

*Święta Bożego Narodzenia
niech przyniosą Państwu radość i miłość,
świąteczna atmosfera niech towarzyszy Państwu
przez cały następny Rok
i wypełni każdy dzień spokojem, optymizmem i życzliwością,
a Nowy Rok niech obfituje w szczęście i pomyślność.*

Życzą w imieniu

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca - **Danuta Kusiak**

Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Przewodnicząca - **Mira Krzystanek**

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Okręgowy Rzecznik - **Czesława Furgata**

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca - **Halina Raczkiewicz**



WAŻNE!!!

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

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, iż zgodnie z:

- **art. 19 ust 2 i 3** ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2019.576 t.j.) pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formie:
 - umowy o pracę,
 - w ramach stosunku służbowego,
 - na podstawie umowy cywilnoprawnej.
- **jest obowiązana w terminie 14 dni** od dnia nawiązania stosunku służbowego, zawarcia umowy lub rozwiązania czy wygaśnięcia umowy **poinformować o tym fakcie** okręgową izbę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu.
- **art. 46 ww. ustawy**, pielęgniarka i położna wpisana do rejestru **jest obowiązana do niezwłocznego zawiadomienia** właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych o wszelkich **zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni** od dnia ich powstania.
- **art. 107** ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarki i położne wykonujące działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarek i położnych zobowiązane są do zgłaszania wszelkich zmian objętych rejestrem **w terminie 14 dni od dnia ich powstania – wyłącznie w formie elektronicznej poprzez konto w RPWDL**

W celu aktualizacji danych należy przedłożyć:

1. w przypadku zmiany **nazwiska** – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz oryginał aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska (do

wglądu) – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz akt. Cz. „A”**,

2. w przypadku uzyskania **tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa** – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginał do wglądu – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „G”**,
3. w przypadku uzyskania **ukończenia kursów** – ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginał do wglądu – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „G”**.
4. w przypadku ukończenia **szkoły wyższej** – odpis dyplomu, ksero suplementu – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „B”**,
5. w przypadku **zmiany zatrudnienia** – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz cz. „F”**,
6. w przypadku zmiany **danych adresowych** – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz cz. „A” i „H”**.

Aktualizacji danych można dokonać poprzez wypełnienie **Arkusza aktualizacyjnego danych osobowych** i przesłaniu go na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Odrodzenia 7, 22-400 Zamość lub e-mail: oipipzamosc@oipip.eu



22-400 Zamość, ul. Odrodzenia 7, tel./fax 84 639 07 06, tel. kom. 504 825 352
tel. kom. Przewodniczącej OIPiP 504 825 351
e-mail: oipipzamosc@oipip.eu, www.oipip.eu

Biuro czynne: poniedziałek-piątek 8.00-16.00

Przewodnicząca Okręgowej Rady: poniedziałek-piątek 8.00-16.00

Radca prawny: środa 10.00-16.00

Dyżury:

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

I wtorek miesiąca – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Pani Anna Koziej, tel. 502 575 505, e-mail: orzozzamosc@wp.pl

III wtorek miesiąca – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Pani Małgorzata Wiater, e-mail: orzozzamosc@wp.pl

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych – dyżury członków Sądu pod telefonami w godz. 14.00-16.00

lub e-mail: ospipzamosc@wp.pl

poniedziałek: Członek Okręgowego Sądu – Pani Anna Kot: tel. 784 642 843

wtorek: Członek Okręgowego Sądu – Pani Urszula Porębska: tel. 506 088 352

środa: Członek Okręgowego Sądu – Pani Bożena Szmit: tel. 668 172 253

czwartek: Członek Okręgowego Sądu – Pani Elżbieta Zań: tel. 693 839 681

piątek: Członek Okręgowego Sądu – Pani Ewa Komadowska: tel. 721 110 249

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



35 000 bezpłatnych
miejsc szkoleniowych na kursach
kwalifikacyjnych i specjalistycznych
dla pielęgniarek i położnych
z całej Polski

POWR.07.01.00-00-0004/22

Projekt realizowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII
Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020
finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szczegóły nipip.pl/projekt

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu przystąpiła do realizacji projektu, w ramach którego zostanie bezpłatnie przeszkolonych około 450 pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej Izby.

Ostatnie lata przyniosły wiele zmian dla zawodów pielęgniarki i położnej w Polsce. Dążenie do osiągnięcia wysokich standardów w ochronie zdrowia, rosnące zapotrzebowanie na wyspecjalizowane usługi medyczne czy wreszcie ambicja samych środowisk zawodowych sprawiły, że obecnie pielęgniarki i położne to samodzielni specjaliści posiadający specjalistyczne uprawnienia do sprawowania opieki medycznej nad pacjentem.

Z racji specyfiki wykonywanej pracy, to niejednokrotnie właśnie pielęgniarki i położne spędzają najwięcej czasu z pacjentem, czuwając nad przebiegiem jego leczenia i pełniąc rolę edukatora medycznego dla niego i jego rodziny.

Dynamiczny rozwój medycyny stawia przed nami wyzwanie ciągłego podnoszenia naszych kwalifikacji. Nasza wiedza, doświadczenie i umiejętności mają znaczący wpływ na rokowania naszych pacjentów.

Dlatego też wychodząc naprzeciw tym wyzwaniom pomagamy naszym członkom w obowiązkach realizacji aktualizacji wiedzy i podnoszenia umiejętności zawodowych.

We wrześniu 2022 roku podpisaliśmy umowę z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych na organizację bezpłatnego kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w ramach projektu numer POWR.07.01.00-00-0004/22 pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych”, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata

2014-2020 (PO WER 2014-2020) finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego. Izba otrzymała środki na trzy edycje.

Kursy specjalistyczne:

- 1) Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych – dwie edycje
- 2) Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych – jedna edycja

W dniu 1 października 2022 roku 34 pielęgniarki i położne rozpoczęły kurs specjalistyczny – „Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych”.

Pani Danuta Kusiak – Przewodnicząca ORPiP w Zamościu dokonała uroczystego otwarcia kursu, Joanna Walewander – Sekretarz ORPiP w Zamościu przekazała ogólne informacje o realizacji projektu w skali kraju.

Następnie Przewodnicząca przedstawiła mgr piel. Violetę Nowak jako pełniącą obowiązki Koordynatora Okręgowego z ramienia Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – Beneficjenta Projektu a także kadrę do realizacji kursu:

Dr n. med. Dorota Kwika – Kierownik kursu,
Mgr piel. Irmina Antonow – Wykładowca,
Mgr piel. Elżbieta Chmiel – Wykładowca,
Mgr piel. Małgorzata Wiater – Opiekun stażu,
Mgr piel. Małgorzata Skrobiec – Opiekun stażu.



Każdy uczestnik kursu otrzymał:

materiały biurowe: notes, długopis, pendrive, książkę pt. „Wywiad i badanie fizykalne” oraz dodatkowo stetoskop, aparat do mierzenia ciśnienia.

**Zajęcia teoretyczne na kursie specjalistycznym – „Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych”.**

Zakończenie kursu specjalistycznego – „Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych” (WiBF).

Uczestnicy kursu WiBF i komisja egzaminacyjna.



Uczestnicy kursu – „Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych” podczas pisania testu egzaminacyjnego.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych

Obecnie kończy się pierwsza edycja kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych, a druga edycja tego kursu rozpocznie się 3 grudnia br.

Rozpoczęcie pierwszej edycji kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych” (RKO).



Wykładowcy i uczestnicy kursu RKO – I edycja.



Uczestnicy kursu RKO – I edycja.

Wykaz kursów, których realizację planujemy w roku 2023:

Nazwa Kursu	Liczba edycji	Planowany termin rozpoczęcia każdej edycji
Wykonanie zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych, dla pielęgniarek i położnych.	2	I edycja: styczeń-luty 2023 II edycja: lipiec-sierpień 2023
Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, dla pielęgniarek i położnych.	1	wrzesień-październik 2023
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, dla pielęgniarek.	2	I edycja: luty-marzec 2023 II edycja: marzec-kwiecień 2023
Opieka nad pacjentem z chorobami zakaźnymi szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi, dla pielęgniarek.	1	kwiecień-maj 2023
Opieka nad pacjentem wymagającym wysokoprzepływowej terapii tlenem, dla pielęgniarek.	1	maj-czerwiec 2023
Wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny, dla pielęgniarek i położnych.	1	czerwiec-lipiec 2023
Eduktor w chorobach układu krążenia, dla pielęgniarek.	1	październik-listopad 2023
Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, dla pielęgniarek, moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19.	1	maj-listopad 2023

Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do udziału w kursach.

Życzę Państwu, by uczestnictwo w kursach było nie tylko cenną możliwością podnoszenia swoich kwalifikacji, ale też polem do wymiany doświadczeń i okazją do nawiązania nowych zawodowych przyjaźni.

Danuta Kusiak – Przewodnicząca ORPiP w Zamościu



Rzeczpospolita
Polska



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

35 000 bezpłatnych
miejsc szkoleniowych na kursach
kwalifikacyjnych i specjalistycznych
dla pielęgniarek i położnych
z całej Polski

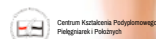
Projekt nr POWR.07.01.00-00-0004/22 finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Szczegóły: nipip.pl/projekt

LIDER PROJEKTU



PARTNER PROJEKTU



Konferencja „Opieka Długoterminowa w Praktyce” – relacja

Patronat Honorowy:



Polskie Towarzystwo
Opieki Długoterminowej

POLSKIE TOWARZYSTWO
LECZENIA RAN



Warszawska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych

8 listopada 2022 r. w Zamościu odbyła się konferencja pn. „Opieka Długoterminowa w Praktyce” pod Honorowym Patronatem Ministra Zdrowia. W wydarzeniu wzięło udział ponad 230 uczestników: pielęgniarki, lekarze i opiekunowie medyczni.

Organizatorami konferencji byli: Katedra Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Vicommi Media oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Patronatu honorowego wydarze-

niu udzieliли: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, a także Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych.



Uczestnicy konferencji.



Danuta Kusiak – Przewodnicząca ORPiP w Zamościu.



dr hab. n. med. Bożena Baczevska – wykładowca.



Uczestnicy konferencji.

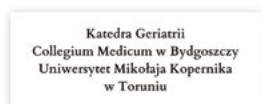
„Opieka Długoterminowa w Praktyce” to cykl konferencji naukowo-szkoleniowych organizowanych w różnych miastach w całej Polsce we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Inicjatorem tej aktywności jest dr n. o zdr. Mariola Rybka – Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej.

Od lat Pani Konsultant działa na rzecz poprawy jakości opieki długoterminowej w Polsce, oraz podejmuje działania na rzecz pielęgniarek i innych członków zespołów medycznych, które dostarczają aktualnej wiedzy, wsparcia i objaśniają nowoczesne rozwiązania w zakresie opieki i terapii.

Wśród tematów omawianych podczas konferencji znalazły się:

- wyzwania terapeutyczne w opiece długoterminowej – praktyczne rozwiązania
- nowoczesne metody leczenia ran trudno gojących się
- żywienie dojelitowe i pozajelitowe
- nietrzymanie moczu i ochrona skóry
- higiena pacjentów niesamodzielnych – nowoczesne produkty
- nieinwazyjna wentylacja mechaniczna
- teleopieka i rozwiązania przyszłości
- standardy opieki długoterminowej w Polsce
- opieka długoterminowa nad dziećmi, FAS
- farmakologia w opiece długoterminowej

Organizatorzy:



Przewodnicząca Komitetu Naukowego



**dr n. o zdr.
Mariola Rybka**

– Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej – Ekspert w dziedzinie opieki długoterminowej, liderka opinii, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa geriatrycznego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Od lat kieruje zespołem pielęgniarskim, pełni funkcję kierownika Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych w Szpitalu Lipno Sp. z o.o. Autorka wielu publikacji naukowych i wystąpień na najważniejszych konferencjach branżowych



mgr Małgorzata Sitarz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej.

- postępowanie z pacjentem z otępieniem
- szczególne warunki pracy – aspekt psychologiczny

Patronat medialny:



Sponsor główny:



Sponsorzy i partnerzy:



Składamy na ręce Pana Kamila Piotrowskiego dyr. VICOMMI Media serdeczne podziękowania dla wykładowców, sponsorów i partnerów konferencji za możliwość zorganizowania konferencji w Zamościu oraz za długoletnią współpracę.

Danuta Kusiak – Przewodnicząca ORPiP w Zamościu

Vademecum opieki nad chorym leżącym

Wczesna i późna profilaktyka przeciwodleżynowa

Choć odleżyny to – w większości przypadków – konsekwencja nieprawidłowej pielęgnacji, to nie zawsze możemy im zapobiec. Wprowadzenie odpowiednich działań pielęgniarzkich minimalizuje jednak ich wielkość i głębokość. Oto standard postępowania.

dr n. med. i n. o zdr. mgr piel. Elżbieta Szkiller

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Pielęgniarska, Elbląg

Odleżyny dotyczą prawie każdego pacjenta z obniżoną mobilnością – po zabiegach chirurgicznych, unieruchomionego, niedożywionego, odwodnionego. Warto wiedzieć, że bezpośrednio po wyleczeniu odleżyny skóra uzyskuje tylko 20% trwałości skóry zdrowej, a po 12 miesiącach remodelingu maksymalnie 80%. Z tego powodu ważna jest także profilaktyka wtórna i zapobieganie nawrotom odleżyn. Odleżyny powstające ponownie są najczęściej usytuowane w tych samych miejscach, a ich głębokość jest zawsze tożsama z tymi pierwotnymi uszkodzeniami.

Wraz z wiekiem pojawiają się u pacjentów zaburzenia wchłaniania, brak apetytu, obniżone pragnienie i niedożywienie.

Może to wynikać z niedoboru energii i białka (marasmus) i/lub składników mineralnych i witamin (kacheksja). Brak dostawy białka i witamin w codziennej diecie w ciągu 24 godzin powoduje znaczne osłabienie siły mięśni, a długo trwające – ich zanik, w tym o 30% serca. Natomiast wprowadzenie prawidłowej diety u chorego poprawia siłę mięśni natychmiast.

W profilaktyce przeciwodleżynowej należy jednocześnie uzupełnić wszystkie niedobory pokarmowe, odciążać miejsce narażone na odleżyny i szybko aktywizować chorego/chorą, ale także wzmocnić skórę, która u osoby w podeszłym wieku traci fizjologicznie co najmniej 20% trwałości skóry w porównaniu do skóry osoby młodej. Natomiast masa mięśniowa odpowiedzialna za aktywność zmniejsza się nawet o 40% pomiędzy 30. i 80. rokiem życia – wynika to z niskiej aktywności fizycznej. Zaburzenia odżywiania, przejawiające się brakiem apetytu i pragnienia, powodują niedożywienie organizmu i szybkie osłabienie siły mięśniowej oraz zaniki mięśni, co nazywamy sarkopenią. Osoby narażone na powstanie odleżyn powinny spożywać więcej białka, ale powinno to być białko łatwo wchłanialne, np. serwatkowe albo preparaty odżywcze. Jednak nie wolno zwiększać kaloryczności posiłków chorych, bo powoduje to u osób mało aktywnych wzrost endogennych wolnych rodników w tkankach i może powodować rozwój chorób przewlekłych, nawet nowotworów. Aby utrzymać stałą kaloryczność

posiłków, zmniejsza się ilość tłuszczu i węglowodanów w pożywieniu. Jednak każdy pacjent musi spożywać węglowodany codziennie, nie wolno z nich całkowicie rezygnować, bo warunkują prawidłową pracę mózgu. Nieaktywna osoba w starszym wieku, osoba leżąca i osoba nieaktywna bez względu na wiek powinna otrzymywać mniej białka (0,7 g/kg należnej masy ciała, NMC) niż zdrowa, aktywna osoba młoda (0,8 g/kg NMC). Zmniejszenie masy mięśniowej, które powoduje zmniejszenie siły mięśni i z tego powodu niską tolerancję wysiłku, wymusza zwiększenie podaży białka do max 1,5 g/kg NMC. 1g białka dostarcza pacjentowi 4 kcal energii, 1 g węglowodanów – 4 kcal, a 1 g tłuszczu – 9 kcal. Należna masa ciała (NMC) pacjenta może być obliczona wg prostego wzoru Brocka: **NMC = Wzrost w cm – 100 / przez przelicznik, który jest inny dla kobiet (0,85) i dla mężczyzn (0,90).**

U osoby zdrowej zapotrzebowanie na białko wynosi: dla kobiet 45 g, dla mężczyzn – 55 g, na węglowodany 130 g, na tłuszcze 50–80 g, na płyny 2000 ml dla kobiet i 2500 ml dla mężczyzn.

Niedożywienie osób starszych powoduje często anemię, ale wynika ona nie z braku żelaza, ale zaburzeń wchłaniania z pożywienia, suplementacja powinna obejmować witaminę B12 i kwas foliowy, a nie żelazo. Podobne problemy żywieniowe występują również u osób z nadwagą, ludzi otyłych – u nich także należy uzupełniać niedobory żywieniowe.

U osób starszych i/lub o osłabionej mobilności dochodzi do zaniku kolagenu i zmniejszenia odporności skóry na działanie ucisku i sił tnących.

Często dochodzi do rozdarć skóry z tego powodu (nie tylko do powstawania odleżyn). Do wzmocnienia skóry można wykorzystać emolienty, czyli mieszanki olejów roślinnych i/lub mineralnych (wazelina, parafina), czasem z dodatkiem panthenolu, gliceryny, mocznika. Ostrożnie należy stosować oleje zwierzęce (lanolina i jej pochodna euceryna), bo mogą powodować alergie kontaktowe i w efekcie zmniejszać odporność skóry. Do pielęgnacji skóry osób dorosłych nie należy stosować preparatów przeznaczonych dla dzieci oraz unikać stosowania preparatów zawierających cynk, który zawsze w efekcie końcowym powoduje dalsze przesuszenie i tak suchej wraz z wiekiem skóry, co ułatwia jej uszkodzenia.

Osoba w podeszłym wieku powinna codziennie spacerować przez co najmniej 10 minut, albo wykonywać ćwiczenia fizyczne, najlepiej oporowe (np. unoszenie na kończynach woreczka z grochem lub kamykami), bo zwiększają siłę mięśni.

Inne ćwiczenia, np. jazda na rowerze, taniec albo pływanie powinno trwać 30 minut dziennie. Wyśitek fizyczny powinien w ciągu tygodnia skumulować się do min. 150 minut. U osób leżących należy wprowadzić szybką pionizację, częste zmiany pozycji – co 2 godziny w dzień i co 4 w nocy bez względu na zastosowany materac przeciwoleżynowy. U osób leżących, u których zmiany pozycji są niemożliwe, wprowadza się zasadę ułożenia „30”, aby zminimalizować ryzyko powstawania odleżyn. Jest to uniesienie jednej połowy ciała od barków do połowy uda o 30 stopni i ułożenie jej na wałku z ręcznika lub małego koca, a w ramach zmian pozycji w odpowiednim przedziale czasowym wałek układa się pod drugą połową ciała. Tego rodzaju pozycja pozwala na wsunięcie ręki pod pośladki od strony krocza i jest to wystarczające do redukcji i redystrybucji punktowego ucisku na kość ogonowo-krzyżową. W pozycji na plecach osobę leżącą układa się, unosząc tylko o 30 stopni wezgłowie i nogi, wyższe ułożenie powoduje nadmierny ucisk na kość ogonowo-krzyżową.

Odstępy czasowe zmian pozycji co 2 i 4 godziny dotyczą także osób unieruchomionych na wózkach. Jednak tu obowiązuje zasada „90”. Chory musi być tak umieszczony na wózku, aby wszystkie stawy były ułożone pod kątem 90 stopni (skokowy, kolanowy, biodrowy). Co 2 godziny pacjent powinien pochylić się do przodu o 45 stopni, unosząc pośladki na czas 2–5 minut. To pozwoli na skuteczne odciążenie kości kulszowych, na których u tych pacjentów często rozwijają się odleżyny.

Problem powstawania odleżyn ma również związek z tym, na czym pacjent śpi lub leży, czyli materace przeciwoleżynowe.

Powinny być pneumatyczne, zmiennociśnieniowe, a nie piankowe. Dzielą się na profilaktyczne i profilaktyczno-lecznicze, albo do opieki <3 miesięcy i >3 miesięcy, czyli odpowiednio krótko – i długoterminowej. Powszechnie stosowane jednowarstwowe materace bąbelkowe koloru beżowego (wykonane z PCV) przeznaczone są tylko dla chorych, którzy w ciągu dnia tylko polegają i ważą mniej niż 110 kg. Dla chorych o wyższej wadze (do 160 kg) są przeznaczone tego typu materace 2- i 3-warstwowe. Kolejnym rodzajem jest materac bąbelkowy koloru niebieskiego (wykonany z medycznego poliuretanu) oraz materace dwukomorowe, które są przeznaczone dla chorych leżących. Również, zależnie od wagi pacjenta, mogą być 1-, 2- 3-warstwowe. Są przeznaczone dla chorych o maksymalnej wadze <160 kg. Dla pacjentów bariatrycznych o wadze >160 kg są dostępne rurowe materace trzy-

komorowe. Równie ważne jest to, na czym pacjent siedzi. Poduszki przeciwoleżynowe muszą być miękkie i zapewniać balansowanie ciała. Są dostępne pneumatyczne – pompowane ręcznie oraz rurowe z własnym kompresorem. Dobrym sposobem odciążenia i znacznie tańszym dla chorego pomimo refundacji NFZ poduszek pneumatycznych, jest kółko gumowe, ale lekko napompowane i zawsze miękkie oraz skóra barania podłożona pod pośladki i/lub pod miejsca wrażliwe na ucisk, czyli wyrostki kostne, u osób leżących. Dopasowując dla chorego miękkość poduszki, warto na nią usiąść i usunąć tyle powietrza, aby była odpowiednio miękka. W mojej ocenie poduszki piankowe są za twarde i szybko się deformują. Twarda poduszka zawsze spowoduje u chorych powstanie odleżyn. A powstają szybko.

- Blednące zaczerwienienie powstaje po 30 minutach ucisku, a powrót krążenia trwa ok. 1 godziny po odciążeniu.
- Nieblednące zaczerwienienie powstaje po 1 godzinie ucisku, a powrót krążenia trwa do 36 godzin po odciążeniu.
- Martwica i rozwój owrzodzenia powstaje po 4–6 godzinach ucisku i jest etapem nieodwracalnym.

Odleżyny spowodowane są...

w większości przez nieprawidłową pielęgnację, ale nie zawsze możemy im zapobiec. Możemy zminimalizować wielkość i głębokość odleżyn przez wprowadzenie odpowiednich działań pielęgniarskich. Do standardu postępowania powinno należeć zwracanie uwagi na:

Stan odżywienia oraz nawodnienia organizmu i uzupełnienie występujących niedoborów pokarmowych oraz wprowadzenie diety wysokobiałkowej lub zastosowanie preparatów odżywczych. Do wysoko białkowych suplementów diety należą m.in.:

- Wysokoosmotyczne do powolnego picia – Cubitan, Diben drink, Impact, Nutricomp EnergyHP Fibre, FortiCare, Nutridrink Protein,
- Niskoosmotyczne, które można pić w dowolnym tempie Nutramil, Immuven, Fortimel,
- Live Ap, Arginilan,
- Hydrolizat białkowy w proszku Fresubin Protein Powder, Resource Instant Protein, Protifar. Proszek można dodawać do potraw zimnych i gorących, preparaty te nie zmieniają smaku i konsystencji potraw.

U chorych z cukrzycą koniecznie musimy uzyskać metaboliczne wyrównanie cukrzycy przez wprowadzenie diety z ograniczeniem węglowodanów prostych.

Stan skóry i jej uelastycznienie przez zastosowanie preparatów natłuszczających na bazie oliwy, wazeliny, lanoliny, euceryny, allantoiny, mocznika czy cholesterolu, np. PC 30 V (Solpharm), Linomag, Arcalen, maść witaminowa, Alantan albo preparatów barierowych: Askina Barrier Film (BBraun), Argotiab krem (Heksanova), CavilonDBC (3M), Secura Barrier Cream D

(Smith&Nephew), Emolium krem barierowy (Nepentes S.A.). Skóry narażonej na powstanie odleżyn nie wolno masować.

Zdolność chorego do samodzielnego zabezpieczenia potrzeb fizjologicznych i – jeśli to konieczne – zabezpieczenie skóry przed wilgocią przez zastosowanie preparatów barierowych albo tłustych maści.

Zdolność chorego do samodzielnego przyjmowania pokarmów i zapewnienie pomocy przy odżywianiu lub karmienie chorego.

Zdolność chorego do samodzielnej zmiany pozycji oraz poziomu aktywności ruchowej:

- wprowadzenie zmian pozycji (co 2 godziny w ciągu dnia, co 4 godziny w nocy, niezależnie od tego, czy chory jest wyposażony w profesjonalny materac przeciwoodleżynowy),
- stosowanie ćwiczeń czynnych, biernych albo izometrycznych zależnie od stanu i możliwości chorego,
- wyposażenie chorego w odpowiedni materac przeciwoodleżynowy i poduszkę przeciwoodleżynową do siedzenia,
- naklejenie na wrażliwe na powstanie odleżyn części ciała, np. kość ogonowo-krzyżową, łokcie czy pięty, folii poliuretanowej lub opatrunku hydrokoloidowego, które pozwolą zabezpieczyć chorego przed pojawieniem się odleżyn w wyniku działania sił tnących i tarcia powstających przy przemieszczaniu pacjenta: Comfeel Plus (Coloplast), Granuflex Extra Thin (ConvaTec), Granuflex (Co-

nvaTec), Hydrocoll Thin (Hartmann), Suprasorb H (Lohmann&Rauscher), Tegaderm Hydrokoloid Thin (3M),

- zabezpieczenie skóry wrażliwych na odleżyny okolic przez naklejenie samoprzylepnych opatrunków piankowych zapewniających amortyzację i zapobiegających powstaniu odleżyn spowodowanych uciskiem, np. Advazorb Border (Kikgel), Allevyn Gentle (Smith&Nephew), Askina DresSil (BBraun), Episil (Kikgel), Episil Absorbent (Kikgel), HydroTac (Hartmann), UrgoTul Absorb (UrgoMedical).

U pacjentów leżących możemy zastosować, oprócz wymienionych opatrunków hydrokoloidowych, także hydrokoloidowe opatrunki profilaktyczne – Comfeel Plus PRD (Coloplast), występujące w dwóch wariantach (na piętę lub łokieć i na większe powierzchnie, np. kość krzyżową), które umożliwiają odciążenie tkanek przez usunięcie odpowiedniej warstwy styropianu umieszczonego na zewnątrz opatrunku.

Kolejną możliwość zapobiegania odleżynom zapewniają przylepne opatrunki silikonowe: Cica-Care (Smith&Nephew), Codosil Adhesive (Matopat), Silflex (Kikgel), Vellaflex (Kikgel). Codosil (Matopat) jest jedynym opatrunkiem silikonowym wielokrotnego użytku, który po utracie przylepności myjemy pod wodą, osuszamy i stosujemy do 30 dni. Możemy też w warunkach domowych zastosować baranią skórę podkładaną pod wrażliwe części ciała.

Nietrzymanie i zatrzymanie moczu u kobiet

Temat problemów układu moczowego wśród pacjentek jest niestety tematem wstydlivym, przemilczanym. Dlatego tak ważna jest edukacja kobiet zarówno tych, które zmagają się z problemem nietrzymania moczu, ale też działania profilaktyczne. Nieocenioną rolę mogą tu odegrać położne.

Ewa Janiuk

położna rodzinna,
wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Mocz, który jest wyprodukowany przez nerki, moczowodami s pływa do pęcherza moczowego i stopniowo go wypełnia. Pojemność pęcherza moczowego to 250-500 ml. Wewnątrz wyścielony jest błoną śluzową, na zewnątrz utrzymywany przez włókna mięśniowe. Mocz wydalany jest na zewnątrz cewką moczową, także o umięśnionych ściankach. Odległość od pęcherza do ujścia cewki moczowej u kobiet wynosi 3-5 cm (u mężczyzn jest znacznie dłuższa – zazwyczaj wynosi 15-20 cm).

W pęcherzu mocz może być zatrzymywany dzięki mięśniom dna miednicy. Otaczają one cewkę mo-

czową, powodując jej zaciskanie. Wypełnienie pęcherza moczowego powoduje wysłanie sygnału do CUN i stamtąd płynie sygnał do mięśni dna miednicy powodujący ich rozluźnienie, a mięśnie pęcherza ulegają skurczowi. Dzięki temu procesowi dochodzi do wydalania moczu z pęcherza. Jeśli pojawią się nieprawidłowości wspomnianego mechanizmu, mamy do czynienia z nietrzymaniem moczu lub wręcz przeciwnie – z zatrzymaniem moczu.

NIETRZYMANIE MOCZU

To mimowolne, niezależne od świadomej decyzji danej osoby, oddawanie moczu (mikcja), prowadzące do częściowego lub całkowitego opróżnienia pęcherza moczowego. Nietrzymanie moczu może

być spowodowane chorobami układu nerwowego, gdy brak kontroli nad odruchem opróżniania pęcherza będzie doprowadzał do jego mimowolnego wypływu. Dostępne dane epidemiologiczne wskazują, że z zaburzeniem tym zmagają się około 10% populacji. Dwukrotnie częściej dotyczy ono kobiet niż mężczyzn. Przypuszczalna częstość występowania NM wśród kobiet w średnim i starszym wieku waha się w zakresie od 30 do aż 60%. Częstość codziennych incydentów NM szacuje się natomiast na 5 do 15% u kobiet w wieku poniżej 70. roku życia oraz ponad 15% u kobiet w wieku powyżej 70 lat. Do głównych czynników ryzyka zalicza się stan mięśni gładkich i poprzecznie prążkowanych, struktur nerwowych związanych z mięśniami, więzadeł, tkanki łącznej i kolagenu (z trzema pierwszymi wiąże się zaburzenia statyki i przepony moczowo-płciowej), zaburzenia ukrwienia – zmiany w naczyniach tętniczych, żylnych i włosowatych, zaburzenia neurologiczne dotyczące nerwów obwodowych jak i centralnego układu nerwowego, zaburzenia endokrynologiczne i infekcje układu urogenitalnego, alergię i zaburzenia immunologiczne, aktywność seksualną i fizyczną, stan psychiczny, wiek biologiczny, a także choroby układu oddechowego.

W pracy położnej temat ten powinien więc mieć duże znaczenie, tym bardziej że zagrożenie wystąpienia nietrzymania moczu u kobiet rośnie wraz z liczbą ciąż, porodów i zabiegów ginekologicznych. Wystąpieniu nietrzymania moczu sprzyja również otyłość, menopauza oraz część chorób przewlekłych, np. cukrzyca.

Typy przewlekłego nietrzymania moczu

Wysiłkowe nietrzymanie moczu – spowodowane przez nadmierną ruchliwość szyi pęcherza lub niewydolność mechanizmu zwieraczowego. Objawy polegają na mimowolnym wycieku moczu podczas wykonywania czynności, które powodują wzrost ciśnienia w jamie brzusznej, np. podczas kichania lub kaszlu, śmiechu, skoków, biegu czy podnoszenia ciężarów.

Nietrzymanie moczu z nagłym parciem – spowodowane nadreaktywnością mięśnia wypieracza i małą podatnością ścian pęcherza moczowego. Objawem nagłego nietrzymania moczu jest mimowolny wyciek moczu, który poprzedza uczucie nagłego parcia na moczu. Powodem bywa w tym przypadku zmiana pozycji ciała, stosunek płciowy czy dźwięk typu lejąca się woda.

Nietrzymanie moczu z powodu przepełnienia pęcherza – dotyczy sytuacji, gdy pęcherz jest przepełniony, rozciągnięty, a mocz stale lub okresowo wycieka.

Metody działania

Leczenie nietrzymania moczu jest procesem wieloetapowym. Pierwszym etapem leczenia wszystkich jego postaci jest leczenie zachowawcze:

- ćwiczenia mięśni dna miednicy (tzw. ćwiczenia mięśni Kegla) stanowią jedną z metod tera-

peutycznych, które poprawiają funkcjonowanie układu moczowo-płciowego. Celem ćwiczeń jest zwiększenie siły, wytrzymałości oraz reaktywności mięśni krocza i dna miednicy, co prowadzi do korekty ciśnienia śródcewkowego i wyeliminowania bezwiednego oddawania moczu. Ćwiczenia polegają na świadomym, wielokrotnie powtarzanym rozluźnianiu i napinaniu mięśnia dźwigaacza odbytu (powinno się je powtarzać do 100 razy dziennie co najmniej przez 3 miesiące),

- trening pęcherza moczowego polega na wypracowaniu przyzwyczajenia i odruchów, które umożliwiają kontrolowane oddawanie moczu o wyznaczonych godzinach. Prowadzi to do wykształcenia zdolności hamowania skurczów mięśni wypieracza. Przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet lekarz może zalecić założenie do pochwy specjalnego krążka (pessarium), który wzmocni mięśnie miednicy. Obecnie na rynku dostępnych jest wiele przyrządów wykorzystywanych do treningu mięśni dna miednicy,
- zmiana stylu życia jest korzystna niezależnie od typu nietrzymania moczu. Warto zrezygnować z palenia papierosów (które powoduje uszkodzenie śródbłonna naczyń krwionośnych i prowadzi do zaburzeń ukrwienia narządów wewnętrznych i mięśni), zrezygnować z (lub ograniczyć) alkoholu i kofeiny, a także zredukować masę ciała w przypadku nadwagi,
- leczenie farmakologiczne – odbywa się z zalecenia i pod nadzorem lekarza.

Kolejnymi etapami leczenia nietrzymania moczu są leczenie zabiegowe (jednak poprawa po zabiegach iniekcji w okolice cewki moczowej może być przejściowa) i leczenie operacyjne.

Nietrzymanie moczu, paradoksalnie, może być jednym z pierwszych wychwyconych objawów zatrzymania moczu.

ZATRZYMANIE MOCZU

To niemożność całkowitego opróżnienia pęcherza podczas mikcji. Może być ono:

Nagle, czyli ostre, gdy niemożność opróżnienia pęcherza pojawiła się nagle. Najczęściej jest to całkowite zatrzymanie, czyli mocz z pęcherza nie odpływa. Efektem jest szybkie wypełnienie i przepełnienie pęcherza; **Przewlekłe** trwające dłuższy czas. Zdolność do częściowego opróżniania pęcherza jest zachowana, ale po oddaniu moczu w pęcherzu pozostaje pewna jego ilość większa niż 100 ml i cały czas ten mocz zalega w pęcherzu, nigdy nie jest całkowicie opróżniony.

Przyczynami zatrzymania moczu mogą być: niedrożność cewki moczowej (jest wynikiem przeszkody utrudniającej lub blokującej odpływ moczu z pęcherza, takiej jak zwężenie cewki moczowej, kamica moczowa, obniżenie i wypadanie narządu rodowego u kobiety czy zaparcia), osłabienie mięśni pęcherza

moczowego (najczęściej w wyniku starzenia się), zaburzenia regulacji nerwowej czynności oddawania moczu (po porodzie pochwowym, w wyniku uszkodzenia lub choroby rdzenia kręgowego, po udarze mózgu, w wyniku chorób mózgu, urazu miednicy, u chorujących na cukrzycę), polekowe zaburzenia czynnościowe oddawania moczu.

Objawy zatrzymania moczu

Ostre zatrzymanie moczu jest nieporównywalnie łatwiejsze do zaobserwowania. Występuje nagle niemożność oddania moczu pomimo odczuwanej potrzeby opróżnienia pęcherza. Parcie na pęcherz może być bolesne, a przepełniony pęcherz powoduje stały, silny ból w dole brzucha.

Przewlekłe zatrzymanie moczu może przebiegać z niewielkimi objawami lub dolegliwościami, które mogą pozostać niezauważone przez chorego i osoby z otoczenia. To, co powinno nas zaniepokoić, a już na pewno wyczulić do głębszej obserwacji, to:

- częste oddawanie moczu,
- zakażenia układu moczowego,
- trudności z rozpoczęciem oddawania moczu, wąski i słaby strumień moczu,
- nagłe parcie na pęcherz,
- uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza,
- stałe wyciekanie moczu – nietrzymanie moczu.

Jeżeli jednak objawy te narastają powoli, nakładając się jednocześnie na typowo starcze zmiany w okolicach narządów płciowych takie jak suchość pochwy i pieczenie, mogą przesłonić rzeczywisty obraz problemów układu moczowo-płciowego. Zatrzymanie moczu u kobiet zdarza się 10 razy rzadziej niż u mężczyzn, nie należy jednak o nim zapominać. Tym bardziej że stosunkowo często mamy z nim do czynienia wśród kobiet w podeszłym wieku z cukrzycą i tu należy pamiętać, że jedną z form neuropatii cukrzycowej jest neuropatia układu moczowo-płciowego. Zaburzenia odczuwania wypełnienia pęcherza moczowego powodują, że pacjentka nie czuje, że pęcherz jest już pełny i że powinna oddać mocz, co powoduje zaleganie moczu w pęcherzu, mogące być przyczyną nawracających infekcji. Neuropatia może być również przyczyną nietrzymania moczu. W celu wykrycia tych zaburzeń należy wykonać badania urologiczne. Bardzo ważne jest jak najszybsze zdiagnozowanie problemu, ponieważ następstwem przewlekłego zatrzymania moczu może być trwałe uszkodzenie nerek. Przepełniony pęcherz moczowy jest przyczyną cofania się moczu do nerek i ich uszkodzenia. Mówimy tu o nefropatii zaporowej. Często wykrytej dopiero, gdy w badaniach krwi obserwujemy zwiększone stężenie poziomu kreatyniny.

Metody działania

W ostrym zatrzymaniu moczu należy pilnie zapewnić odpływ moczu z pęcherza. Zwykle polega to na wprowadzeniu cewnika do pęcherza przez cewkę moczową.

Jeżeli nie da się tego zrobić, wykonuje się nakłucie pęcherza przez skórę brzucha nad spojeniem łonowym i wprowadza cewnik do pęcherza przez takie nakłucie (jest to tzw. nadłonowa cystostomia przezskórna).

Jeżeli nie można usunąć przyczyny i zaleganie moczu jest istotne (zwykle ponad 100 ml), konieczne jest jego opróżnianie poprzez cewnikowanie. Najmniej inwazyjną i najbezpieczniejszą dla pacjenta metodą jest cewnikowanie przerywane. Może być stosowane w ramach samocewnikowania lub gdy mamy do czynienia z osobami niesamodzielnymi, przez opiekuna. Mniej korzystną, a dobrze znaną metodą jest założenie cewnika na stałe z uwzględnieniem jego systematycznej wymiany. Kolejnym sposobem jest zastosowanie wspomnianej cystostomii. Wykonuje się ją głównie, gdy utrudnione jest cewnikowanie poprzez nieprawidłowości cewki moczowej w tym urazy, wady czy niedrożność.

To nasze zadanie

Rolą nas, położnych, jest przede wszystkim edukacja pacjentek – tak ważna w działaniu profilaktycznym. Należy położyć nacisk na zapobieganie chorobom układu moczowo-płciowego i patologiom położniczym, ale także edukować pacjentki w zakresie dbałości o zdrowy styl życia i nauki samoobserwacji. Istotne jest wyczulenie pacjentek na możliwość wystąpienia nieprawidłowości – im wcześniej bowiem zostaną one zauważone, tym lepsze efekty leczenia są możliwe.

Pacjentka w poszukiwaniu rozwiązania tychże problemów nie zawsze trafia bezpośrednio do nas, do gabinetu położnej. Nieporównywalnie częściej mamy szansę na rozmowę o nich przy okazji opieki na oddziale ginekologicznym, na wizycie patronażowej u noworodka w rodzinie lub w gabinecie lekarza ginekologa, z którym współpracujemy. Warto więc wykorzystywać te okazje do edukacji pacjentki także w zakresie zagadnień związanych z opisanymi problemami urologicznymi.

”

Kontakt skóry krocza z moczem może prowadzić do podrażnienia skóry, wysypki, a nawet poważnych zmian zapalnych. Pomocne są tutaj środki służące do wchłaniania moczu (np. pieluchomajtki, specjalne wkładki) oraz stosowanie na skórę maści chroniących przed odparzeniami. U osób z nietrzymaniem moczu większe jest ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego.

”

Zarządzanie jakością (cz. 2)

Jakość opieki pielęgniarskiej

dr n. praw. Anna Opar

mgr pielęgniarstwa Sabina Majda

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej NIPiP
w Warszawie, Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku

Wyrażenie „primum non nocere” Hipokratesa może być uznane za pierwszą w historii medycyny zasadę zapewniania jakości w opiece nad chorym. Współcześnie opieka zdrowotna wysokiej jakości w opinii H. Lenartowicz „wykazuje zgodność z aktualną, profesjonalną wiedzą, odpowiada określonym kryteriom i zapewnia pacjentom, w danych warunkach, osiągnięcie pożądaných efektów zdrowotnych” (Kazura R., Cicha M., Brukowicka I., Kopański Z., Marczevska S., Kurowski A.: **Quality in healthcare and nursing care**, „Journal of Public Health”, 2011/1).

ZAŁOŻENIA

Rozwój nowoczesnych metod diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie jest źródłem zwiększonych oczekiwań pacjentów oraz stanowi element konkurencji pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej. Skuteczne zarządzanie jakością w ochronie zdrowia ma wpływ na wzrost zadowolenia klientów/pacjentów, a znaczącą rolę odgrywają tu pielęgniarki i położne. Jednocześnie należy pamiętać, że jakość opieki zdrowotnej, pielęgniarskiej wiąże się z takimi kwestiami, jak m.in.: odpowiedzialność zawodowa, prewencja wykroczeń zawodowych, bezpieczeństwo pacjenta czy bezpieczeństwo pracownika medycznego, pielęgniarki, położnej. Jakość opieki pielęgniarskiej wpisuje się w koncepcję holistycznego podejścia do człowieka zdrowego czy chorego korzystającego z działań opieki zdrowotnej. Istotnym elementem zadań pielęgniarki i położnej jest budowanie relacji z pacjentem.

Na zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, w tym pielęgniarstkich, ma wpływ nie tylko stosowanie nowoczesnych metod diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, ale przede wszystkim zaangażowanie kadry kierowniczej, przełożonych i pracowników w organizację holistycznej opieki.

W Polsce tematyką jakości opieki w pielęgniarstwie zaczęto się interesować w latach 90. XX wieku i miało to związek z reformą ochrony zdrowia. Wśród pielęgniarek prekursorów w tym obszarze należy wskazać m.in.: prof. Helenę Lenartowicz i dr Annę Piątek. Istotne znaczenie miały działania podjęte przez samo-

ząd pielęgniarek i położnych na rzecz tworzenia standardów praktyki i jakości opieki pielęgniarskiej.

Jakość opieki pielęgniarskiej została zdefiniowana jako „stopień, w jakim opieka ta przyczynia się do osiągnięcia pożądaných efektów w stanie zdrowia osób (grup), zwiększa ich zdolność do samoopieki lub samopielęgnacji oraz wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami” (Piątek A.: **Zarządzanie jakością** [w:] **Zarządzanie w pielęgniarstwie**. Ksykiewicz-Dorota A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2021).

KRYTERIA

Jakość opieki pielęgniarskiej podlega ocenie przy użyciu odpowiednich kryteriów, wśród których wymienia się:

- bezpieczeństwo – odnosi się do bezpieczeństwa fizycznego,
- skuteczność – dotyczy celów pielęgnowania, zachowania/polepszenia stanu zdrowia, prewencji chorób,
- właściwość – dostosowanie opieki do zweryfikowanych potrzeb pacjentów,
- indywidualizacja – indywidualne dostosowanie opieki dla każdego pacjenta,
- ciągłość – dostarczenie całościowej opieki, niekiedy długo trwającej, z uwzględnieniem m.in. dokumentacji,
- etyczność – realizacja opieki powinna być jednoznaczna z zasadami ujętymi w regulacji deontologicznej, chroniąc prawa pacjenta, a także prawa pielęgniarki, położnej,
- profesjonalizm – aktualna wiedza powinna być podstawą do planowanej i realizowanej opieki,
- koncentracja – skupienie uwagi osób na profilaktyce zdrowotnej, promocji zdrowia, a także edukacja w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w celu umacniania zdrowia,
- dostępność – oferowane świadczenia pielęgniarskie są adekwatne dla potrzeb pacjenta i ogólnie dostępne.

Jakość opieki pielęgniarskiej oceniana na podstawie wyszczególnionych kryteriów stanowi podstawę rozwoju pielęgniarstwa, budowanie samodzielności i profesjonalizmu. Stosowanie kryteriów do oceny jakości może być wykorzystane w prewencji wykroczeń zawodowych na stanowiskach pracy pielęgniarek i położnych.

METODY OCENY

Istotnym elementem w zapewnieniu jakości opieki pielęgniarskiej jest wybór i zastosowanie właściwych

Zagadnieniom jakości, jako priorytetowym w opiece zdrowotnej, wiele uwagi poświęca Światowa Organizacja Zdrowia, twierdząc, że stały wzrost wymagań społeczeństwa, rosnąca standaryzacja świadczeń zdrowotnych to czynniki wskazujące na rosnące znaczenie jakości w opiece zdrowotnej.



metod i narzędzi do jej oceny. Wśród metod wewnętrznych wskazuje się m.in.:

- analizę oraz ocenę jakości opieki pielęgniarskiej (realizowane przez kadrę kierowniczą),
- nadzorowanie zdarzeń niepożądanych (np. zakażenia szpitalne, upadki),
- skonstruowanie i wdrażanie programów zapobiegających zdarzeniom niepożądanym,
- badanie satysfakcji pacjentów (indywidualne doświadczenie uwzględniające wymagania oraz oczekiwania klienta).

Metody zewnętrzne oceny jakości opieki pielęgniarskiej, realizowane poprzez instytucje spoza jednostki opieki zdrowotnej, to m.in.:

- licencjonowanie (licencja to umowa prawna, która uściśla dyrektywy czerpania zysków z dóbr niematerialnych, udzielić jej może tylko osoba uprawniona – licencjobiorca) – aprobata na przewodniczenie działalności przy właściwym umotywowaniu decyzji w formie pisemnej. Są to różnego rodzaju wymagania odnoszące się do świadczeń zdrowotnych,
- rekomendacje – rozporządzenia wydawane przez ekspertów z dziedziny medycznej dotyczące określonych świadczeń zdrowotnych,
- certyfikaty – potwierdzenie zgodności działania jednostki z określonymi normami. Potwierdzenie to wydawane jest przez jednostki certyfikujące, np. certyfikat wydawany przez International Organization for Standardization (ISO), który odnosi się do zarządzania zakładem ochrony zdrowia,
- akredytacja – zewnętrzny system oceny placówki ochrony zdrowia, która dobrowolnie ulega przeglądowi poziomu zgodności działań ze standardami akredytacyjnymi. Proces prowadzony jest przez niezależną placówkę akredytacyjną (Krajowa Rada Akredytacyjna).

NARZĘDZIA

Nieodzowną częścią procesu zapewniania jakości jest ocena, której celem jest pozyskanie wiedzy na temat tego, czy zaplanowane działanie przebiega według ustalonych założeń, standardów, ale też czy wyniki przynoszą oczekiwane rezultaty. Do przeprowadzenia takiej oceny niezbędne jest określenie standardów, opracowanie kryteriów oceny oraz dokonanie wyboru właściwej metody i narzędzia.

Literatura przedmiotu wskazuje szereg metod i narzędzi oceny jakości opieki pielęgniarskiej opracowanych poza granicami Polski. Głównie w USA i Wielkiej Brytanii. Jednym z przykładów jest Nursing Audit (USA), autorstwa profesor Marii C. Phaneuf (1972 r.), która poddaje ocenie dokumentację pielęgniarską. We wspomnianej metodzie (Nursing Audit) bazą poddania ocenie jakości jest analiza dokumentacji (procesu pielęgnowania) oraz pacjentów po okresie hospitalizacji w różnych placówkach ochrony zdrowia. Użyteczność tej metody jest wielopoziomowa, bowiem dotyczy każdej specjalności pielęgniarstwa. Ocenie poddawane są funkcje pielęgniarstwa będące niejako podwalinami procesu pielęgnowania. Funkcje zawierają poszczególne komponenty i jest ich 50, a maksymalna ich wartość liczbową stanowi 200. Dokonując ich analizy, każde z kryteriów rozpatruje się indywidualnie. W wyniku podjętego procesu analizy poziom opieki może być doskonały, jeśli osiągnie maksymalną liczbę punktów, lub niebezpieczny, jeśli osiągnięta liczba punktów będzie zbyt niska.

Innym modelem uwzględniającym proces pielęgnowania jako zakres pomiaru jest Rush Medicus Monitor (Chicago), a narzędziem do oceny umiejętności pielęgniarki Quality Patient Care Scale. Narzędzia służące do oceny jakości są zasadniczym elementem standardów praktyki. Mogą być nimi wykresy, ankiety czy też formularze ewidencji chorych dotyczące zdefiniowanego problemu. Dobór odpowiedniego

narzędzia oceny stanowi bardzo ważny element zarówno do poprawy, jak i stanowienia jakości opieki.

W Polsce do oceny jakości opieki pielęgniarskiej stosowana jest metoda BOHIPSZO autorstwa pielęgniarki, profesor Heleny Lenartowicz. Obejmuje osiem kategorii oceniających kolejno: Bezpieczeństwo, Ochronę przed zakażeniami, Hotelowe usługi, przekaz Informacji, Podmiotowość chorego/rodziny, Samopielęgnację, Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, Organizację i dokumentowanie opieki. Nazwa tej metody powstała od pierwszych liter kategorii. Autorka metody BOHIPSZO uznała te kategorie opie-

ki za najważniejsze przy ocenie świadczonych usług. Są one niezbędnymi elementami do tego, aby proces ten przebiegał według określonych oczekiwań. Metoda została opracowana w latach 70. ubiegłego wieku i stanowi fundament do rozwinięcia i ulepszenia różnych narzędzi do oceny opieki pielęgniarskiej, znajdujących zastosowanie w wielu oddziałach szpitalnych.

Piśmiennictwo w redakcji mpip@nipip.pl

Przedruk z MPiP nr 9/2022

REFORMA

Założenia Reformy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) w 2022 r.

Autor: Sebastian Sikorski

Zgodnie z zapowiedziami Ministra Zdrowia w 2022 r. zostały wprowadzone zasadnicze zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), które można usystematyzować w obrębie trzech najistotniejszych zagadnień: zwiększonej liczby badań diagnostycznych, profilaktyki oraz opieki koordynowanej. Wdrażanie zmian realizowane jest dwuetapowo. W pierwszym etapie wprowadzono je z dniem 1.07.2022 r.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17.06.2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, które weszło w życie 1.07.2022 r., zostały wprowadzone zmiany koszyka świadczeń gwarantowanych. W **załączniku nr 1** do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – dalej r.ś.g. – wprowadzono część IVa, obejmującą świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Są to badania biochemiczne i immunochemiczne:

- ferrytyna,
- witamina B12,
- kwas foliowy,
- anty-CCP,
- CRP – szybki test ilościowy (dzieci do ukończenia 6. roku życia),
- przeciwciała anty-HCV.

Ponadto dodano badanie kału – antygen H. pylori w kale oraz badania mikrobiologiczne – Strep-test.

Kolejnym istotnym aktem wykonawczym wdrażającym pierwszy etap zmian w podstawowej opiece zdrowotnej jest **rozporządzenie** Ministra Zdrowia z 24.06.2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, które weszło w życie 1.07.2022 r. Mocą **§ 1** tego rozporządzenia została zmodyfikowana część II **załącznika nr 1** do r.ś.g. W obecnym brzmieniu w ramach warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia osoby będące w wieku od 35. do 65. roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, w tym także u innych świadczeniodawców, objęte zostały dodatkowymi badaniami biochemicznymi krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i glukozy). Wymagane jest także: dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (BMI) oraz wpisanie wyników do dokumen-

tacji medycznej świadczeniobiorcy. Dodane zostały badania podmiotowe i przedmiotowe z poradą w zakresie oceny czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia wraz z kwalifikacją świadczeniobiorcy do danej grupy ryzyka. Ocena następuje według algorytmu SCORE2 i dotyczy pacjentów powyżej 40. roku życia, bez stwierdzonych chorób sercowo-naczyniowych związanych z miażdżycą, cukrzycy, przewlekłej choroby nerek, rodzinnej hipercholesterolemii. Przedmiotowe rozporządzenie zmieniające związane jest z opracowanym Programem Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK).

Następna zmiana została wprowadzona **rozporządzeniem** Ministra Zdrowia z 24.06.2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie **programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”**, które zgodnie z **§ 1 pkt 1** wydłużyło **etap realizacji programu pilotażowego do 31.12.2022 r.** Celem programu „Profilaktyka 40 PLUS”, stanowiącego wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w **art. 48e ust. 5** ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – dalej u.ś.o.z. – jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych (**§ 2** rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14.06.2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” – dalej r.p.p.). Świadczeniobiorca spełniający przesłanki określone w przedmiotowym rozporządzeniu jest uprawniony zgłosić się do wybranego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o realizację tego programu z NFZ, i bez konieczności osobistego badania fizykalnego otrzymać skierowanie na badanie diagnostyczne określone w **załączniku nr 1** do r.p.p.

Konsekwencją rozszerzenia zakresu świadczeń o świadczenia wskazane w przytoczonych rozporządzeniach jest **zarządzenie** nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29.06.2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 79) – dalej zarządzenie nr 79/2022/DSOZ. Do najistotniejszych zmian należy **określenie budżetu powierzzonego, stanowiącego wyodrębnione środki finansowe**, o których mowa w **art. 159 ust. 2b pkt 1** u.ś.o.z. Zgodnie z postanowieniami **§ 15 ust. 1** zarządzenia nr 79/2022/DSOZ wskazane powyżej badania, o których mowa w części IVa **załącznika nr 1** do r.ś.g., **finansowane są z budżetu powierzzonego (diagnostycznego)**.

W obecnym brzmieniu **§ 16** zarządzenia nr 79/2022/DSOZ, zmienionego **zarządzeniem** nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29.09.2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 124), przy **określaniu wartości budżetów powierzonych** – z wyodrębnie-

niem diagnostyki – **uwzględnia się** środki finansowe określone w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w **art. 131b ust. 1** u.ś.o.z. oraz dane dotyczące tych świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za pierwsze 9 miesięcy okresu rozliczeniowego poprzedzającego rok, dla którego budżet jest ustalany. Natomiast w **§ 16 ust. 3** zarządzenia nr 79/2022/DSOZ określono **zasady ustalania tego budżetu po raz pierwszy**. Należy w tym przypadku wziąć pod uwagę wielkość populacji, strukturę wiekową oraz szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji. Przy kolejnym ustalaniu wartości budżetu powierzzonego opieki koordynowanej dla świadczeniodawców należy **dotychczas dodatkowo uwzględnić harmonogram lekarzy specjalistów udzielających świadczeń** określonych w **załączniku nr 6** do r.ś.g.

W zbliżony sposób ustala się wartość określonego w **§ 16 ust. 5** zarządzenia nr 79/2022/DSOZ **pierwszorazowego budżetu powierzzonego opieki koordynowanej, a więc uwzględnia się**: wielkość populacji, jej strukturę wiekową oraz szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury wiekowej, oraz harmonogram lekarzy specjalistów. W zmienionym **§ 16** zarządzenia nr 79/2022/DSOZ w **ust. 6 i 8** zostały **wyznaczone maksima opieki koordynowanej. Lekarz POZ obejmujący taką opieką świadczeniobiorcę jest zobowiązany do przeprowadzenia przynajmniej jednej porady kompleksowej w roku kalendarzowym oraz nie więcej niż trzech konsultacji dietetycznych, a także sześciu porad edukacyjnych**.

Zgodnie z **§ 18** zarządzenia nr 79/2022/DSOZ wskazane wyżej **świadczenia określone w programie profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK) finansowane są kwartalnym i rocznym dodatkiem motywacyjnym** związanym z poziomem wykonania tych świadczeń. Przepis ten określa szczegółowe zasady obliczania wysokości dodatku motywacyjnego.

Dodatek motywacyjny wypłacany jest **po zakończeniu danego kwartału za każdy punkt procentowy zwiększenia poziomu wykonania świadczenia CHUK** w stosunku do poprzedniego kwartału zgodnie z tabelą. Roczny dodatek motywacyjny wypłacany jest jednorazowo, do 20 lutego następnego roku, w wysokości iloczynu liczby osób, którym wykonano świadczenie CHUK, i kwoty wskazanej w tabeli oraz odpowiadającej wskaźnikowi wykonania świadczenia CHUK. Należy dodać, że **zarządzeniem** nr 38/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29.03.2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (NFZ poz. 38) w **załączniku nr 1 podniesiono wysokość świadczenia lekarza POZ w profilaktyce CHUK z kwoty 110,00 zł do kwoty 114,95 zł**.

Zgodnie z § 3 ust. 1 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ, gdzie obok świadczeń lekarza, pielęgniarki, położnej POZ oraz pielęgniarki lub higienistki szkolnej wskazane zostały transport sanitarny w POZ, **koordynacja opieki jako zadanie koordynatora oraz** świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. W § 3 ust. 2 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ **na koordynatora został nałożony obowiązek** informowania świadczeniobiorców o świadczeniach gwarantowanych udzielanych w ramach programów profilaktycznych oraz koordynowania procesu rekrutacji świadczeniobiorców do tych programów profilaktycznych, w tym także samego zapraszania świadczeniobiorców kwalifikujących się do danego programu.

Należy podkreślić, że w § 4 ust. 1 pkt 6 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ wyodrębniono – w zakresie przedmiotowym umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – **koordynację opieki oraz koordynatora**.

Zmieniona została wysokość finansowania opieki koordynowanej, która zgodnie z § 40 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ stanowi 1/12 kapitałowej stawki rocznej. W załączniku nr 1 do zarządzenia nr 79/2022/DSOZ wprowadzono zapis: „koordynacja opieki” wraz z produktem „koordynacja opieki – zadania koordynatora” z wyceną stawki kapitałowej w wysokości 6,72 zł. W obecnie obowiązującym zarządzeniu 124/2022/DSOZ w § 40 ust. 1 **nałożono z tytułu zadań koordynatora określono jako sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców**, o których mowa w § 39 ust. 4 albo 5 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ, **i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej**, określonej w poz. 6.1 załącznika nr 1 do zarządzenia nr 79/2022/DSOZ, z zastosowaniem współczynnika zależnego od realizacji zadań wykonywanych przez koordynatora.

Uszczegółowiony zakres koordynacji określony został w rozdziale 12 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ. Zgodnie z § 39 ust. 2 pkt 2 lit. d zarządzenia nr 79/2022/DSOZ **oprócz przypominania świadczeniobiorcy o zbliżających się terminach wizyt koordynacja w obecnym stanie prawnym obejmuje swoim zakresem również aktywny nadzór nad realizacją zaleceń lekarskich**. W przypadku braku realizacji zaleceń przez świadczeniobiorcę lub nieprawidłowości w wynikach kontrolnych badań diagnostycznych lub pomiarów koordynator powinien **podjąć działania np. poprzez przyspieszenie wizyty kontrolnej u lekarza** bądź w pewnych przypadkach pielęgniarki/położnej.

W dniu 1.10.2022 r. weszło w życie **rozporządzenie** Ministra Zdrowia z 15.09.2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zasadniczą

zmianą – mającą znaczenie w ujęciu systemowym – jest dodanie pkt 7 w § 2 r.ś.g., tj. opieki koordynowanej jako świadczenia gwarantowanego. Pozostałe przepisy rozporządzenia zmieniającego są tego konsekwencją.

Biorąc pod uwagę wdrożenie opieki koordynowanej i poszerzony zakres świadczeń gwarantowanych, szczególnie **istotną zmianą wprowadzoną powyższym rozporządzeniem zmieniającym z 15.09.2022 r. jest dodanie załącznika nr 6** do r.ś.g. „Wykaz świadczeń opieki koordynowanej oraz warunki ich realizacji”. Zakres świadczeń tego załącznika jest konsekwencją brzmienia art. 159 ust. 2b u.ś.o.z., zgodnie z którym umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń (budżet powierzony), profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).

Zgodnie z **załącznikiem nr 6** do r.ś.g. **na opiekę koordynowaną składają się w szczególności:**

- porada kompleksowa,
- badania diagnostyczne,
- konsultacje specjalistyczne: pacjent – lekarz oraz lekarz POZ – lekarz specjalista (w tym przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności),
- porady edukacyjne,
- konsultacje dietetyczne.

Ważnym rozwiązaniem jest przewidziana w znowelizowanym § 16 ust. 7 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ **możliwość konsultacji lekarza POZ z lekarzem specjalistą z zastosowaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad)**. Warto dodać, że założenia takich konsultacji były też projektowane w latach 2020 i 2021 w ramach projektu samorządu województwa mazowieckiego „Wdrożenie koncepcji Smart Villages” (rozwiązania z zakresu e-health, kluczowe do realizacji Smart Villages).

Zakresy porad, badań i konsultacji zostały szczegółowo określone w przedmiotowym załączniku nr 6 do r.ś.g. Jednocześnie Minister Zdrowia w ramach rozporządzenia zmieniającego z 15.09.2022 r. dodatkowo **wyodrębnił świadczenia realizowane w ramach opieki koordynowanej związanej z leczeniem cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków**. W ramach tego zakresu świadczeń m.in. wskazano konsultacje lekarza specjalisty diabetologii, endokrynologii, kardiologii oraz badania, w szczególności EKG wysiłkowe, Holter EKG 24, 48 i 72 godz., Holter RR, USG Doppler tętnic szyjnych, USG Doppler naczyń kończyn dolnych, ECHO serca przezklatkowe. Obecnie zdefiniowano już pojęcie kompleksowej porady, co należy ocenić pozytywnie.

W analogiczny sposób zostały **wyodrębnione świadczenia w ramach opieki koordynowanej związanej z leczeniem astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc**. W ramach tego zakresu świadczeń wskazano konsultacje lekarza specjalisty chorób płuc oraz konsultacje lekarza specjalisty alergologii oraz badań spirometrii i spirometrii z próbą rozkurczową.

Ostatnim dodanym zakresem świadczeń w ramach opieki koordynowanej są **świadczenia związane z leczeniem niedoczynności tarczycy oraz diagnostyką guzków pojedynczych i mnogich tarczycy**. Zakresem tym objęto konsultacje lekarza specjalisty endokrynologii oraz badania: biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych), antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej), antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH), antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie). Zakres zmian przygotowany został na podstawie etapu II fazy pilotażowej – modelu POZ PLUS realizowanego od 1.07.2018 r. do 30.09.2021 r. (wyniki – grudzień 2021 r.).

W ramach zmian do POZ pozytywnie należy ocenić wprowadzenie porad dietetycznych realizowanych przez dietetyków, co będzie ważnym wsparciem dla pacjentów m.in. z cukrzycą i chorobami na tle miażdżycy.

Zgodnie z **art. 11** ustawy z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej – dalej u.p.o.z. – zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizuje **zespół podstawowej opieki zdrowotnej**, w skład którego wchodzi: lekarz POZ (który jednocześnie koordynuje pracę zespołu), pielęgniarka POZ oraz położna POZ. Ustawodawca wyznaczył więc minimalny skład zespołu POZ. Biorąc jednak pod uwagę cele podstawowej opieki zdrowotnej określone w **art. 3** u.p.o.z., zespół taki może być niejako „obudowany” nawet kilkudziesięcioma specjalistami, w tym także np. fizjoterapeutami, logopedami, psychologami oraz dietetykami. Na tle takiego ujęcia widać, że niejako z założenia zespół podstawowej opieki zdrowotnej jest skoncentrowany na pacjencie, jego skład i model organizacyjny są więc z założenia elastyczne i mogą ulegać zmianom⁴. Uwzględniając realia rynku pracy, trudne do realizacji w praktyce może okazać się wprowadzenie obowiązku zapewnienia dostępu do dietetyka, mimo dość elastycznie określonych wymogów w zakresie kwalifikacji, tj. uzyskania tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka lub tytułu zawodowego magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, chociaż zasadność wprowadzenia do podsta-

wowej opieki zdrowotnej dietetyka nie nasuwa żadnych zastrzeżeń. Analogiczny problem może się pojawić przy pozyskiwaniu – przez lekarzy POZ – lekarzy specjalistów.

Szczególnego podkreślenia wymaga okoliczność, że Minister Zdrowia zdecydował się **wyznaczyć minimalny próg wykonywania koordynacji**, dając świadczeniodawcom do wyboru jeden ze wskazanych zakresów diagnostyki i leczenia: nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, cukrzycy, astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, niedoczynności tarczycy bądź diagnostyki guzków pojedynczych i mnogich tarczycy. Konsekwencją tych zmian jest określenie zakresu świadczeń oraz wymogów dotyczących personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

W założeniu koordynacja ma skrócić pacjentowi proces diagnostyczny i uprościć monitorowanie przebiegu choroby – przy założeniu, że pacjent nie wymaga bardziej zaawansowanego leczenia specjalistycznego. W praktyce powinno się to przełożyć na redukcję liczby pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

W tym kontekście nasuwa się jednak pytanie, czy przywołane rozporządzenie zmieniające z 15.09.2022 r., a w szczególności zmiana **zarządzenia** nr 79/2022/DSOZ, która następuje po nieco ponad trzech miesiącach od wydania poprzedniego zarządzenia, powinna być określana mianem etapu wdrożenia opieki koordynowanej, czy raczej stanowi potwierdzenie braku kompleksowych i dobrze przygotowanych rozwiązań w tym zakresie. Biorąc pod uwagę termin wejścia w życie opieki koordynowanej, określony w **art. 38 pkt 3** u.p.o.z., tj. 1.10.2021 r., bardziej uzasadniona wydaje się druga odpowiedź. Wniosek taki jest tym bardziej uzasadniony, gdy uwzględnimy cały proces wdrażania opieki koordynowanej. Mianowicie **zarządzenie** nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30.09.2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (NFZ poz. 160 ze zm.), mimo krótkiego okresu obowiązywania, było trzykrotnie zmieniane zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia: nr **5/2022/DSOZ** z 5.01.2022 r. (NFZ poz. 5), nr **38/2022/DSOZ** z 29.03.2022 r. (NFZ poz. 38) oraz nr **64/2022/DSOZ** z 10.05.2022 r. (NFZ poz. 64), aż wreszcie zostało całkowicie uchylone i zastąpione zarządzeniem nr **79/2022/DSOZ**.

Zawsze byłaś z nami a my z Tobą... miało to trwać jeszcze wiele lat.

Śp. Stanisława Lilianna Karchut

Żyła 56 lat. Zmarła 05.11.2022 r.

Wieloletnia pracownica Oddziału Wewnętrznego, Oddziału dla Przewlekłe Chorych i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Tarnogrodzie.

*Na zawsze zostaniesz w naszej pamięci i sercach.
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,
Pracownicy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego*



Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH I JEJ PREZYDIUM

Uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2022 r.

Uchwała od Nr 611/VII/22 do Nr 620/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 621/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarsza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała od Nr 622/VII/22 do Nr 629/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 630/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarsza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 631/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 632/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarsza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała od Nr 633/VII/22 do Nr 641/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 642/VII/22 w sprawie wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 643/VII/22 w sprawie wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 644/VII/22 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 645/VII/22 w sprawie wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 646/VII/22 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 27 525,00 zł),

Uchwała Nr 647/VII/22 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu, (łącznie 4 500,00 zł),

Uchwała Nr 648/VII/22 w sprawie upoważnienia Przewodniczącej ORPiP oraz Skarbnika ORPiP do wydatkowania środków pieniężnych z budżetu OIPiP w Zamościu z pozycji Wydatki - pkt II Szkolenia i konferencje na realizację przeprowadzenia szkoleń w ramach realizacji projektu Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 (PO WER 2014-2020), finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, numer POWR.07.01.00-00-0004/22.

Uchwały Prezydium ORPiP z dnia 21 października 2022 r.

Uchwała od Nr 954/VII/22 do Nr 956/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 957/VII/21 w sprawie wykreślenie pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu (przeniesienie do OIPiP w Rzeszowie),

Uchwała Nr 958/VII/21 w sprawie wykreślenie pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu (przeniesienie do OIPiP w Olsztynie),

Uchwała Nr 959/VII/21 w sprawie zaprzestania wykonywania zawodu przez położną,

Uchwała Nr 960/VII/21 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 961/VII/22 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 18 827,38 zł),

Uchwała Nr 962/VII/22 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 12 500,00 zł),

Uchwała Nr 963/VII/22 w sprawie wskazania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej oddziałowej oddziału I i Oddziału II ZOL dla psychicznie chorych w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Radecznicy oraz oddziału IV Psychiatrycznego Ogólnego Żeńskiego,

Uchwała Nr 964/VII/22 w sprawie wskazania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu do składu komisji konkursowej (oddziałowej oddziału urologicznego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu,

Uchwała od Nr 965/VII/22 do Nr 967/VII/22 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

realizuje projekt dofinansowany
z Funduszy Europejskich

**„Wsparcie kształcenia podyplomowego
pielęgniarek i położnych”**

Celem projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych 31 500 pielęgniarek i położnych z całego kraju w okresie do 31 grudnia 2023 roku.

Dofinansowanie projektu z UE: 112 000 000,00 zł

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

