w związku ze zbliżającą się śmiercią ich bliskiego. Zadaniem pielęgniarki i całego zespołu terapeutycznego jest wspieranie rodziny, towarzyszenie jej w tych trudnych chwilach. Warto w rozmowie przygotować rodzinę, na to, co może się zdarzyć,

próbować przybliżyć proces umierania. Z reguły działa to uspokajająco na bliskich, gdyż wiedzą czego mogą się spodziewać. Jednocześnie trzeba ich utwierdzić w przekonaniu, że pielęgniarki są tutaj dla nich i wszystkie ich działania na rzecz pacjenta, mają na celu zapewnić jak najlepszą jakość życia, jakie mu pozostało oraz dobrej śmierci.

Ważne jest aby pielęgniarka rozpoznała symptomy zbliżającego się kresu życia. Powinna podkreślić, że to mogą być ostatnie chwile na przebywanie z chorym i pożegnanie się z nim. Istotne jest zachęcanie do czuwania przy chorym, nawet zwykłe trzymanie za rękę, może mieć w tym momencie nieocenioną wartość. Ten etap nie jest momentem szczęśliwym, jest mieszkanką uczuć. Walka się skończyła i nadszedł czas „ostatecznego wypoczynku przed długą podróżą”.

Pacjenci umierający pomimo, że są otoczeni bliskimi, często doświadczają lęku, uczucia osamotnienia i izolacji. Pielęgniarka towarzysząc im w tym trudnym momencie, powinna być gotowa by wysłuchać pacjenta, poznać nie tylko jego dolegliwości somatyczne, ale też przyjąć jego emocje i bólu duchowy. Nie można złagodzić cierpienia emocjonalnych, bez zrozumienia na czym one polegają. Ból duchowy jest związany z lękiem egzystencjalnym, obawą o los bliskich, lękiem przed śmiercią. Pacjent zadaje pytania o sens cierpienia, życia i śmierci. Ocenia pod kątem moralnym postępowanie w przeszłości, swoje dobre i złe uczynki, zmarnowane szanse, niepodjęte działania. Rozważa swoje dotychczasowe życie w odniesieniu do dobra. Szczególnie w terminalnej fazie choroby, człowiek często chce rozliczyć się ze swoją przeszłością, naprawić wyrządzone krzywdy.

Pacjent cierpiący może zwątpić w istnienie Boga, jego miłość do człowieka, lub wręcz odwrotnie, człowiek doświadczający cierpienia może otworzyć się na Boga.

Oczywiście duchowość jest

sprawą indywidualną każdego z nas. Zespół terapeutyczny sprawując opiekę nad chorym, powinien rozpoznawać wszystkie jego potrzeby, również te duchowe. Jeżeli dla pacjenta życie religijne jest bardzo ważne, należy zapewnić mu wizytę duszpasterską bądź zaproponować wspólną modlitwę. Takie działania zawsze powinny być nastawione na potrzeby chorego, skoncentrowane na jego osobie.

Dla pacjenta w ostatniej fazie choroby terminalnej tak samo ważne, a być może ważniejsze, oprócz pomocy medycznej, jest wsparcie duchowe. Obecność, dotyk, szczerść podczas wykonywania zabiegów i akceptacja, da mu poczucie bezpieczeństwa. Okazanie miłości, cierpliwości i zainteresowania może znacznie zmniejszyć cierpienie chorego i pomóc odejść spokojnie z tego świata. W postępowaniu z pacjentem umierającym, pielęgniarkę powinna cechować życzliwość, delikatność oraz otwartość na chorego i jego potrzeby. Niekiedy zdarza się, że pacjent wybiera sobie osobę, z którą chce porozmawiać na tematy związane z duchowością.

Komunikacja z chorym powinna odbywać się w atmosferze wzajemnego zaufania i zrozumienia. Poprzez aktywne słuchanie oraz wsparcie pielęgniarka, lub inny członek zespołu, ułatwia pacjentowi przejście przez ten trudny dla niego okres, rozliczenia się z przeszłością oraz odbudowania relacji z bliskimi. Ważne jest także podejście nieocenające, należy próbować zrozumieć pacjenta, jego postępowanie oraz system wartości, którymi się kieruje w życiu. Nie narzucać swoich opinii, nie dawać rad, a starać się słuchać. Priorytetem w opiece paliatywnej jest pacjent i jego potrzeby.

STUDIUM PRZYPADKU ANI

Młoda kobieta 31 lat, kochający mąż, cudowna 8 letnia córeczka, oddana siostra i rodzice. Rozpoznanie nowotwór mózgu. Stan bardzo ciężki, umierająca, rodzina na zmianę czuwa 24 godziny na dobę. Będąc na dyżurach obserwowałam, myśląc nad tym, jakie ta Pacjentka ma szczęście! Każdy chciałby móc tak odchodzić z tego świata. Kochająca rodzina i ta ich bliskość. Ale z drugiej strony przychodziły pytania, czy to jest szczęście? Dlaczego taka młoda dziewczyna musi odejść? Przecież jej życie dopiero się zaczyna. Dlaczego tak musi być? Leczą na te pytania nie ma odpowiedzi.

Na każdym dyżurze obserwowałam Ich i uczyłam się od Nich, uczyłam się miłości. Uczyłam się jak postępować w życiu, co jest ważne, kto powinien być na pierwszym miejscu.

Na następnym dyżurze opiekując się Anią, powiedziała mi: „Nie chcę umierać”.

Popatrzyłam w Jej w oczy, w sali byłśmy same. Nie wiedziałam czy to pytanie, czy krzyk rozpacz, nie wiedziałam czy muszę coś odpowiedzieć? Złapałam Anię za rękę i odpowiedziałam: „Jeżeli nie jesteś gotowa, to nie umrzesz”. Skończyłam swoje obowiązki i uciekłam. Po prostu uciekłam, myśląc co ja najlepszego zrobiłam? Powiedziałam że, ona nie umrze, a to już kwestia czasu. Za jakiś czas wróciłam, była przy niej przyjaciółka. Zamieniliśmy kilka zdań i znów usłyszałam: „Nie chcę umierać, nie mogę zostawić mojego słoneczka”, mówiła o swojej córce. Byłam rozsypana wewnętrznie, nie wiedziałam co odpowiedzieć i nagle przyszła mi myśl: „Napisz do list”. Popatrzyłam na mnie, a ja sama nie wiedziałam, co się stało.

Za jakiś czas przyszła do mnie przyjaciółka Ani i poprosiła o kartki. Uśmiechnęłyśmy się do siebie, powiedziała: „Pisz list”. Targały mną wielkie emocje, gdy zastanawiałam się, co może czuć umierająca matka, pisząc do swojej małej córki. Jakich użyć słów? Co będzie chciała jej przekazać?

Zajęłam się pracą, to zawsze pomaga w takich chwilach. Pod koniec dyżuru dowiedziałam się, że są trzy listy. Do córki, męża i do rodziców. Jadąc do domu popłynęły mi łzy, nie zastanawiałam się czy ktoś widzi, pozwoliłam sobie na to...

Na kolejnym dyżurze, stan Ani był bardzo ciężki, chwilami bez kontaktu, rodzina jak zawsze czuwająca przy Niej. Gdy mnie zobaczyła, powiedziała: „Jestem gotowa”. Tylko się uśmiechnęłam, a ona odwzajemniła uśmiech, milczałyśmy.

Następny dyżur, wchodzę na oddział, koleżanki mówią mi: „Odeszła”.

Idę na salę, chcę się pożegnać, spotykam siostrę i męża. Uśmiechamy się, oni dziękują za opiekę, a ja odpowiadam: „Ale za co? Przecież to nasza praca, to my dziękujemy, że mogliśmy Was poznać.” Patrzę na zmarłą, leży taka piękna, młoda, uśmiechnięta, jak anioł. Pomyślałam sobie: „Mam następnego anioła w niebie”.

Po kilku dniach ktoś zadzwonił na oddział, koleżanka powiedziała, że to do mnie. Dzwoniła przyjaciółka Ani, powiedziała, że są po pogrzebie i wszyscy otrzymali listy... Nie wiem, co w nich zawarła, ale najprawdopodobniej w ten sposób przekazała bliskim słowa, których być może wcześniej nie mogła lub nie umiała wypowiedzieć. Być może pozostawiła bliskim najpiękniejszą po sobie pamiątkę, najpiękniejsze wspomnienie, może przesłanie. Jestem szczęśliwa, dzięki listom moja pacjentka była gotowa i spokojna.

Znajomi często pytają mnie, jak mogę pracować na takim oddziale. Odpowiadam im, że to daje mi wielką satysfakcję.

Pytają jaką satysfakcję przynosi praca z umierającym człowiekiem?

Ta historia jest odpowiedzią, takie spotkania dają mi siłę, zadowolenie i chęć do dalszej pracy. Takie rodziny dają mi lekcję życia, oddania i miłości. Osoby umierające pokazują, jak walczyć o każdy dzień, jak pięknie można przeżyć te ostatnie chwile, a na koniec jak godnie umierać.

Bardzo często my pielęgniarki paliatywne doświadczamy podobnych historii. Ktoś mi kiedyś powiedział, że położne przyjmują nas i witają na tym świecie, pielęgniarki chirurgiczne, internistyczne i wiele innych pielęgnują, uczestniczą w leczeniu, ratowaniu życia. Natomiast my, paliatywne, pomagamy odejść, pomagamy w przejściu na tamten świat. Jesteśmy osobami, które spędzają z chorym i jego bliskimi najwięcej czasu. Podczas trwania choroby poznajemy chorego, jego zwyczaje, relacje z bliskimi, dzięki temu pełnimy szczególną rolę w procesie odchodzenia. Towarzyszymy i pomagamy choremu w tym trudnym momencie, jesteśmy dla nich wsparciem. Oprócz łagodzenia dolegliwości somatycznych, minimalizujemy cierpienie psychiczne i duchowe oraz izolację społeczną. Naszym celem jest zapewnienie jak najlepszej jakości umierania tzw. „dobrej śmierci”.

Przychodząc do pracy, jesteśmy pielęgniarkami, ale w trakcie jej wykonywania, stajemy się córkami, siostrami, znajomymi, przyjaciółmi oraz jak ostatnio usłyszałam piękne określenie „bratnimi duszami”. To wszystko daje nam siłę, aby pracować z naszymi chorymi i dlatego uwielbiam swoją pracę. Praca na oddziale paliatywnym pozwala nam zauważyć sens naszego istnienia.

Najważniejsze jest to, że nie jest ważne co się w życiu robi, ale żeby to kochać.



POSTĘPOWANIE DIETETYCZNE W HIPERCHOLESTEROLEMII.

CZ1. WYBRANE SKŁADNIKI POKARMOWE WPŁYWAJĄCE NA PROFIL LIPIDÓW: TŁUSZCZE I WĘGLOWODANY

dr n. med. Anna Felińczak



Hipercholesterolemia określana jest mianem, podwyższonych wartości cholesterolu całkowitego oraz lipoprotein LDL. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zaostrzyły wymagania dotyczące stężenia cholesterolu we krwi. Zgodnie z nimi stężenie cholesterolu całkowitego nie powinno przekraczać 190 mg/dL (5,0 mmol/L), stężenie cholesterolu frakcji LDL u osób zdrowych nie powinno przekraczać 115 mg/dL (3,0 mmol/L), a u osób z chorobami układu krążenia i z cukrzycą stężenie cholesterolu ogólnego nie powinno przekraczać 175 mg/dL (4,5 mmol/L), a cholesterolu frakcji LDL – 100 mg/dL (2,5 mmol/L). Natomiast stężenie cholesterolu frakcji HDL u mężczyzn powinno być równe lub większe niż 40 mg/dL (≥ 1 mmol/L), a u kobiet równe lub większe niż 46 mg/dL ($\geq 1,2$ mmol/L).

Nieprawidłowe parametry lipidowe, w tym podwyższony poziom cholesterolu LDL, obniżony poziom HDL i podwyższony poziom trójglicerydów (TG) powszechnie obserwowane w populacji polskiej, są jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju chorób układu sercowo naczyniowego.

Diagnostyka zaburzeń lipidowych opiera się na oznaczeniu stężenia cholesterolu całkowitego oraz jego frakcji (LDL i HDL) a także trójglicerydów. Do badania

należy przystąpić na czczo po 12-13 godzinach głodzenia. Podczas interpretacji wyników należy wziąć pod uwagę średnią z 2-3 badań. Nie należy oznaczać stężenia lipidów w czasie stresu czy choroby w fazie ostrej. Okazuje się, że pora roku również, pozostaje nie bez znaczenia na wynik powyższych parametrów. Stężenie cholesterolu całkowitego jest do 8% większe zimą niż latem. W tabeli poniżej zestawiono aktualną klasyfikację stężeń lipidów i lipoprotein.

W większości przypadków zaburzenia lipidowe są następstwem nieprawidłowego stylu życia, znacznie rzadziej stwierdza się hipercholesterolemię uwarunkowaną czynnikami genetycznymi, czyli rodzinną hipercholesterolemię. W leczeniu nadrzędną rolę odgrywa modyfikacja stylu życia, obejmująca wzrost poziomu aktywności fizycznej oraz zmianę nawyków żywieniowych.

Postępowanie dietetyczne uzależnione jest od rodzaju zdiagnozowanych zaburzeń lipidowych oraz współistniejących czynników ryzyka zaburzeń sercowo naczyniowych takich jak: wiek, płeć, otyłość, cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze. W pierwszej kolejności należy określić właściwą energetyczność diety, z rozłożeniem całodiennej racji pokarmowej na 4 do 5 posiłków w regularnych odstępach czasu.

Należy także zwrócić uwagę, aby ostatni posiłek był spożyty na 2-3 godzin przed snem.

Rola tłuszczu w profilaktyce hipercholesterolemii

Bardzo istotnym elementem diety jest właściwy w niej udział tłuszczu. W żywieniu racjonalnym, w diecie osób zdrowych tłuszcz powinien stanowić od 20-30% wartości energetycznej diety. Obniżenie kaloryczności diety i podaży tłuszczu ogółem wpływa korzystnie na stężenie cholesterolu frakcji HDL oraz pozwala na normalizację ciśnienia tętniczego krwi. Jednocześnie podkreśla się niekorzystny wpływ diety o bardzo niskiej zawartości tłuszczu (< 10% całkowitej podaży energetycznej) z uwagi na ryzyko wzrostu syntezy lipoprotein LDL. Należy zwrócić uwagę, że nie każdy rodzaj tłuszczu obecnego w żywności ma taki sam wpływ na zdrowie, ważny jest skład chemiczny i właściwe proporcje poszczególnych kwasów tłuszczowych. Za najbardziej niebezpieczne i tym samym przyczyniające się do wzrostu cholesterolu LDL uznane są nasycone kwasy tłuszczowe (SFA – Saturated Fatty Acids). Redukcja spożycia tłuszczów nasyconych jest jednym z ważniejszych zaleceń żywieniowych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Europejskiego Towarzystwa Miażdżycowego, odnośnie do postępowania z pacjentem z zaburzeniami lipidowymi. W świetle najnowszych norm Instytutu Żywności i Żywności spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych powinno się ograniczyć do 5-6% całodiennej energii z diety. Głównym źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych są tłuste mięsa (np. wieprzowina, tłusta wołowina, kaczka, gęsi, dziczyzna), podroby, smalec, masło, śmietana oraz ostatnio popularne oleje tropikalne jak palmowy czy kokosowy. Przeprowadzone badania naukowe wykazały wiele korzyści przy zamianie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych na jednonienasycone kwasy tłuszczowe (np. pochodzące z oliwy) oraz na wielonienasycone kwasy tłuszczowe (pochodzące z olejów roślinnych, orzechów, awokado, tłustych ryb morskich). Zmieniając tylko 1% energii pochodzącej z nasyconych kwasów

Tabela1 Klasyfikacja stężeń lipidów i lipoprotein wg. ATP III (Adult Treatment Panel)

KLASYFIKACJA	Cholesterol całkowity (CH)
Stężenie pożądane	<200 mg/dL (<5,2 mmola/L)
Stężenie graniczne duże	200-239 mg/dL (5,2- 6,1 mmola/L)
Stężenie duże	≥ 240 mg/dL ($\geq 6,2$ mmola/L)
	Cholesterol LDL (LDL-CH)
Stężenie optymalne	<100 mg/dL (<2,6 mmola/L)
Stężenie prawie optymalne	<100-129 mg/dL (2,6-3,3 mmola/L)
Stężenie graniczne duże	130-159 mg/dL (3,4-4,1 mmola/L)
Stężenie duże	160-189 mg/dL (4,1-4,9 mmola/L)
Stężenie bardzo duże	≥ 190 mg/dL ($\geq 5,0$ mmola/L)
	Triacyloglicerole (TG)
Stężenie prawidłowe	<150 mg/dL (<1,7 mmola/L)
Stężenie graniczne duże	150-199 mg/dL (1,7-2,3 mmola/L)
Stężenie duże	200-499 mg/dL (2,3-5,7 mmola/L)
Stężenie bardzo duże	≥ 500 mg/dL ($\geq 5,7$ mmola/L)
	Cholesterol HDL (HDL-CH)
Stężenie małe	<40 mg/dL (<1,0 mmola/L)
Stężenie duże	≥ 60 mg/dL ($\geq 1,5$ mmola/L)

tłuszczowych na energię z jednonienasyconych kwasów tłuszczowych (MUFA – Monounsaturated Fatty Acids) można zredukować stężenie cholesterolu całkowitego o 1,6 mg/dL, a w przypadku zmiany na wielonienasycone kwasy tłuszczowe (PUFA – Polyunsaturated Fatty Acids) nawet o 2 mg/dL. Korzystne działanie kwasów tłuszczowych z rodziny n-3, wykazywane w wielu badaniach naukowych, polega na redukowaniu stężenia triglicerydów w osoczu krwi poprzez hamowanie ich resyntezy w ścianie jelit i wątrobie, normalizacji ciśnienia krwi, działaniu przeciwzakrzepowym, hamowaniu rozwoju choroby niedokrwiennej serca, działaniu przeciwzapalnym i przeciwalergicznym.

Kolejnym istotnym elementem diety zarówno u osób zdrowych, jak i u pacjentów z chorobami metabolicznymi jest eliminacja izomerów trans kwasów tłuszczowych (trans fatty acid- TFA). Tłuszcze trans zwiększają ryzyko chorób serca, gdyż wpływają negatywnie na gospodarkę lipidową powodując zwiększenie stężenia cholesterolu całkowitego i frakcji LDL oraz zmniejszenie stężenia HDL. Ich spożycie z dietą powinno być ograniczone do >1% energii z diety. Mozaffarian i Clarke w metaanalizie wykazali, że zamiana 2% energii z SFA, MUFA lub PUFA na izomery typu trans kwasów tłuszczowych powoduje zwiększenie ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca odpowiednio o 20%, 27% i 32%. Tłuszcze trans powstają głównie w procesie niepełnego (częściowego) utwardzania tłuszczów roślinnych oraz podczas obróbki termicznej olejów. Obecne są w dużej ilości w pieczywie, potrawach smażonych, żywności typu fast-food, chipsach, krakersach, wyrobach cukierniczych, ciastkach, lodach, twardych margarynach, zupach z proszku, gotowanych sosach.

W okresie ostatnich dziesięciu lat w społeczeństwie polskim nastąpiła pozytywna tendencja polegająca na zmianie struktury spożywania tłuszczów zwierzęcych na korzyść roślinnych.

Jednak nadal utrzymują się nieprawidłowe proporcje w spożywaniu poszczególnych kwasów tłuszczowych, szczególnie w zakresie kwasów tłuszczowych wielonienasyconych z grupy omega -6 i omega-3. Według zaleceń prawidłowego żywienia wzajemna proporcja kwasów z rodziny n-6 do n-3 w diecie, powinna wynosić (4-5) : 1, bez przekraczania wartości 10:1. Nadmierna dysproporcja pomiędzy kwasami z rodziny n-6 i n-3 w diecie może zakłócić równowagę w ilości syntetyzowanych, często antagonistycznie działających, eikozanoidów, prowadząc do określonych stanów patologicznych. Jednym ze skutków ubocznych zbyt wysokiego udziału w diecie

wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z grupy omega-6 jest wzrost procesów utleniania lipidów zawartych w lipoproteinach osocza i spadek stężenia HDL.

Spożycie cholesterolu powinno być zmniejszone (< 300 mg/d.), zwłaszcza u osób z dużym jego stężeniem w osoczu.

Węglowodany i błonnik pokarmowy

Dotychczasowe badania naukowe, nie potwierdzają jednoznacznie, aby węglowodany zawarte w pożywieniu wpływały na stężenie cholesterolu LDL, ale mogą oddziaływać na frakcję HDL oraz stężenie triglicerydów. Oczywiście zasadnicze znaczenie, ma rodzaj spożywanych węglowodanów. Szczególnie niekorzystnie działają węglowodany rafinowane, powszechnie obecne w wielu produktach spożywczych. Ich działanie związane jest z obniżaniem wrażliwości tkanek na insulinę co sprzyja powstawaniu otyłości brzusznej, dodatkowo stymulują proces lipogenezy de novo w wątrobie, przez co uaktywniają szlaki metaboliczne prowadzące do obniżenia stężenia cholesterolu HDL.

Spożycie węglowodanów powinno wynosić 45–55% łącznej wartości energetycznej pożywienia. Spożycie cukrów prostych nie powinno przekraczać 10% łącznej wartości energetycznej pożywienia (oprócz ilości występujących w naturalnych źródłach pożywienia, takich jak owoce i produkty mleczne). Bardziej restrykcyjne zalecenia dotyczące spożycia cukrów mogą być użyteczne u osób wymagających redukcji masy ciała lub z dużym stężeniem TG w osoczu, zespołem metabolicznym bądź cukrzycą. Słodzone napoje gazowane powinny być spożywane w ograniczonych ilościach przez populację ogólną, natomiast drastycznie ograniczone u osób ze zwiększonym stężeniem TG w osoczu. Należy szczególnie zachęcać do spożywania warzyw, roślin strączkowych, owoców, orzechów oraz pełnoziarnistych produktów zbożowych, wraz z wszystkimi innymi produktami o dużej zawartości błonnika i/lub o małym wskaźniku glikemicznym. Błonnik pokarmowy, a zwłaszcza frakcja rozpuszczalna w wodzie wykazuje działanie prowadzące do zmniejszenia ryzyka

choroby niedokrwiennej serca, gdyż wpływa na obniżenie stężenia LDL-C. Ta frakcja obecna jest w owocach (jabłka, pomarańcze), warzywach (bakłażan, marchew, pietruszka), roślinach strączkowych, produktach zbożowych jak owies, jęczmień. W randomizowanym badaniu Zhang wykazał, że codzienna konsumpcja 100g owsa zamiast równorzędnej ilości pszenicy pozwala uzyskać zmniejszenie obwodu talii, spadek cholesterolu całkowitego oraz frakcji LDL, a także obniżenie ciśnienia tętniczego. Owies zawiera frakcję włókna rozpuszczalnego w postaci β-glukanu, która wpływa na poprawę parametrów profilu lipidowego i w konsekwencji poprzez zmniejszenie cech hipercholesterolemii, pozwala zmniejszyć ryzyko rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego. Beta-glukan powodują wzrost lepkości treści pokarmowej w przewodzie pokarmowym, zmniejszając jelitowy wychwyt cholesterolu, nasilając konwersję cholesterolu do kwasów żółciowych oraz hamując ich ponowną reabsorpcję i powrót do wątroby, w obrębie wątroby nasilając konwersję cholesterolu do kwasów żółciowych. Produkty węglowodanowe bogate w błonnik mogą stanowić alternatywny zamiennik dla tłuszczów nasyconych.

Podsumowując zalecenia dietetyczne skuteczne w redukcji nieprawidłowych parametrów lipidowych, dotyczące spożywania tłuszczów i węglowodanów należy:

- 1) dostarczać odpowiednią ilość tłuszczu w diecie stanowiącej od 20-35% jej wartości energetycznej
- 2) zmniejszyć ilość nasyconych kwasów tłuszczowych w diecie do mniej niż 7% ogólnej ilości energii w diecie;
- 3) maksymalnie ograniczyć spożycie izomerów trans -nienasyconych kwasów tłuszczowych (>1% energii z diety);
- 4) zredukować poziom cholesterolu w diecie do wartości nie przekraczającej 300 mg dziennie, w niektórych przypadkach ograniczenie do wartości 200 mg;
- 5) pamiętać, aby spożywać około 10–25 g błonnika rozpuszczalnego w wodzie;
- 6) unikać spożywania cukru rafinowanego i produktów, które go zawierają



OPINIA LEXMEDICA

Paszkowski Artur

25 kwietnia 2018 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Tekst pochodzi z Lex Medica

Pytanie

Czy zgodnie z art. 21 ustawy z 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym szpital powiatowy przed zawarciem umowy z każdą osobą, którą chce zatrudnić do poradni, przychodni, oddziałów szpitalnych, w których mogą być leczone osoby do 18 roku życia ma obowiązek uzyskać informację o tej osobie z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym?

Czy może ograniczyć się tylko do Oddziału Pediatrycznego?

Czy powinien uzyskiwać informację o każdej osobie zatrudnianej na stanowisku lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, opiekun medyczny?

Odpowiedź

Zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym - dalej u.p.z.p.s., przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi pracodawcy lub inni organizatorzy w zakresie takiej działalności są obowiązani do uzyskania informacji, czy dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym. Brzmienie normy art. 21 ust. 1 u.p.z.p.s., w szczególności zaś użycie przez ustawodawcę sformułowania "przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z (...) leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi" sugeruje, iż w przypadku zatrudniania lub powierzania jakiejkolwiek działalności, nawet jeśli tylko potencjalnie związana ona być może z leczeniem lub opieką nad dziećmi, pracodawca obowiązany jest przed zatrudnieniem osoby uzyskać informację, czy dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym. W konsekwencji przyjąć należy, iż zatrudnienie osoby w jakiejkolwiek komórce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której to komórce udzielane są (lub mogą być udzielane) świadczenia zdrowotne na rzecz małoletnich pacjentów, wymaga wcześniejszego uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym. Dotyczy to tak oddziałów pediatrycznych

czy poradni specjalistycznych dedykowanych leczeniu dzieci, jak i innych komórek organizacyjnych, w tym np. laboratoriów diagnostycznych, pracowni diagnostyki obrazowej, zespołów ratownictwa medycznego czy też oddziałów szpitalnych lub poradni specjalistycznych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych (wszak we wszystkich oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych dopuszcza się leczenie dzieci, zaś niektóre oddziały nie posiadają w ogóle profili dziecięcych – choroby wewnętrzne czy szpitalny oddział ratunkowy).

Zgodnie z przepisem art. 12 pkt 6 i 7 u.p.z.p.s., prawo do uzyskania informacji o osobie ujętej w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, której dane zostały zgromadzone w przedmiotowym rejestrze, z dostępem ograniczonym, przysługuje w szczególności pracodawcom przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi (w zakresie uzyskania informacji, czy dane tej osoby są zgromadzone w tym rejestrze) oraz innym organizatorom – przed dopuszczeniem osoby do działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi (w zakresie uzyskania informacji, czy dane tej osoby są zgromadzone w tym rejestrze). Jak stanowi z kolei art. 21 ust. 1 u.p.z.p.s., przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi pracodawcy lub inni organizatorzy w zakresie takiej działalności są obowiązani do uzyskania informacji, czy dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym. W ocenie autora brzmienie normy art. 21 ust. 1 u.p.z.p.s., w szczególności zaś użycie sformułowania "przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z (...) leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi" sugeruje, iż w przypadku zatrudniania lub powierzania jakiejkolwiek działalności, nawet jeśli tylko potencjalnie związana ona być może z leczeniem lub opieką nad dziećmi, pracodawca obowiązany jest przed zatrud-

nieniem osoby uzyskać informację, czy dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym. Jako, że ustawodawca wyraźnie wskazał, iż kryterium rozstrzygającym w omawianym przypadku pozostaje związanie działalności (pracy) osoby zatrudnianej z leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi, to w konsekwencji przyjąć należy, iż zatrudnienie osoby w jakiejkolwiek komórce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której to komórce udzielane są (lub mogą być udzielane) świadczenia zdrowotne na rzecz małoletnich pacjentów, wymaga wcześniejszego uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym. Dotyczy to tak oddziałów pediatrycznych czy poradni specjalistycznych dedykowanych leczeniu dzieci, jak i innych komórek organizacyjnych, w tym np. laboratoriów diagnostycznych, pracowni diagnostyki obrazowej, zespołów ratownictwa medycznego czy też oddziałów szpitalnych lub poradni specjalistycznych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych (wszak we wszystkich oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych dopuszcza się leczenie dzieci, zaś niektóre oddziały nie posiadają w ogóle profili dziecięcych – choroby wewnętrzne czy szpitalny oddział ratunkowy). Jednocześnie autor zwraca uwagę na konsekwencje naruszenia obowiązku, o którym mowa w art. 21 ust. 1 u.p.z.p.s., zgodnie bowiem z art. 23 ust. 2 u.p.z.p.s., kto dopuszcza do pracy lub do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi osobę bez uzyskania informacji, o której mowa w art. 21 ust. 1 u.p.z.p.s., lub wiedząc, że dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny nie niższej niż 1000 zł.

RÓWNOWAŻNIK ETATU - JAK WYLICZYĆ

Kwiatkowska Monika

Odpowiedzi udzielono: 18 września 2019 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie.

Tekst pochodzi z Lex Medica

Pytanie

Co jest podstawą do wyliczenia informacji o liczbie pielęgniarek i położnych na dzień 1.08.2019 w przeliczeniu na liczbę etatów lub równoważników etatów - (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Dz.U. poz. 1628) - czy ilość godzin przepracowana przez pielęgniarkę w miesiącu lipcu 2019 r.?

W przypadku pielęgniarki zatrudnionej na umowę o pracę - sprawa jest oczywista tj. podajemy 1 etat.

A co w przypadku pielęgniarki zatrudnionej na kontrakcie?

Odpowiedź

W przypadku pielęgniarki, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kontraktu należy wskazać równoważnik etatu, przeliczając liczbę godzin pracy pielęgniarki w stosunku do ustawowego wymiaru czasu pracy na etacie.

Zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628), terminie 14 dni od dnia wejścia w życie przedmiotowego rozporządzenia świadcze-

niodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, informację, według stanu na dzień 1 sierpnia 2019 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.) - dalej u.z.p.i.p. oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 u.z.p.i.p.

Ww. Informację świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka

zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza w 2019 r., także według stanu na dzień 1 października 2019 r., i przekazuje do dnia 14 października 2019 r.

W przypadku wykazywania pielęgniarki albo położnej, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie innej niż stosunek pracy (umowa zlecenia, umowa o dzieło, kontrakt), świadczeniodawca wskazuje równoważnik etatu, przeliczając liczbę godzin pracy pielęgniarki w stosunku do ustawowego wymiaru czasu pracy na etacie.

Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy z dnia o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190) - dalej u.dz.l., czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1 u.dz.l., w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Zatem najprostszym sposobem wyliczenia równoważnika etatu jest pomnożenie liczby godzin wykonywania pracy pielęgniarki zatrudnionej na kontrakcie w ciągu tygodnia przez 37 godzin 55 minut.

WKŁUCIE CENTRALNE

Choromańska Iwona

Odpowiedzi udzielono: 29 lipca 2019 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Tekst pochodzi z LEX MEDICA

Pytanie

Czy pielęgniarka pracująca na oddziale intensywnej terapii może samodzielnie usunąć kontakt centralny?

Odpowiedź

Pielęgniarka nie ma uprawnień do usunięcia wkłucia centralnego, nawet jeżeli pracuje w oddziale intensywnej terapii.

Pielęgniarka, położna nabywają dodatkowe kwalifikacje w wyniku realizacji ustawowego obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych, który wynika z art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.).

Programy szkolenia specjalizacyjnego czy też programy kursów kwalifikacyjnych (są to różne formy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych) nie zawierają

w swoich zakresach nabycia przez pielęgniarkę umiejętności polegającej na założeniu bądź usunięciu tzw. wkłucia centralnego.

Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia 19.08.2015 r. wraz z zatwierdzonymi przez to ministerstwo aktualizacjami z dnia 24.10.2016r.; 31.08.-2017 r. i 28.11.2017 r. w zakresie opieki specjalistycznej pkt U4 - umiejętności specjalistyczne wskazuje jedynie na umiejętność pielęgnowania chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej. Podobnie program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek, który został zatwierdzony

przez Ministra Zdrowia w dniu 19.08.2015 r. a następnie zaktualizowany dnia 24.10.2016r. i w dniu 31.08.2017r. przewiduje, że pielęgniarka po ukończeniu tego kursu będzie między innymi posiadać umiejętność pielęgnowania chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej (por. pkt U3.)

Podobnie w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w tej dziedzinie, pielęgniarka nabydzie umiejętność asystowania podczas zabiegu kaniulacji naczyń centralnych żylnych i tętniczych (por. pkt. U24 programu kursu kwalifikacyjnego) oraz pielęgnowania wykorzystywanych dostępow naczyniowych - obwodowe żyłne, centralne żyłne,

tętniczne (por. pkt U 25 programu kursu kwalifikacyjnego).

Także program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii dla pielęgniarzek zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19.08.2015 r., uwzględniający aktualizacje zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w dniach: 24.10.2016 r., 31.08.2017 r.

oraz 28.11.2017 r. wskazuje na następujące umiejętności:

U43. pielęgnowanie miejsce założenia cewnika naczyniowego oraz zapobieganie powikłaniom zapalnym i niedrożności cewnika;

U94. asystowanie przy zakładaniu dostępu do naczyń centralnych;

U95. pielęgnowanie miejsce założenia

cewnika naczyniowego oraz stosowanie metod zapobiegających zakażeniu i wykrzepianiu krwi w świetle cewnika.

Zakładanie i usuwanie tzw. wkłucia centralnego zastrzeżone jest dla lekarzy (por. np. program kształcenia specjalizacyjnego dla lekarzy w dziedzinie chirurgii ogólnej).

Copyright © 2014 - 2019 Wolters Kluwer Polska Spółka z o.o.

W JAKI SPOSÓB PIELEŃNIARKA MOŻE ODMÓWIĆ WYKONANIA ŚWIADCZENIA

Iwona Choromańska radca prawny
Tekst pochodzi z LEX Medica

Co może zrobić pielęgniarka jeśli powierza się jej zadania, do których wykonania nie posiada uprawnień? Czy i jaką odpowiedzialność może ponieść pracodawca lub bezpośredni przełożony - tu: kierownik ds. pielęgniarstwa - powierzając pielęgniarcze realizację zadań niezgodnych z jej kompetencjami (do których nie ma uprawnień)?

W jaki sposób pielęgniarka powinna reagować na powierzenie takich zadań?

Odpowiedź

Obowiązkiem pielęgniarki jest odmówienie wykonania świadczenia, do realizacji którego pielęgniarka nie posiada odpowiednich kwalifikacji zawodowych, w przeciwnym razie naraża się ona na odpowiedzialność zawodową, karną lub cywilną. Ustawodawca wyposażył pielęgniarkę w odpowiednie instrumenty prawne określone w art. 11 i art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.) - dalej u.o.z.p.i.p., które pozwalają pielęgniarcze na odmowę wykonania świadczenia bez niebezpieczeństwa poniesienia jakiegokolwiek odpowiedzialności w tym zakresie.

Uzasadnienie

Art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.), dalej u.o.z.p.i.p. stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ponadto, art. 12 ust. 1 u.o.z.p.i.p. wskazuje, że pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy

zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednakże w myśl przepisu art. 12 ust. 2 u.o.z.p.i.p. pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1 tj. konieczności udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 12 ust. 3 u.o.z.p.i.p. przewiduje, że w przypadku, o którym mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym.

W sytuacji gdy pielęgniarcze zlecane jest wykonanie zadania, pomimo, iż nie ma ona do tego kompetencji, powinna ona odmówić realizacji i powołując się na art. 12 ust. 4 u.o.z.p.i.p. odstąpić od realizacji świadczeń zdrowotnych z przyczyn, o których mowa w art. 12 ust. 2, a następnie uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Pracodawca bądź bezpośredni przełożony pielęgniarki nie ma prawa powierzać pielęgniarcze wykonywania zadań, do realizacji których nie ma ona odpowiednich kwalifikacji. Na każdym podmiocie leczniczym ciąży bowiem ustawowy obowiązek, wynikający z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.), który polega na konieczności zapew-

nienia udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, które spełniają wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.

Pracodawca nakazując pielęgniarcze wykonywanie świadczeń niezgodnych z jej kwalifikacjami naraża pacjenta na utratę zdrowia czy nawet życia. A zatem narusza w sposób istotny jego prawa, które zagwarantowane są w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.). Podobną odpowiedzialność ponosi bezpośredni zwierzchnik pielęgniarki jednocześnie narażając się na odpowiedzialność dyscyplinarną (zawodową) a w niektórych sytuacjach nawet karną i oczywiście cywilną (odszkodowawczą).

Jednakże podkreślić należy, że obowiązkiem pielęgniarki jest odmówienie wykonania świadczenia, do realizacji którego pielęgniarka nie posiada odpowiednich kwalifikacji zawodowych, w przeciwnym razie naraża się ona na odpowiedzialność zawodową, karną lub cywilną. Ustawodawca wyposażył pielęgniarkę w odpowiednie instrumenty prawne określone w art. 11 i art. 12 u.o.z.p.i.p., które pozwalają pielęgniarcze na odmowę wykonania świadczenia bez niebezpieczeństwa poniesienia jakiegokolwiek odpowiedzialności w tym zakresie.

PIELĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA - OPINIA

Kwiatkowska Monika

Odpowiedzi udzielono: 25 września 2019 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Tekst pochodzi z Lex Medica

Pytanie

Jakie kwalifikacje musi mieć osoba zatrudniona na stanowisku pielęgniarka epidemiologiczna w podmiocie leczniczym, który jest spółką prawa handlowego?

Odpowiedź

Brak jest szczegółowych regulacji, które określałyby wymagania jakie musi spełniać osoba zatrudniona na stanowisku pielęgniarka epidemiologiczna w podmiocie leczniczym, który jest spółką prawa handlowego. Zgodnie z art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.) - dalej u.d.l., Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach określonych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, kierując się bezpieczeństwem pacjentów oraz potrzebą zapewnienia efektywności zatrudnienia.

Na podstawie ww. przepisu Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. poz. 896).

W załączniku do ww. rozporządzenia, w zakresie Działu I "Pracownicy działalności podstawowej", pod pozycją Lp.9 wskazano szczegółowe wymagania dotyczące "Specjalisty do spraw epidemiologii lub higieny

i epidemiologii", do którego zalicza się również pielęgniarka epidemiologiczna – do zastosowania w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.

Jednakże, zgodnie z literalną dyspozycją zawartą w art. 50 u.d.l. oraz z tytułem ww. rozporządzenia – regulacje w nim zawarte dotyczą wyłącznie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zaś spółka prawa handlowego jest uznawana za przedsiębiorcę (Komentarz do art. 4 ustawy Prawo przedsiębiorców, red. Kozieł 2019, wyd. 1/Kozieł, Legalis).

Podkreślić należy, iż przepisy u.d.l. (oraz innych aktów prawnych) nie regulują kwestii kwalifikacji niezbędnych do pracy na poszczególnych stanowiskach w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami. Istnienie takich regulacji tylko w zakresie podmiotów niebędących przedsiębiorcami jest krytykowana w doktrynie. "Trudne do uzasadnienia jest wprowadzenie tych przepisów, a właściwie ich utrzymanie, z ograniczeniem zastosowania wyłącznie do podmiotów niebędących przedsiębiorcami. Normy zatrudnienia mają bowiem – jak wynika z delegacji do wydania rozrządzenia – zapewnić właściwą jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych, zaś odpowiednie kwalifikacje mają zapewniać bezpieczeństwo pacjentów oraz efektywność zatrudnienia. Wobec przesłanek, którymi ma kierować się organ wydający rozporządzenie, trudno uzasadnić, że założenia te mają dotyczyć wyłącznie podmiotów niebędą-

cych przedsiębiorcą, nie powinny zaś obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych (...) Wydaje się, że wprowadzanie tego typu norm wyłącznie w odniesieniu do podmiotów niebędących przedsiębiorcami jest zarówno nierównym traktowaniem podmiotów leczniczych, jak i ma wpływ na nierówne traktowanie pacjentów, którym w jednym podmiocie – zgodnie z przepisami – zapewnia się, a w innym nie ma takiego obowiązku – odpowiednie warunki udzielania świadczeń" (Art. 50 Dział Lecz U Nowak-Kubiak 2012, wyd. 1).

Wobec braku takich regulacji dla podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, wskazuje się, iż wymagania kwalifikacyjne powinny zostać określone przez podmioty je tworzące, np. w tabelach stanowiących załączniki do regulaminu pracy (ewentualnie w regulaminie wynagradzania przy okazji ustalania kategorii zaszerzegowania na poszczególnych stanowiskach).

Ponadto, tworząc normy wewnątrzzakładowe, można się także posłużyć wymaganiami określonymi przez resort zdrowia dla analogicznych lub zbliżonych stanowisk w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Podsumowując, brak jest szczegółowych regulacji, które określałyby wymagania jakie musi spełniać osoba zatrudniona na stanowisku "pielęgniarka epidemiologiczna" w podmiocie leczniczym, który jest spółką prawa handlowego.

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY OPINIA-SIG

Dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego

Szanowna Pani Konsultant,

W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku, pojawiły się liczne zapytania zarówno z Okręgowych Izby Pielęgniarek i Położnych jak i od pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania o sposobie pozyskiwania zgód na realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę. Posiłkując się zapisami w/w

Ustawy oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, przygotowałam wspólnie z zespołem konsultantów - Opinię zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego w sprawie uzyskiwania zgody przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, na udzielanie świadczeń w środowisku nauczania i wychowania z dnia 16

września 2019 roku.

Opinia w dniu dzisiejszym trafiła do Ministerstwa Zdrowia oraz Prezesa NRPiP z prośbą o upowszechnienie w Magazynie Pielęgniarek i Położnych oraz przekazanie Okręgowym Radom Pielęgniarek i Położnych. Uprzejmie proszę o rozpowszechnienie i wykorzystanie opinii.

OPINIA ZESPOŁU KONSULTANTÓW

W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO W SPRAWIE UZYSKIWANIA ZGODY PRZESIEWOWEJ PRZEZ PIELĘGNIARKĘ LUB HIGIENISTKĘ SZKOLNĄ, NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA Z DNIA 16 WRZEŚNIA 2019 ROKU.

**Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego województwa dolnośląskiego
mgr Dorota Milecka**

**Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek**

W związku z licznymi zapytaniem i wątpliwościami dotyczącymi uzyskiwania zgody przez pielęgniarki i higienistki szkolne na udzielanie świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz wejściem w życie Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami, przedstawiamy poniższą opinię:

Rodzice lub pełnoletni uczniowie mają prawo wyrażenia sprzeciwu do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, sprawowanej przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną. Sprzeciw (a nie zgoda) musi być złożony pisemnie do świadczeniodawcy - czyli pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Rodzice, na pierwszym zebraniu rodziców w danym roku szkolnym oraz pełnoletni uczniowie na pierwszych zajęciach z wychowawcą, powinni zostać zapoznani z zakresem profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu złożonego pisemnie. Informację tę należy umieścić ponadto w miejscu ogólnie dostępnym w szkole.

Należy omówić zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, korzyści dla ucznia płynące z opieki profilaktycznej i straty dla dziecka w przypadku braku tej opieki.

Zakres profilaktyki obejmującej prawo do sprzeciwu, to:

1. Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych odpowiednio do wieku/etapu edukacji - należy omówić jakie testy do wykrywania jakich zaburzeń w danej klasie będzie realizować pielęgniarka spośród testów do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego, układu ruchu, wzroku (ostrości, widzenia barwnego i zez), zaburzeń słuchu, ciśnienia tętniczego, zaburzeń statyki ciała i wad wymowy.
2. Kierowanie postępowaniem poprzemiesiowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów przesiewowych.
3. Czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi
4. Edukacja indywidualna w zakresie zdrowia jamy ustnej
5. Prowadzenie profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi

Z inną formą wyrażania zgody mamy do czynienia w przypadku sprawowania opieki przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną, nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. W tym przypadku wymagana jest pisemna zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów przed objęciem ucznia opieką, czyli na początku roku szkolnego.

go. Zakres tej opieki to - sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarstwa oraz wyłącznie na zlecenie lekarza i w porozumieniu z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole. Na ten zakres wymagana jest zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów.

Również zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów wymagana jest na opiekę stomatologiczną, wyrażona pisemnie po uzyskaniu informacji i przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego - stomatologicznego.

Innymi świadczeniami pielęgniarki lub higienistki szkolnej w środowisku nauczania i wychowania, do których nie ma zastosowania sprzeciw na udzielanie profilaktycznej opieki, jak również wyrażona zgoda na opiekę nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, są: udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc, doradztwo dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole, udział w planowaniu, realizacji i ocenie programów edukacji zdrowotnej.

ODPOWIEDŹ NA PISMO P. PREZES MAŁAS

**Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Janusz Cieszyński - Podsekretarz Stanu**

Szanowna Pani Prezes,
W odpowiedzi na pismo znak: NIPIP-NRPIP-DM-0025.60.2019.MK, poruszające kwestie dotyczące kontroli we wskazanych przez NRPIP podmiotach leczniczych w zakresie prawidłowości wypłaty środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, oraz

pytanie o to w jaki sposób i przez kogo powinno być nadzorowane wykorzystanie publicznych środków pochodzących z NFZ proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień. Jak wynika z pisma Pani Hanny Phillips, Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,

Oddział na bieżąco monitoruje rzeczywiste przeznaczenie dodatkowych środków finansowych przyznanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, a każde zgłoszenie dotyczące braku realizacji przez świadczeniodawców obowiązku zapewnienia wzrostu wynagrodzeń

pielęgniarek i położnych jest przedmiotem postępowania wyjaśniającego. WOW NFZ informuje także, że odbył spotkanie z udziałem przedstawicieli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w celu wymiany informacji na temat podejmowanych czynności oraz zapewnienia poprawności przyznawania środków pieniężnych gwarantujących wzrost wynagrodzeń.

Pragnę ponadto wyjaśnić, że pismem z dnia 30 maja 2019 r., znak: SZUZ.716.84.2019.KR Minister Zdrowia zajął stanowisko w sprawie uprawnień kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie prawidłowości wydatkowania środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. W piśmie tym Minister Zdrowia poinformował Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, iż w przypadku kontroli środków publicznych przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń udzielanych przez

pielęgniarki i położne, Narodowy Fundusz Zdrowia może ocenić prawidłowość zgłoszenia etatów do wypłaty kwoty przeznaczonej na podwyżki pielęgniarek i położnych, jak również skontrolować, czy świadczeniodawca uzgodnił ze związkami zawodowymi sposób podziału tych środków. Patrząc przez pryzmat celu jaki ma zostać osiągnięty (czyli wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych), dopuszczalnym jest również uznanie kontroli rzeczywistego przeznaczenia dodatkowych środków finansowych przyznanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne – w zakresie, czy środki te zostały przeznaczone na tę grupę zawodową, czy na inny cel. Ponadto pragnę poinformować, iż Ministerstwo Zdrowia działając na podstawie art. 118 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) w związku

z § 6 ust. 3 rozporządzenia w sprawie sposobu i trybu kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1331) podjęto czynności kontrolne dotyczące oceny prawidłowości wypłaty środków finansowych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych. Kontrola przeprowadzona w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, w dniach 20–24 maja 2019 r. przez Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia wykazała nieprawidłowości w zakresie wypłaty ze środków OWU, pochodnych od wzrostu wynagrodzeń zasadniczych, innych, niż wymienione *expressis verbis* w § 2 ust. 2 rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. (tj. dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek za pracę w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy oraz składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy).



ZACZEPEK ETYCZNY

O FEMINIZMIE

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Proces emancypacji kobiet w medycynie, jak i w społeczeństwie, to żmudny wysiłek uzyskiwania równouprawnienia. O niej, tej społecznej i kulturowej, pisała Eliza Orzeszkowa, która w liście do Jana Karłowicza w 1880 postawiła taką diagnozę: „We wszystkich bez wyjątku warstwach towarzyskich kobiety błędzą bez miary i cierpią bez miary. Codziennie widzieć tu można siłę jakąś i zdolność, która marnie ginie, poryw jakiś, po którym następuje niezbędny upadek, próbę jakąś zwieńczoną nieuniknionym niepowodzeniem”. Ale też w eseju „O kobiecie” zwróciła uwagę na rzecz szczególną, kluczową dla rozumienia pozycji kobiety w Polsce i na Zachodzie – na odmienne role kulturowe.

Na Zachodzie to przede wszystkim rola zakonniczki, damy dworu, kurtyzany. W Polsce role kobiety były zgoła inne: to obywatelka z rolą polityczną, zarządcza majątku, rodzicielka, organizator życia towarzyskiego. Źródło tych różnic (także w kontekście prawa spadkowego, którego kobiety na Zachodzie były pozbawione), tkwi w polskiej kulturze politycznej o rzymskim pochodzeniu. Może już – pod naporem uniwersalizacji – jedynie rudymenty jej pozostały, ale warto uprzytomnić sobie, że bodaj z tych powodów Polska jest pierwszym krajem na świecie, w którym różnice płciowe między mężczyzną a kobietą są najmniejsze.

W medycynie problemy, które stanowią przedmiot rozważań feministycznej etyki, są różnorodne. Jeden tylko zostanie tutaj poruszony: jako że feminizm w bioetyce podkreśla, że człowiek jest istotą relacyjną, współzależną i pozostającą we względnie trwałych emocjonalnych relacjach z innymi, toteż więź emocjonalna jest punktem odniesienia dla rozważań nad relacją pielęgniarka, położna – pacjenci, także dla refleksji nad naturą decyzji medycznej. Podążając za Nel Noddings Ewa Hyży pisze: „Źródłem naszych emocjonalnych i moralnych reakcji jest pamięć wczesnego dzieciństwa i bycia otaczanym troską. I to troska właśnie stanowi podstawę moralności, sprawiedliwość jest jedynie dodatkowym składnikiem jej fundamentów”. Dlatego też, twierdzi Virginia Held, „troska jest moralną odpowiedzią na potrzeby konkretnych innych ludzi, wobec których przyjmujemy świadomie odpowiedzialność”. To jest ów specyficzny „inny głos”, głos kobiet, będący elementem działania moralnego i komunikacyjnego.

Te zdolności kobiet, moralne i komunikacyjne, wypowiedziane w trosce, pozwalają – co jest przedmiotem medycyny narracyjnej – właściwie interpretować znaczenia, jakie towarzyszą choremu w przeżywaniu własnej choroby i sytuacji egzystencjalnej. Pozwalają pielęgniarcze lub położnej zrozumieć preferencje pacjenta bądź pacjentki, ich uczucia i potrzeby oraz właściwie na nie odpowiedzieć. Troszczenie się o człowieka zapewnia wtedy poczucie bezpieczeństwa i jest źródłem zaufania, a rozmowa staje się elementem terapii.

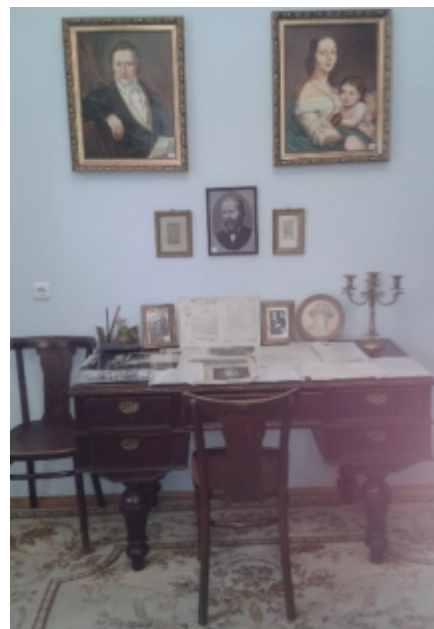
Toteż nie do zaakceptowania jest podszywanie się pod feminizm osób, których postawy są manifestacją grubiańskości, braku odpowiedzialności, intelektualnej mizერი. Oto bowiem w jednym ze szpitali pacjentka w podeszłym wieku zwraca się do pielęgniarki z irokezem na głowie, w tatuażach i w glanach: „Siostró, czy długo jeszcze będziemy czekać na wyniki?” Pielęgniarka owa z irytacją w głosie i na twarzy odpowiada: „Nie jestem pani siostrą, jestem pielęgniarką feministką!” I poszła sobie...

Nie do zaakceptowania jest więc taka podłość, aby choremu okazywać w imię własnych przekonań nieprzychylność i odmawiać mu udzielenia informacji (nie daj Boże! – pomocy); pogłębiać jego obawy i poczucie braku wsparcia w personelu medycznym. Opędzanie się od pacjentki jak od natarczywej muchy nie ma więc nic wspólnego z feminizmem – z medycyną również. Dramatem współczesnego indywidualizmu jest to, że niektórym wydaje się, że jeśli jako indywidua zarządzają swoimi zakupami, wyglądem i przekonaniami, mogą to czynić również z teoriami, zasadami i pojęciami. A te – po prostu – nie należą do nich.



A jeśli chodzi o zwrot „siostró!” – to temat już przegadany. Jest zrozumiałe, że jeśli pielęgniarka czy położna nie lubi tego zwrotu, wystarczy z uśmiechem i życzliwością to pacjentce czy pacjentowi powiedzieć i zaproponować inny. Warto jednak pamiętać, że wymówienie słów „pani pielęgniarko!”, a tym bardziej szybko, osobom starszym może nastręczać dużo trudności. Warto również uwzględnić, że użycie słowa „siostró!” może być – po prostu – apelacją o pomoc cierpiącej osoby.

Nie poucza się przeto pacjentów, ale troszczy o nich; nie gani się nich, lecz im pomaga. Niby proste to zobowiązanie, ale jak powiedział Ignacy Lebel w 1847 roku, „Niepodobna wszystkich ludzi natchnąć jednym przekonaniem, bo światło rozumu nie rozlewa się z promieniami słońca”.



Miejsce pracy literackiej E. Orzeszkowej w jej domu w Grodnie.

OGÓLNE ZASADY WYSTAWIANIA RECEPT

Informacja pochodzi z: www.nfz.gov.pl

Uwaga

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept zakłada wprowadzenie zmiany polegającej na wydłużeniu terminu realizacji recept. Obecnie nie może przekroczyć 30 dni od daty wystawienia. Po zmianach osoba uprawniona do wystawienia recepty może oznaczyć na recepcie w postaci elektronicznej termin jej realizacji do 365 dni, w przypadku braku takiego oznaczenia – 30 dni od daty jej wystawienia.

Rodzaje recept

Recepta jest wystawiana w postaci:

- elektronicznej;
- papierowej.

Receptę w postaci papierowej wystawia się w przypadku:

1. braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
2. recepty dla: **a)** osoby wystawiającej, zwanej dalej "receptą pro auctore", **b)** małżonka, wstępnego, zstępnego lub rodzeństwa osoby wystawiającej, zwanej dalej receptą "pro familiae";
3. recepty transgranicznej – recepty na produkt leczniczy lub wyrób medyczny wystawionej przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z prawem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, w którym recepta została wystawiona, podlegającej realizacji w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
4. recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości;
5. recepty wystawianej przez lekarza, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza, albo pielęgniarkę i położną, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1251, 1579 i 2020);
6. recepty na produkt leczniczy nieposiadający pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzany z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4.

Podstawa prawna:

ustawa Prawo Farmaceutyczne (tj. Dz. U. 2017 r. poz. 2211 ze zm.) – Art. 95b
Leki refundowane mogą być przepisywane wyłącznie na:

- drukach recept zgodnych ze wzorem określonym w załączniku nr 6

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz. U. 2018 r. poz. 745) – **recepty w postaci papierowej**

Na jednej recepcie w postaci papierowej przepisuje się do pięciu produktów leczniczych gotowych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub wyrobów medycznych albo jeden produkt leczniczy recepturowy

Podstawa prawna:

ustawa Prawo Farma-ceutyczne (tj. Dz. U. 2017 r. poz. 2211 ze zm.) – Art. 96a ust. 9.

- drukach recept zgodnych ze wzorem określonym w załączniku nr 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz. U. 2018 r. poz. 745) – **recepty w postaci papierowej na produkt leczniczy posia-dający kategorię dostępności „Rpw”.**

Na tego typu receptach można wypisać tylko jeden preparat zawierający środki odurzające lub substancje psychotropowe. Na tej recepcie nie można przepisywać innych produktów leczniczych.

Recepty, na których przepisano preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, są realizowane nie później niż w ciągu 30 dni od daty ich wystawienia, z wyjątkiem recept na sprowadzenie z zagranicy produktów leczniczych, zawierających w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe, nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjentów, które realizowane są w terminie 120 dni.

Podstawa prawna:

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (tj. Dz. U. 2015 poz. 1889) – § 6 ust. 2

Terminy realizacji recept

Termin realizacji recepty nie może przekroczyć **30 dni** od daty jej wystawienia, a w przypadkach naniesienia przez lekarza daty realizacji "od dnia", 30-dniowy termin realizacji liczony jest od tej daty.

Termin realizacji recepty **na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego** nie może przekroczyć 7 dni od daty jej wystawienia, albo naniesionej na recepcie daty realizacji "od dnia".

Termin realizacji recepty **na leki środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy w ramach importu docelowego** nie może przekroczyć **120 dni** od daty jej wystawienia. W przypadku realizacji recept na import docelowy wymagane jest również przedłożenie w aptecce prawidłowo wypełnionego i potwierdzonego zapotrzebowania na lek, którego termin ważności nie może przekroczyć 60 dni od daty jego zatwierdzenia przez Ministra właściwego ds. Zdrowia w części B. Termin realizacji recepty **na preparaty immunologiczne, wytwarzane indywidualnie dla pacjenta**, nie może przekroczyć **120 dni** od daty jej wystawienia.

Podstawa prawna:

ustawa Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (tj. Dz.U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.) – art. 96a ust. 7

Zasady wystawiania recept

Lekarz, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer może przepisać dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie:

- ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do 360-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania, przy czym ilość produktu leczniczego na jednej recepcie nie może przekraczać ilości niezbędnej do 120-dniowego stosowania;
- podwójną ilość leku recepturowego, ustaloną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 6 ust. 10 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych określającymi produkty lecznicze, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzeniu

leków recepturowych, z zastrzeżeniem że w przypadku produktów leczniczych w postaci maści, kremów, żeli, past do stosowania na skórę można przepisać dziesięciokrotną ilość leku recepturowego, ustaloną na podstawie tych przepisów; jednorazowo może być wystawionych do 16 takich recept niezbędnych pacjentowi do maksymalnie łącznie 120-dniowego okresu stosowania.

Lekarz, lekarz dentyista, felczer, starszy felczer może wystawić do 12 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 360 dni, nie dotyczy to produktu leczniczego sprowadzonego w ramach importu docelowego. **Pielęgniarka i położna może przepisać dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie:**

- ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do 120-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptcie sposobu dawkowania;
- ilość produktu leczniczego antykoncepcyjnego przeznaczonego do 60-dniowego stosowania - wyłącznie w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Pielęgniarka i położna może wystawić do 4 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 120 dni.

Zasady realizacji recept

Realizacja recepty obejmuje jej otaksowanie oraz wydanie przepisanych na niej produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

Realizacja recepty w postaci papierowej obejmuje dodatkowo potwierdzenie realizacji recepty polegające na zamieszczeniu na jej rewersie:

- imienia i nazwiska osoby wydającej – w formie nadruku lub pieczęci;
- podpisu osoby wydającej.

Otaksowanie recepty polega na wytworzeniu **Dokumentu Realizacji Recepty** dla każdej pozycji na receptcie.

Dokument Realizacji Recepty obejmuje następujące dane:

- unikalny numer identyfikujący receptę, jeżeli dotyczy;
- numer nadawany przez podmiot wytwarzający Dokument Realizacji Recepty
- datę i godzinę realizacji recepty, a w przypadku leku recepturowego albo aptecznego – datę i godzinę realizacji recepty, przyjęcia recepty do wykonania tego leku oraz sporządzenia tego leku;
- dane osoby realizującej receptę,

a w przypadku recept na lek recepturowy albo apteczny – dane osoby, która przyjmuje receptę do sporządzenia tego leku, dane osoby, która sporządza ten lek, oraz dane osoby wydającej:

- a) imię i nazwisko,
- b) identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ;
- dane apteki albo punktu aptecznego, w których jest realizowana recepta:

- a) nazwa,
- b) identyfikator apteki albo punktu aptecznego, o którym mowa w art. 17c ust. 3 pkt 2 ustawy o SIOZ,

c) adres miejsca realizacji recepty,

- dane dotyczące pacjenta
- dane dotyczące wydawanych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych oraz leków recepturowych lub leków aptecznych:

a) nazwa produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, ich postać, moc i dawka oraz kod EAN albo inny kod odpowiadający kodowi EAN – jeżeli nadano, albo rodzajowa lub handlowa, nazwa wyrobu medycznego i kod EAN albo inny kod odpowiadający kodowi EAN – jeżeli nadano, a w przypadku leku recepturowego albo aptecznego – nazwy i ilości jego składników,

b) w przypadku produktu leczniczego – kategoria dostępności

c) liczba wydanych opakowań,

d) wartość wydanych opakowań,

e) wysokość taksy laborum, jeżeli dotyczy;

- informację o realizacji pozycji na receptcie: „Całkowicie zrealizowana”, informacja o realizacji pozycji na receptcie: „Częściowo zrealizowana” albo przyjęta do realizacji;

W przypadku realizacji recepty, na której przepisano produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny podlegający refundacji, Dokument Realizacji Recepty obejmuje także następujące dane:

1. identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu albo symbol instytucji właściwej dla osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji wraz z numerem Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) oraz datą jej ważności;
2. kod uprawnień dodatkowych pacjenta lub identyfikator oraz numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego te uprawnienia;
3. dane związane z finansowaniem dla poszczególnych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych:

a) poziomy odpłatności,

b) wysokości limitu finansowania

c) wysokości opłaty uiszczanej przez pacjenta,

d) wysokości kwoty podlegającej refundacji,

e) wysokością ceny detalicznej;

4. znacznik „pro auctore”, jeżeli dotyczy;

5. znacznik „pro familiae”, jeżeli dotyczy;

6. znacznik wskazujący na realizację recepty wystawionej na produkt leczniczy sprowadzany z zagranicy w trybie importu docelowego

8. znacznik wskazujący na wydanie odpowiednika

Recepta w postaci papierowej może zostać zrealizowana także w przypadku, gdy:

- umiejscowienie tych danych nie odpowiada poszczególnym częściom wzoru recepty przeznaczonym na ich rozmieszczenie;
- adres pacjenta nie jest zgodny z numerem oddziału wojewódzkiego Funduszu.
- recepta pod względem graficznym, jej rozmiar lub kształt nie odpowiadają wzorowi recepty, a dane na receptcie są zamieszczone w sposób czytelny.

Realizacja recepty w postaci papierowej, na której nie wpisano poniższych danych, wpisano je w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z art. 96a ustawy – Prawo farmaceutyczne, jest dopuszczalna pod warunkiem dokonania następujących czynności:

- kod uprawnień dodatkowych pacjenta, z wyjątkiem kodu uprawnień dodatkowego pacjenta określonego w lp. 7 załącznika nr 1 do rozporządzenia – osoba wydająca określa go na podstawie dokumentów, o których mowa w § 14, przedstawionych przez osobę okazującą receptę - osoba wydająca zamieszcza go w Dokumencie Realizacji Recepty lub na rewersie recepty papierowej oraz zamieszcza ten kod w komunikacie elektronicznym.
- postać produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego – osoba wydająca określa tę postać na podstawie posiadanej wiedzy;
- dawka produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – osoba wydająca przyjmuje, że jest to najmniejsza dawka dopuszczona do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- sposób dawkowania – osoba wydająca wydaje maksymalnie taką ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, która nie jest większa od ilości zawartej w dwóch najmniejszych opakowaniach określonych w wykazie dla tego produktu leczniczego, środka spożywczego

- specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, a w przypadku produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – ilość nie większą niż ilość zawarta w dwóch najmniejszych opakowaniach dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem przypadków, w których sposób dawkowania musi być wpisany zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii;
- numer EKUZ, numer poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ust. 2 pkt 9 ustawy o świadczeniach, albo numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz zgodny z normą PN-ISO 3166-1:2008 symbol państwa, w którym znajduje się zagraniczna instytucja właściwa dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – osoba wydająca ustala go na podstawie odpowiednich dokumentów dotyczących pacjenta przedstawionych przez osobę okazującą receptę; osoba wydająca zamieszcza ten numer w Dokumencie Realizacji Recepty oraz w komunikacie elektronicznym, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy o refundacji, przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- data realizacji recepty „od dnia” – osoba wydająca przyjmuje, że wpisano znak „X”;
- data urodzenia w przypadku pacjenta do 18 roku życia, jeżeli daty tej nie można ustalić – osoba wydająca określa datę urodzenia tego pacjenta na podstawie innego dokumentu przedstawionego przez osobę okazującą receptę; osoba wydająca zamieszcza tę informację w Dokumencie Realizacji Recepty lub na rewersie recepty w postaci papierowej;
- odpłatność:
 - a) w przypadku gdy produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w wykazie w jednej odpłatności i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100%” – osoba wydająca wydaje ten produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością określoną w wykazie,
 - b) w przypadku gdy produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w wykazie w więcej niż jednej odpłatności i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100%” – osoba wydająca wydaje produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub

wyrób medyczny za najwyższą odpłatnością dla tego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określoną w wykazie,

c) w przypadku gdy recepta zawiera kod uprawnienia dodatkowego, osoba wydająca wydaje produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z tego uprawnienia; w przypadku gdy recepta zawiera kod uprawnień dodatkowych pacjenta, z wyjątkiem kodu uprawnienia dodatkowego pacjenta określonego w lp. 7 załącznika nr 1 do rozporządzenia, osoba wydająca wydaje produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z określonego przez nią uprawnienia dodatkowego pacjenta;

- adres w danych pacjenta, o którym mowa w art. 96a ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy – Prawo farmaceutyczne – osoba wydająca określa go na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę lub jej oświadczenia;
- kod pocztowy adresu danych pacjenta – osoba wydająca przyjmuje, że został wpisany;
- dane podmiotu drukującego, o których mowa w art. 96a ust. 1e ustawy – Prawo farmaceutyczne – osoba wydająca przyjmuje, że zostały wpisane.

Recepta w postaci papierowej, na której wpisano w sposób nieczytelny lub niezgodny z art. 96a ustawy – Prawo farmaceutyczne poniższe dane, może zostać zrealizowana pod warunkiem dokonania następujących czynności:

1. identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ, oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę – osoba wydająca określa ten numer na podstawie posiadanych danych dotyczących osoby wystawiającej receptę; osoba wydająca zamieszcza ten numer w Dokumencie Realizacji Recepty lub na rewersie recepty papierowej oraz komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu,
2. dane dotyczące osoby uprawnionej albo podmiotu – osoba wydająca określa je na podstawie posiadanych danych; osoba wydająca zamieszcza je w Dokumencie Realizacji Recepty lub na rewersie recepty papierowej oraz komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu;
3. przypadku braku numeru telefonu, o którym mowa w art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. d ustawy – Prawo farmaceutyczne – osoba wydająca przyjmuje, że wystarczający jest numer telefonu zawarty w danych świadczeniodawcy;

4. dane pacjenta również w przypadku wpisania tej danej w sposób niekompletny – osoba wydająca określa te dane na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę.

5. jeżeli na receptce nie wpisano ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego:

- a) osoba wydająca przyjmuje, że jest to jedno najmniejsze opakowanie określone w wykazie, a w przypadku produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – jedno najmniejsze opakowanie dopuszczalne do obrotu lub dostępne w obrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- b) a określono sposób dawkowania i okres stosowania – osoba wydająca przyjmuje obliczoną na tej podstawie ilość, jako ilość przepisana przez osobę wystawiającą receptę.

6. Jeżeli z liczby, wielkości opakowań, liczby jednostek dawkowania i sposobu dawkowania podanego na receptce wynikają różne ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, osoba wydająca wydaje najmniejszą z nich jako ilość przepisana przez osobę wystawiającą receptę.

7. Jeżeli ilość refundowanego leku recepturowego przepisano na receptce przekracza ilość, o której mowa w art. 96a ust. 2 pkt 3 ustawy – Prawo farmaceutyczne, osoba wydająca zmniejsza ilość wydawanego leku recepturowego do tej ilości.

Osoba wydająca realizuje receptę, na której:

1. wpisano w sposób błędny lub niezgodny z ustawą – Prawo farmaceutyczne adnotację na receptce wystawionej dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych oraz dla rodzeństwa, o której mowa w art. 95b ust. 2 pkt 2 ustawy – Prawo farmaceutyczne;
2. zawarte zostały inne niż określone w rozporządzeniu lub w art. 96a ustawy – Prawo farmaceutyczne informacje lub znaki niestanowiące reklamy.

Produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne wydane z apteki nie podlegają zwrotowi. Nie dotyczy to produktu leczniczego lub wyrobu medycznego zwracanego aptece z powodu wady jakościowej, niewłaściwego ich wydania lub sfalszowania produktu leczniczego.

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept z dnia 13 kwietnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 745), ustawa – Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (tj. Dz.U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.)



Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
DZIAŁ KSZTAŁCENIA

ZAPRASZA

NA SPOTKANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE :

DATA	TEMAT	PROWADZĄCY	LICZBA MIEJSC
02.10.2019	Komunikacja i budowanie relacji w pracy z grupą. Umiejętność pracy w zespole Zagadnienia odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.	mgr Benta Dobrzańska mgr Renata Stępień	50
16.10.2019	Akademia Leczenia ran- praktyczne warsztaty z opatrunkami.	Urgo Medical	40
17.10.2019	Akademia Leczenia ran- praktyczne warsztaty z opatrunkami.	Urgo Medical	40
14.11.2019	Obsługa i pielęgnacja cewnika tunelizowanego typu Broviak.	dr Anna Zamrły	50
27.11.2019	Pacjent geriatryczny.	Pelargos	50

Miejsce – DOIPiP we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50.

Zgłoszenia telefoniczne: 71 333 57 08, 71 333 67 12



Szanowni Państwo,

Zachęcamy serdecznie do skorzystania z nowej możliwości jaką oferuje nasza strona internetowa. Jeżeli chcecie być Państwo informowani na bieżąco o aktualnych wiadomościach prosimy o wpisanie swojego adresu mailowego w oknie **NEWSLETTERA**. Umożliwi to przesyłanie Państwu drogą mailową wszelkich aktualności.

www.doipip.wroc.pl

OGŁOSZENIE

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy zatrudni od zaraz na umowę o pracę lub cywilnoprawną pielęgniarki i położne.

Wymagane kwalifikacje zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

CV wraz z życiorysem oraz załącznik z klauzulą informacyjną dla procesu rekrutacji (do pobrania na www.pzsolesnica.pl), niezbędną do przeprowadzenia rekrutacji, proszę o przesyłanie na e-maila: kadryk@pzsolesnica.pl lub na adres:

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy
ul. Armii Krajowej 1
56-400 Oleśnica

**PODZIĘKOWANIA
dla ELŻBIETY PODPAŁA**

W związku z przejściem na emeryturę koleżanki z Oddziału pragniemy złożyć serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową.

Dużo zdrowia, bo to najważniejszy dar, o który trzeba się troszczyć.

Dużo radości z życia, bo to ono sprawia, że każdego dnia chce nam się żyć.

Satysfakcji z życia, z tego co udało nam się do tej pory osiągnąć i tego co jeszcze do osiągnięcia.

Dziękujemy za wspólnie spędzone lata, za uśmiech, miłe chwile, dobre rady i poświęcenie.

Z wyrazami szacunku

Zespół Zamiejscowego Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej II

**PODZIĘKOWANIA
dla MARII KAMIŃSKIEJ**

Emerytura – cudowny czas.

Zwalnia tempo co otacza nas.

Na wszystkim teraz bardziej skupić się możemy.

Z okazji przejścia na emeryturę pragniemy złożyć Tobie najserdeczniejsze życzenia, dużo zdrowia, szczęścia, pomyślności.

Chwil wytchnienia, na które pracowałaś wiele lat.

Dziękujemy za wszystkie dni, które przeżyliśmy podczas wspólnej pracy.

Koleżanki z Zamiejscowego Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej II

**PODZIĘKOWANIA
dla GRAŻYNY LESZCZYŹYN**

W związku z przejściem na emeryturę pragniemy złożyć najserdeczniejsze podziękowania za pełną zaangażowania, długoletnią pracę zawodową. Za wszystkie lata z Tobą.

Za Twoją pracowitość, wytrwałość, cierpliwość, wspaniały uśmiech i humor.

W ciągu tych wszystkich lat byłaś dla nas koleżanką, na którą zawsze można było liczyć, która służyła dobrą radą i wsparciem.

Przeżyliśmy w pracy takie chwile, które długo w pamięci pozostaną.

Są takie osoby, które poznane, zawsze już będą pamiętane.

Koleżanki z Zamiejscowego Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej II

Redakcja biuletynu przeprosza za nieumieszczenie nazwiska autora artykułu
pt. Prostatektomia radykalna – operacyjna metoda leczenia raka prostaty,
który ukazał się we wrześniowym numerze biuletynu „W Cieniu Czepka”.

Autorką jest

piel. spec. Jolanta Ciesielska
z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu .

Serdecznie przeproszamy
Redakcja

PC 30[®] V

**Kompleksowa ochrona skóry
przed odleżynami i owrzodzeniami**

NOWE
ekonomiczne
opakowanie



PC 30[®] V Aby uniknąć odleżyn

PC 30[®] V to płyn przeznaczony do stosowania na skórę narażoną na uciski i otarcia. Chroni przed podrażnieniami i stanami zapalnymi. Jest także pomocny w przypadku już powstałych zmian na skórze wywołanych czynnikami mechanicznymi (np.: uciski i otarcia), czynnikami chemicznymi (np.: pot, mocz, kał), jak również po oparzeniach I stopnia.

U pacjentów długotrwale unieruchomionych, stosujących protezy, pasy przepuklinowe lub opatrunki gipsowe – preparat **PC 30[®] V** chroni skórę przed powstawaniem odleżyn.

Odpowiednio dobrane składniki preparatu zapobiegają podrażnieniom skóry oraz przyspieszają jej regenerację:

- **alantoina** pobudza ziarninowanie i przyspiesza proces regeneracji skóry,
- **dekspantenol** znosi uczucie napięcia skóry, wygładza i nawilża naskórek,
- **wyciąg z kwiatów rumianku** działa przeciwzapalnie i antyseptycznie,
- **wyciąg z nasion kasztanowca** uszczelnia naczynia krwionośne i zapobiega powstawaniu obrzęków,
- **1,3-butanodiol** wzmacnia skórę i zwiększa jej odporność na czynniki mechaniczne.

Sposób użycia PC 30[®] V: powierzchnię skóry skropić preparatem PC 30[®] V, następnie lekko wmasować lub pozostawić do wchłonięcia. Stosować 3 razy dziennie. W przypadku stosowania w celu ochrony skóry przed odleżynami zaleca się, aby nie obciążać posmarowanej powierzchni zaraz po naniesieniu preparatu. Zawartość: 100 ml, 250 ml. W przypadku stosowania pieluchomajtek płynem PC 30[®] V należy nacierać również okolice pachwin i partie ciała narażone na ocieranie.

Producent:
Cheplapharm Arzneimittel GmbH
Ziegelhof 24, 17 489 Greifswald
Niemcy

SOLPHARM[®] **S**
Dystrybutor:
Solpharm Sp. z o.o.
ul. Zakątek 1
05-270 Marki

eva/q^{lu}
Bambini
dla dzieci

CZOPKI NA ZAPARCIA U DZIECI:

- BEZPIECZNE
- NIE PRZECZYSZCZAJĄ CHEMICZNIE
- SZYBKIE EFEKTY, OD KILKU DO KILKUNASTU MINUT



• POLECANIE DLA DZIECI • POLECANIE DLA DZIECI •
OD **13** DO **12**
MIESIĄCA ŻYCIA ROKU ŻYCIA

- 1 Innowacyjne czopki o działaniu fizjologicznym na zaparcia u dzieci.
- 2 Bezpieczne, bez przeciwwskazań.
- 3 Szybki efekt, od kilku do kilkunastu minut.
- 4 Pozwalają zaplanować moment wypróżnienia.
- 5 Bezpieczne dla dzieci, u których występują hemoroidy.
- 6 Nie wchłaniają się.
- 7 Nie przeczyszczają chemicznie.
- 8 Nie powodują uzależnienia.

[illegible]

Naszej koleżance

EWIE PIOTROWSKIEJ

wyrazy szczerego żalu i współczucia
z powodu śmierci brata

Składają współpracownicy
z oddziału dermatologii Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego we Wrocławiu.

Naszej koleżance

DANUSI ZDYB

wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci teściowej

Składają koleżanki
z oddziału dermatologii Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego we Wrocławiu.

*Oczy matki wszystko widzące patrzę na urodziny,
patrzę przez całe życie i patrzę po śmierci z „tamtego świata „*

Naszej Koleżance

RENACIE SKOWROŃSKIEJ

Wyrazy najgłębszego współczucia i żalu
oraz słowa wsparcia i otuchy
z powodu śmierci mamy

Składają współpracownicy z RCKiK.

"Można odejść na zawsze , by stale być blisko"

ks. Jan Twardowski

MONICE KAŁWIŃSKIEJ

Wyrazy współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci TATY

Składają
Koleżanki i koledzy z II OITD
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
ul.Borowska 213 we Wrocławiu

*"Wszystko ma swój czas i jest wyznaczona godzina
na wszystkie sprawy pod niebem"*

Księga Koheleta

Koleżance

AGNIESZCE KOSIŃSKIEJ

wyrazy współczucia z powodu śmierci Babci

Składają
Dyrektor ds.Pielęgniarstwa
i koleżanki Oddziału Rehabilitacyjnego
SZPL PROVITA sp.z o.o. Wrocław ul.Bierutowska 63

„Umarłych wieczność dotąd trwa,dokąd pamięcią im się płaci”

Wisława Szymborska

Koleżance

WIOLETTCE KOSIŃSKIEJ

Wyrazy szczerego współczucia po śmierci Teściowej

Składają
Dyrektor ds.Pielęgniarstwa
i koleżanki Oddziału Rehabilitacyjnego
SZPL PROVITA sp.z o.o. Wrocław ul.Bierutowska 63

*Niby wiedział , że kiedyś nadejdzie ta chwila.
A jednak ciężko, a przecież boli nad wyraz.*

Naszej koleżance

AGNIESZCE SKORUPA

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci TATY

Składają koleżanki z Klinicznego Oddziału
Gastroenterologicznego 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu.



UWAGA STUDENCI III ROKU NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO

Stypendia dla przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy.

Samorząd województwa chce zachęcić studentów pielęgniarstwa do podejmowania pracy w zawodzie. Już jesienią do najlepszych z nich trafią stypendia.

- Mamy do czynienia z problemem w skali ogólnopolskiej. Nasz wskaźnik ilości pielęgniarek na 1000 mieszkańców jest jednym z najniższych w Europie i z prognozą wynika, że w ciągu najbliższych lat jeszcze spadnie. Chcemy temu przeciwdziałać, stąd nasza propozycja stypendiów – tak uzasadnia potrzebę realizacji projektu wicemarszałek Marcin Krzyżanowski.

Główne założenia programu stypendialnego:

- program rusza od października 2019r.
- o stypendium mogą wnioskować najzdolniejsi studenci dolnośląskich uczelni kształcący się na trzecim roku kierunku pielęgniarstwo, którzy uzyskują średnią ocen co najmniej 4,2
- student zobowiązuje się do podjęcia pracy w jednej z jednostek wskazanych w wykazie podmiotów, dla których organem prowadzącym jest Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego przez okres co najmniej trzech lat
- wysokość stypendium dla każdego studenta wynosi 1 000 złotych brutto

Sposób wypełniania wniosków:

Do wypełnionego i podpisanego wniosku wraz z podpisanym oświadczeniem o podjęciu pracy w podmiocie leczniczym dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie przez okres co najmniej 3 lat (wykaz podmiotów leczniczych w załączeniu), należy dołączyć obligatorycznie:

- 1) zaświadczenie uczelni o nie powtarzaniu roku i nie korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów w okresie, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
- 2) zaświadczenie o średniej ocen na poziomie co najmniej 4,2,
- 3) oświadczenie do celów podatkowych i ubezpieczeń,
- 4) zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

Podpisany wniosek o przyznanie stypendium należy złożyć w wersji papierowej wraz z wymaganymi załącznikami w jednym egzemplarzu w zaklejonej kopercie. Kopertę należy opatrzyć informacją: „**Wniosek o przyznanie stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo**”

Termin naboru i miejsce składania ofert:

Wnioski wraz z załącznikami (w jednym egzemplarzu) należy składać osobiście lub za pośrednictwem poczty w terminie od

9 października 2019 roku do 18 października 2019 roku w Sekretariacie Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, 50-413 Wrocław, ul. Walońska 3-5, pok. 301, III piętro; poniedziałek – piątek w godzinach od 7.30 do 15.30. O terminie złożenia wniosku decyduje data wpływu do Departamentu Zdrowia Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu, a za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kuriera decyduje data nadania.

Wersję edytowalną wypełnionego wniosku należy przestać na adres:

ludmila.domagala@dolnyslask.pl

Wniosek złożony przed lub po terminie prowadzenia naboru, niezgodny ze wzorem, niekompletny lub niewypełniony pozostawia się bez rozpatrzenia. Wniosek oraz dokumenty do pobrania dostępne są na www.bip.umwd.dolnyslask.pl oraz www.umwd.dolnyslask.pl/zdrowie/aktualnosci/

Dodatkowe informacje: Uchwała, Zasady udzielania stypendiów, Regulamin Pracy Komisji oceniającej wnioski o przyznanie stypendiów dla studentów III roku studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo, wykaz podmiotów leczniczych dostępne na stronie internetowej DOIPIP we Wrocławiu: www.doipip.wroc.pl

PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNE, PIEŁĘGNIARZE, POŁOŻNI



**to nasz Samorząd Zawodowy
nie bądźcie obojętni
dokonajcie wyboru
rok 2019 – rokiem wyborów Delegatów
na VIII kadencję 2020-2024**



Spis wszystkich rejonów wyborczych wraz z miejscem i terminem zebrania wyborczego, jest dostępny na stronie internetowej izby – strona główna.
www.doipip.wroc.pl

Okręgowa Komisja Wyborcza prosi wszystkie pielęgniarki i położne: **emerytki, rencistki, niepracujące i przebywające na urlopach wychowawczych** o zgłaszanie się do biura DOIPiP przy ulicy Powstańców Śląskich 50 we Wrocławiu w celu dokonania wpisu na listę wyborców.
„Zaryzykujcie, postawcie stopę na nieznaną ziemi...”

**Od 23 września
do 15 listopada 2019 r.**

w ustalonych 34 rejonach wyborczych na terenie działania Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu odbędą się wybory Delegatów na Okręgowy Zjazd DOIPiP we Wrocławiu VIII kadencji 2020-2024.

W dniach 20-21 marca 2020 roku

nowo wybrani Delegaci będą mieli możliwość wyboru przewodniczących i członków organów DOIPiP we Wrocławiu oraz Delegatów na Krajowy Zjazd VIII kadencji.