ISSN 1898-9519

BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 3/102/2018

BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Wydawca:
OIPIP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska tel.: 83 41 47 628;
tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail:oipipbp@poczta.onet.pl
www.oipip-bp.pl

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych czynne poniedziałek - piątek 8^{00}-16^{00}

INFORMATOR OIPIP:
W biurze OIPIP dyżury pełnią:

Radca Prawny
mgr Irena Hołubowicz
czwartek w godz. 12^{00} - 14^{00}

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
mgr Marzena Tomczak
II i IV poniedziałek miesiąca,
godz. 15^{00}-16^{00}

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
mgr Agnieszka Czekiel
I środa miesiąca w godz. 14^{00}-15^{00}

Nr konta OIPiP w Białej Podlaskiej:
BANK SPÓŁDZIELCZY
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010

Rada Programowa Biuletynu
dr n. med. Aneta Stanisławek
mgr Barbara Cydejko
mgr Dorota Fedoruk
mgr Elżbieta Macech
Redakcja Biuletynu:
Elżbieta Celmer vel Domańska,
Danuta Pawlik, Iwona Denicka,
Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk,
Ilona Bilko
Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

Spis treści

Od redakcji……..……..…...1
Kalendarium OIPiP……..……....4
Uchwały ORPiP ……...……..…….5
Informacje z NRPiP……..…….....7
Informacje…….……..…13
Kształcenie podyplomowe……..…….…....14
Dział prawny……...…….……...…...18
Referaty.....38
Z żałobnej karty….....41

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

Koleżanki, koledzy pielęgniarki i położne, jeżeli chcecie złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje, zamieścić prace własne - NAPISZCIE - my wydrukujemy.

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo skracania przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

OIPiP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla personelu medyczgo.

Magiczny nastrój Świąt Bożego Narodzenia

niesie wokół radość i nadzieję

na szczęście, na zdrowie na pomyślność wszelką!

Niech ten szczególny czas upłynie w radości,

w atmosferze pokoju w rodzinach

i szczerej życzliwości w środowisku pracy.

Niech wszystkie życzenia wypowiedziane przy wigilijnym stole

towarzyszą Nam w Nowym 2019 Roku!

W imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska

Modlitwa pielęgniarki

Daj Panie zdolność czyichś
nieszczęść przeżywania.
Daj wiarę w skuteczny sposób
współodczuwania.
Daj i nie opuszczaj gdy
śmierć w oczy zagląda.
Daj siłę i mądrość
z dystansu to wszystko oglądać.
Nie pozwól aby serce moje
zimnym się stało.
Nie pozwól bym w swej pracy
widziała tylko ciało.
Nie pozwól bym kiedykolwiek
bardziej zmęczona była
niż ten któremu służę.
Nie pozwól by duch kartezjański
panował w tym zawodzie
dłużej.
Daj siły i mądrość
do godnego pielęgnowania.
Daj wiarę w skuteczność
ludzkiego współodczuwania.

Urszula Krzyżanowska – Łagowska
Tomik „Wyrazić siebie
Pobądź ze mną”

KALENDARIUM OIPiP

12-13.09.2019r.	Posiedzenie NRPiP uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
17-18.09.2018r.	Szkolenie NRzOZ – uczestniczyły Marzena Tomczak ORzOZ, Iwona Denicka.
18.09.2018r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej.
22.09.208r.	Konferencja pt. „Akademia Leczenia Ran" Lublin – uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
2.10.2018r.	Spotkanie w OIPiP w Lublinie w sprawie realizacji rozporządzenia MZ z dnia 8.09.2015r. ze zm. Uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska i Sekretarz ORPiP Danuta Pawlik.
18.10.2018r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej.
8.11.2018r.	Konferencja nt. *„Psychiatria środowiskowa – nowe wyzwania"* uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska, członkowie ORPiP Agnieszka Kamińska, Dorota Domańska.
12.11.2018r.	Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego WSzS w Białej Podlaskiej.
14.11.2018r.	Szkolenie Prometriq Akademia Zarządzania nt.: *„RODO w placówce medycznej"*.
15.11.2018r.	Posiedzenie Komisjii ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej.
15-16.10.2018r.	Konferencja NRPiP pt. *„Zarządzanie w pielęgniarstwie i położnictwie kluczowym procesem dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej"* uczestniczyły Elżbieta Celmer vel Domańska i Małgorzata Chwedoruk.
29.11.2018r.	Szkolenie nt.: „Wielochorobowość" – specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym" współorganizowane z firmą PELARGOS.
5-6.12.2018r.	Posiedzenie NRPiP uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
7.12.2018r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia OIPiP w Białej Podlaskiej.
11.12.2018r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej.
11.12.2018r.	Szkolenie skierowane do członków organów OIPiP w Białej Podlaskiej na temat *„RODO a odpowiedzialność pielęgniarek i położnych"*.
14.12.2018r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej.

WYKJAZ UCHWAŁ PREZYDIUM I OKRĘGOWEJ RADY

Uchwała Nr 131/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie sfinansowania kosztów związanych z wejściem w życie Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych
Uchwała Nr 100/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
Uchwała Nr 101/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. uchylająca uchwałę w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 102/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
Uchwała Nr 103/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
Uchwała Nr 104/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie przyjęcia regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Uchwała Nr 105/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu przyznawania zapomogi losowej w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Uchwała Nr 106/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 107/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych kursu specjalistycznego Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi organizowanego przez Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego „NOSTRUM”
Uchwała Nr 108/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie zamówienia dostępu do serwisu “Zarządzanie w Ochronie Zdrowia” do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Uchwała Nr 109/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 sierpnia 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
Uchwała Nr 110/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 sierpnia 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 111/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 sierpnia 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 112/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 sierpnia 2018 r. w sprawie delegowania na szkolenie
Uchwała Nr 113/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 sierpnia 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 132/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 września 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
Uchwała Nr 133/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 września 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 134/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 września 2018 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego
Uchwała Nr 114/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 października 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
Uchwała Nr 115/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 października 2018 r. w sprawie sfinansowania dostępu do Biblioteki Elektronicznej Ibuk Libra dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Uchwała Nr 116/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 października 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 117/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 23 października 2018 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego organizowanego przez Interrete sp. z o.o. we Wrocławiu
Uchwała Nr 118/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 listopada 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
Uchwała Nr 119/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 listopada 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 120/VII/2018 Prezydium Okręgowej Rady Pielę-

gniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 20 listopada 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej	skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarza po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
Uchwała Nr 135/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 11 grudnia 2018 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	Uchwała Nr 139/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 11 grudnia 2018 r. w sprawie planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2019
Uchwała Nr 136/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 11 grudnia 2018 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej	Uchwała Nr 140/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 11 grudnia 2018 r. w sprawie zamówienia prenumeraty czasopism i zakupu książek do biblioteki Okręgowej Izby oraz zamówienia prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej" dla członków Okręgowej Rady, Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na rok 2019
Uchwała Nr 137VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 11 grudnia 2018 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarza po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	
Uchwała Nr 138/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 11 grudnia 2018 r. w sprawie	

Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej podjęto:

1. Uchwały dotycząca stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek – 5
2. Uchwały dotycząca stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru położnych - 1
3. Uchwały dotycząca wpisu do rejestru pielęgniarek – 5
4. Uchwały dotycząca wpisu do rejestru położnych - 2
5. Uchwała dotycząca wykreślenia z rejestru położnych – 1
6. Uchwały dotycząca wykreślenia z rejestru pielęgniarek - 5
7. Uchwały dotyczące wymiany dokumentu pielęgniarek - 3
8. Uchwała dotycząca stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki nie będącej obywatelem UE– 1
9. Uchwała dotycząca wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci - 6

Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP

IMPLEMENTACJA DYREKTYWY RADY 2010/32/UE W POLSKICH SZPITALACH

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy,

Będzie nam niezmiernie miło, jeśli przyłączycie się do ogólnopolskiego badania: **„Implementacja Dyrektywy Rady 2010/32/UE w polskich szpitalach".** Badanie jest skierowane do personelu pielęgniarskiego i będzie dotyczyło efektów i stopnia implementacji Dyrektywy Rady 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 roku w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU.

Ankieta jest dostępna pod adresem: www.interankiety.pl/wypelnij/zaklucia_badanie

Organizatorem badania jest Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Patronat nad badaniem objęli: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej oraz Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych. Na odpowiedzi czekamy do **16 grudnia**.

Zranienia i zakłucia – jak doskonale wiemy – to codzienność naszej pracy. Każdego dnia tysiące pielęgniarek oraz całego personelu medycznego narażonych jest na ekspozycję zawodową. W krajach Unii Europejskiej każdego roku odnotowuje się blisko 1,2 miliona skaleczeń z powodu zakłuć igłą. W Polsce takich przypadków jest około 37 tysięcy rocznie. Oznacza to, że na 100 łóżek szpitalnych rocznie przypada od 12 do 30 zakłuć.

Te dane są zatrważające i bardzo niepokojące. Wdrażanie bezpiecznych rozwiązań ma na celu zmniejszenie ryzyka zakłuć i zranień wśród przedstawicieli Naszej grupy zawodowej. Chcemy sprawdzić, czy poszczególne rekomendacje i zalecenia są wdrażane na poziomie placówek medycznych, a także czy dostęp do bezpiecznych i nowoczesnych rozwiązań jest zapewniony każdemu przedstawicielowi naszego zawodu.

W razie pytań prosimy o kontakt: Dominika Dyjak, dominika.dyjak@procontent.pl, tel. 531 844 325

INFORMACJE Z NRPiP

Szanowni Państwo,
w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych życzę wszystkim koleżankom i kolegom pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym szczęśliwych, pełnych miłości, spędzonych w gronie najbliższych Świąt Bożego Narodzenia.
Życzę Państwu dużo zdrowia, bo pacjentom nikt i nic nie zastąpi Waszej obecności, kompetencji, troski i współczucia.
Niech Nowy 2019 Rok przyniesie pasmo sukcesów i szansę na realizację planów zarówno zawodowych, jak i prywatnych. Nich będzie szczęśliwy, niech obfituje w jak najlepsze wydarzenia.
Niech spełnią się Państwa marzenia, nawet te najtrudniejsze do realizacji, a praca stanie się źródłem satysfakcji z własnych dokonań i motywacją do podejmowania kolejnych wyzwań.
Wesołych Świąt Bożego Narodzenia! Do siego Roku!

RAPORT NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie – RAPORT Z BADANIA ANKIETOWEGO
(WYBRANE FRAGMENTY)

Autorzy: Teresa Kuziara, Bożena Hudzik, Renata Michalska, Bożena Ożga

WSTĘP

Obowiązkiem każdego społeczeństwa jest zapewnienie opieki osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować i nie mogą liczyć na pomoc bliskich. Osoby, które z jakichkolwiek powodów stają się niesamodzielne wymagają uzyskania pomocy ze strony innych osób lub instytucji. Współcześnie obserwujemy dynamicznie postępujący proces starzenia się społeczeństw (także społeczeństwa polskiego), w którym rośnie udział osób powyżej 75. roku życia, a w szczególności osób w mocno zaawansowanym wieku 80 i więcej lat.

Zmiany w funkcjonowaniu rodziny dotyczące przede wszystkim jej funkcji opiekuńczej wobec członków rodziny poprzez zmniejszającą się liczbę rodzin wielopokoleniowych, a zwiększającą się liczbą rodzin dwupokoleniowych, nuklearnych, nie gwarantują opieki rodzinnej. Ponadto, coraz większą popularnością cieszą się związki nieformalne, a także częściej ludzie wybierają życie w samotności, stąd cechą charakterystyczną starzenia się społeczeństw jest tzw. singularyzacja, czyli wysoki odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych.

Według ekspertów ważnym wyzwaniem będzie stworzenie kompleksowego systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych udzielanych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej. W wielu dokumentach organizacji międzynarodowych podkreśla się konieczność zapewnienia wsparcia osobom starszym niesamodzielnym przede wszystkim w miejscu ich zamieszkania. W 1991 r. Zgromadzenie Ogólne ONZ uchwaliło rezolucję nr 46/91 zawierającą Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych, które określają odpowiednie warunki mające służyć zagwarantowaniu ludziom starszym niezależnej bezpiecznej i aktywnej egzystencji. W 1996 r. Rada Europy uchwaliła Zrewidowaną Europejską Kartę Społeczną, w której podkreśla prawo osób w podeszłym wieku do opieki medycznej i usług jakich wymaga ich stan.

Możliwość realizacji powyższych praw uzależniona jest w dużej mierze od funkcjonowania systemu wsparcia w środowisku zamieszkania, który w wielu obszarach naszego kraju nie jest dostatecznie rozwinięty.

WYBRANE ZAGADNIENIA SYTUACJI DEMOGRAFICZNEJ I EPIDEMIOLOGICZNEJ

Analiza sytuacji demograficznej i epidemiologicznej wskazuje na szereg niekorzystnych zmian w strukturze demograficznej oraz w stanie zdrowia, kondycji fizycznej i psychicznej społeczeństwa polskiego. Istotne zmiany demograficzne charakteryzują się przede wszystkim spadkiem liczby urodzeń i małżeństw, przesuwaniem wieku rodzenia w kierunku starszych roczników,
zwiększaniem się liczby związków nieformalnych i rozwodów, starze-

niem się społeczeństwa, obniżeniem udziału najmłodszych generacji w strukturze populacji Polski, wzrostem odsetka ludzi starszych w wieku 65 i więcej lat oraz osób w wieku późnej starości (80 i więcej lat), wydłużaniem się trwania życia.

Aktualna sytuacja demograficzna Polski osiągnęła tzw. stan zaawansowanej starości demograficznej. Prognoza GUS wskazuje, iż do 2060 roku udział osób w wieku 65-79 lat w odniesieniu do ogólnej populacji ulegnie dwukrotnemu wzrostowi, natomiast osób w wieku 80 i więcej lat wzrośnie ponad trzykrotnie, czyli udział osób starszych w populacji Polski stanowić będzie 27,8%. Zjawisko demograficznej starości stanowi swoiste wyzwanie dla decydentów polityki zdrowotnej i społecznej w sferze zabezpieczeń socjalnych i zdrowotnych. I chociaż starość jest naturalnym okresem życia ludzkiego, to nieodzownym elementem społeczeństwa starzejącego się jest wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe prowadzące do niesamodzielności i niepełnosprawności, gdyż jest to proces długotrwały i stale postępujący o cechach zanikowych czy destrukcyjnych, zależny od sposobu i warunków życia. Podstawowe cechy starości to: znaczny spadek zdolności adaptacyjnych człowieka w wymiarze biologicznym, psychospołecznym; postępujące ograniczenie samodzielności życiowej; stopniowe nasilenie się zależności od otoczenia. Starzenie się organizmu jest procesem fizjologicznym i niekoniecznie wiąże się z chorowaniem. Jednak wielochorobowość i niesprawność prowadzące do niedołęstwa występują znacznie częściej u ludzi starszych niż w młodszych grupach wiekowych. Obecnie w Polsce szacuje się, że populacja osób starszych powyżej 65 r.ż. stanowi grupę liczącą prawie 5 mln ludzi, wśród których blisko 2% to osoby obłożnie chore stale pozostające w łóżku, 17% to ludzie mający poważne problemy w zakresie poruszania się w obrębie mieszkania. Osoby starsze przeciętnie chorują na 3-4 choroby przewlekłe i zażywają przewlekle 4-5 leków. Zaledwie 7% osób w wieku powyżej 75. roku życia nie zgłasza żadnych schorzeń przewlekłych.

Subpopulację osób starszych wyróżniają na tle innych grup społecznych cztery podstawowe cechy: feminizacja, singularyzacja, spadek dochodów oraz pogorszenie stanu zdrowia.

Intensywny rozwój opieki medycznej wpłynął na obniżenie poziomu śmiertelności, a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne stały się chorobami przewlekłymi. We wczesnym okresie starości u osób w wieku 60 – 75 lat główne problemy zdrowotne to przede wszystkim typowe schorzenia internistyczne, chirurgiczne i ginekologiczne, które często współistnieją, zmieniają swój przebieg i mogą stwarzać problemy diagnostyczne i lecznicze. Natomiast po 75. roku życia zdecydowanie częściej pojawia się zniedołężnienie i tzw. problemy geriatryczne, do których m. in. zaliczamy: upadki i złamania na tle osteoporozy, otępienie, nietrzymanie moczu, odleżyny.

Pogorszenie sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności oraz zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych istotnie zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i usługi opiekuńcze. Jednak potrzeby ludzi w wieku podeszłym zazwyczaj mają charakter złożony. Na typowe w tym wieku problemy zdrowotne nakładają się społeczne i ekonomiczne uwarunkowania życia (takie jak warunki mieszkaniowe, sytuacja rodzinna i wsparcie otoczenia) istotnie wpływające na stan zdrowia. Niedostateczna opieka w tym zakresie (skrócenie pobytów w stacjonarnych zakładach leczniczych i niemożliwość realizowania samoopieki i samopielęgnacji poprzez nuklearną, niewydolną opiekuńczo rodzinę) często prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia i wymusza zorganizowanie różnych form opieki nad potrzebującymi pomocy.

ZABEZPIECZENIE POTRZEB STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Potrzeby ludzi w podeszłym wieku mają charakter złożony i najczęściej wiążą się ze sprawnością psychofizyczną, wydolnością ekonomiczną i możliwością uzyskania wsparcia otoczenia.

W Polsce zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych i socjalnych starzejącego się społeczeństwa realizowane jest przez dwa odrębne systemy tj. system opieki zdrowotnej (w zakresie potrzeb zdrowotnych) oraz system pomocy społecznej (w zakresie potrzeb socjalnych i opiekuńczych).

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Seniorzy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych realizowanych przez system opieki zdrowotnej. Dla osób przewlekle chorych system zabezpiecza świadczenia realizowane przez oddziały dla przewlekle chorych, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), hospicja, pielęgniarską opiekę długoterminową domową oraz świadczenia realizowane przez podstawową opiekę zdrowotną, w tym pielęgniarkę poz.

Zakłady opiekuńczo - lecznicze zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, przeznaczone są dla pacjentów wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów. W ZOL udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne osobom, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego i mają ukończony proces diagnostyczny, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego. Pobyt pacjenta ma charakter okresowy (do 6 miesięcy). Celem zakładu jest objęcie całodobową opieką osób niewymagających hospitalizacji, które ze względu na zły stan zdrowia i trud-

ną sytuację rodzinną nie mogą przebywać w środowisku domowym.

W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych prowadzona jest opieka całodobowa obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego. Do ZPO przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarskie niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZPO jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów. Pobyt pacjenta ma charakter tymczasowy, zwykle ograniczony jest do kilku tygodni. Celem pobytu jest przygotowanie pacjenta do powrotu do środowiska domowego.

Hospicjum – zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską dla nieuleczalnie chorych w terminalnym okresie życia. Zasadniczym celem tego typu placówki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez leczenie objawowe, zwalczanie bólu, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, wspomaganie rodziny w czasie trwania choroby i w okresie sieroctwa.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest kierowana do osób obłożnie przewlekle chorych przebywających w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich. Do tego typu opieki kwalifikowani są pacjenci, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, a wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych. Opieką długoterminową w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. Ważnym elementem tej opieki jest wydolna opiekuńczo rodzina zaangażowana w pielęgnację chorego.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej realizuje świadczenia osobom, które dokonały jej wyboru, a więc złożyły pisemną deklarację o wyborze pielęgniarki poz, zarówno w miejscu wykonywania świadczeń (gabinecie pielęgniarki poz) jak i w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy w uzasadnionych medycznie przypadkach.

SYSTEM POMOCY SPOŁECZNEJ

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa przeznaczoną do wspierania osób i rodzin w trudnych sytuacjach życiowych, z którymi nie są one w stanie same sobie poradzić, podejmuje działania w sytuacjach zagrożenia podstawowych potrzeb życiowych oraz obniżenia jakości życia poniżej społecznie akceptowanego minimum; pomaga stworzyć warunki umożliwiające godną egzystencję. Jedną z form organizacyjnych pomocy społecznej są domy pomocy społecznej, które świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na typy domów dla:

1) osób w podeszłym wieku;
2) osób przewlekle somatycznie chorych;
3) osób przewlekle psychicznie chorych;
4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
6) osób niepełnosprawnych fizycznie;
7) osób uzależnionych od alkoholu.

Opieka w domach pomocy społecznej prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, który opracowuje i realizuje indywidualny plan opieki dla każdego mieszkańca. Zakres świadczeń obejmuje usługi opiekuńcze, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację, psychoterapię, pracę socjalną.

W ramach programu standaryzacji domów pomocy społecznej zespół terapeutyczny powinien prowadzić indywidualny plan opieki dla każdego mieszkańca, bowiem domy pomocy społecznej:

1) zapewniają opiekę pielęgniarek przez część doby dla osób w podeszłym wieku, nie wymagających całodobowego nadzoru;
2) zapewniają całodobową opiekę pielęgniarek oraz usługi opiekuńcze specjalistyczne dla dzieci i dorosłych przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

W zdecydowanej większości mieszkańcami domów pomocy społecznej są osoby powyżej 65. roku życia, u których najczęściej występują następujące problemy zdrowotne:

a) choroby układu sercowo-naczyniowego: nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba niedokrwienna serca, stany po zawale mięśnia sercowego, przewlekła zastoinowa niewydolność krążenia, niedokrwienie kończyn dolnych, zakrzepowe zapalenie żył,
b) choroby układ krwiotwórczego: niedokrwistość głównie megaloblastyczna i z niedoboru żelaza,
c) choroby układu oddechowego: choroby infekcyjne dróg oddecho-

wych w tym zapalenie płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma oskrzelowa, stany po przebytej gruźlicy,
d) choroby układu pokarmowego: kamica pęcherzyka żółciowego, stan po cholecystostomii, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, stany nieżytowe jelit i żołądka,
e) choroby układu moczowego: stany zapalne pęcherza moczowego i dróg moczowych, kamica moczowa, kolka nerkowa, choroby gruczołu krokowego,
f) choroby układu ruchu: zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, osteoporoza, reumatoidalne zapalenie stawów, stany po złamaniu szczególnie szyjki kości udowej, stany po amputacji głównie kończyn dolnych,
g) choroby metaboliczne: otyłość, cukrzyca, niedobory żywieniowe,
h) choroby neurologiczne: udary krwotoczne i niedokrwienne mózgu w wyniku ich przebycia porażenie połowicze, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, zaburzenia krążenia mózgowego, stany po urazach kręgosłupa z powikłaniami w postaci para i tetraplegi,
i) choroby i zaburzenia psychiczno-depresyjne: zespoły maniakalno-depresyjne, otępienne zespoły psychoorganiczne, otępienie w przebiegu choroby Alzheimera, schizofrenia,
j) upośledzenie ze strony narządów zmysłu: wzroku, słuchu,
k) choroby nowotworowe.

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE REALIZOWANE PRZEZ PIELĘGNIARKI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ

Mieszkańcy domów pomocy społecznej mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1938), w tym także do świadczeń realizowanych przez lekarza poz, pielęgniarkę poz i pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej. Osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest przez starostę do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w DPS obejmuje:
1) współudział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich.

W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy (w tym także w DPS) i jedynie na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, pielęgniarka poz pobiera materiały do badań diagnostycznych.

Podobne regulacje prawne dotyczą sprawowania opieki przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej nad świadczeniobiorcami będącymi mieszkańcami DPS. Świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, a realizowane w warunkach domowych, obejmują:
1) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny (w DPS – opiekunów) do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
3) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
4) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny (w DPS – opiekunów);
5) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
6) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu (w DPS wskazywanie na potrzebę zabezpieczenia mieszkańca w odpowiedni sprzęt).

Wydawać się może, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są uprzywilejowani w dostępie do świadczeń realizowanych przez pielęgniarki. Oprócz gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej korzystają ze świadczeń pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Jak jest naprawdę, skoro do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wpływają informacje dotyczące problemów w zatrudnianiu pielęgniarek w domach pomocy społecznej, zmianą ich zatrudnienia ze stanowisk pielęgniarskich na stanowiska opiekunów, odpływem kadry z powodu braku wzrostu wynagrodzeń na wzór wprowadzenia podwyżek dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w podmiotach leczniczych. Informacje te były bezpośrednią przyczyną podjęcia przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych próby oceny zabezpieczenia mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki.

ISTOTA ZAWODU PIELĘGNIARKI

Zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym, prawnie regulowanym, wolnym, zawodem zaufania publicznego. Charakteryzujący się profesjonalną niezależnością, czyli posiadaniem władzy i wolności potrzebnej do działania zgodnego z profesjonalnymi podstawami wiedzy; odpowiedzialnością za dokonane wybory i działania oraz pełną świadomością przekonań i wartości stojących za dokonanym wyborem.

Pielęgniarka to osoba posiadająca dyplom szkoły pielęgniarskiej, posiadająca prawo wykonywania zawodu i realizująca pielęgnowanie zawodowe, sprawująca opiekę nad człowiekiem zdrowym i chorym, w różnym wieku, w podmiocie leczniczym, miejscu nauczania i wychowania, zamieszkania lub przebywania, podlegająca zmianom w zakresie kształcenia zawodowego, uprawnień i kompetencji zawodowych oraz świadomości zawodowej. W myśl art. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz.U z 2018 r., poz. 123) – zwana dalej ustawą o zawodach, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności na:

1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo pielęgnacyjnych;
7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie o zawodach.

Pielęgniarka to profesjonalista medyczny, wykonujący swój zawód zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o zawodach. Podstawowe zasady wykonywania zawodu pielęgniarki to:

- obowiązek posiadania prawa wykonywania zawodu stwierdzonego lub przyznanego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych,
- wykonywanie zawodu z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- wykonywanie zawodu z poszanowaniem praw pacjenta i dbałością o jego bezpieczeństwo,
- wykonywanie zawodu z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi,
- wykonywanie zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej,
- obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- obowiązek informowania pacjenta o jego prawach oraz zachowania tajemnicy zawodowej,
- obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W związku z powyższym pielęgniarka jest uprawniona do:

- wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych;
- odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji w sposób określony w ustawie o zawodach;
- ochrony przewidzianej w kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych podczas i w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Zasady wynikające z ustawy o zawodach mają charakter obligatoryjny tzn., że na osobach wykonujących te zawody ciąży prawny obowiązek ich stosowania (niezależnie od miejsca wykonywania zawodu), są powszechne – dotyczą wszystkich osób wykonujących te zawody niezależnie od formy wykonywania zawodu (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, stosunek służbowy, praktyka zawodowa indywidualna lub grupowa), mają charakter nadrzędny nad postanowieniami aktów wewnętrznych regulujących funkcjonowanie podmiotów będących miejscem wykonywania zawodu pielęgniarki. Za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, pielęgniarki ponoszą odpowiedzialność zawodową przed organami samorządu zawodowego. Postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej prowadzi (właściwy dla danej sprawy) Okręgowy lub Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Rozpoznanie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej leży w gestii właściwego Okręgowego lub Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

WYMAGANIA PSYCHOLOGICZNE W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI

Pielęgnowanie, którego istotą jest pomoc człowiekowi zdrowemu lub choremu w utrzymaniu zdrowia, jego odzyskaniu, łagodzeniu cierpień lub godnym umieraniu jest tym rodzajem działalności, którym przez swój szeroki zakres i specyficzny rodzaj osobistego zaangażowania stawia przed wykonującą go osobą ogromne wyzwanie. Dlatego w pracy pielęgniarki dominują wyróżniki wyodrębniające jej pracę spośród innych aktywności zawodowych. Są to: bezpośrednia odpowiedzialność za najwyższą wartość człowieka jego życie,

kontakt z cierpieniem ludzkim, spowodowanym zagrożeniem lub samą chorobą, bycie świadkiem narodzin i śmierci człowieka, posiadanie większej niż w innych grupach społecznych wrażliwości na zagadnienia etyczne, deontologiczne, umiejętność pomocy potrzebującym, świadomy i czynny udział w procesie przekształcania patologii somatycznej i psychicznej w zdrowie, praca w zespołach, tworzenie więzi międzyludzkich na zasadzie odpowiedzialności za życie ludzi, zdobywanie gruntownej wiedzy, jako gwarancja prawidłowego rozwoju własnej odpowiedzialności, a więc własnego zaangażowania w służbę życiu i zdrowiu ludzi.

Już samo wymienienie tych wyróżników zwraca uwagę na te aspekty pielęgnowania i dziedziny aktywności pielęgniarek, które wymagają szczególnej postawy i zachowania. Rozwój wrażliwości i zdolności empatii, bezinteresowność w dawaniu, bezinteresowna życzliwość, zdolność uznania czyjejś wyższości bez poczucia zagrożenia własnej wartości, dobroć i poszanowanie godności każdego – te cechy decydują o najgłębszym etycznym wymiarze osoby ludzkiej, które posiadać powinna każda pielęgniarka.

Duże znaczenie w wykonywaniu zawodu ma dobra kondycja psychofizyczna i odporność na stres.

WNIOSKI

1. Wpływające do NRPiP informacje oraz dane uzyskane w trakcie badania pokazują skalę problemów, które należy rozwiązać poprzez podjęcie działań przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i Ministra Zdrowia, do których zaliczyć należy między innymi sprawowanie opieki długoterminowej nad przewlekle chorymi, gwarantowanie bezpieczeństwa i opieki pielęgniarskiej mieszkańcom DPS oraz możliwość należytego wykonywania zawodu pielęgniarkom.
2. Uwzględniając stan zdrowia i potrzeby mieszkańców domów pomocy społecznej (liczbę, wiek, niepełnosprawność i niesamodzielność związaną z wiekiem oraz wielochorobowość) istnieje konieczność zatrudniania pielęgniarek w DPS-ach.
3. Ważnym zadaniem pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej powinno być rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych, planowanie i sprawowanie opieki pielęgniarskiej oraz koordynowanie opieki i świadczeń zdrowotnych.
4. Na ogólną liczbę 48 689 mieszkańców domów pomocy społecznej biorących udział w badaniu i ocenianych w skali Barthel 28 291 (58%) to osoby wymagające wzmożonej pielęgnacji. Objętych opieką długoterminową domową zostało 9 860 osób, zaś 1 770 mieszkańców po zakwalifikowaniu oczekuje na objęcie tą opieką.
5. 46 361 mieszkańców domów i zakładów pomocy społecznej nie dokonało wyboru i nie zostało wpisanych na listę pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, co stanowi 43,3% ogólnej liczby mieszkańców domów i zakładów pomocy społecznej.
6. Ponad 55% mieszkańców DPS to osoby powyżej 60. roku życia, wśród których wiek sędziwy (tj. 80 i więcej lat) osiągnęło 29,3%.
7. Pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej stanowią 17% ogółem zatrudnionych pracowników zespołu terapeutycznego.
8. Wśród 3 872 zatrudnionych pielęgniarek największą grupę stanowią osoby w wieku 41 – 60 lat (3065 osób), zaś najmniejszą w wieku 21-30 lat (138 osób). Ponad 67% pielęgniarek posiada dodatkowe kwalifikacje uzyskiwane w trakcie kształcenia podyplomowego w formie kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji.
9. Wśród 513 DPS biorących udział w badaniu 23 domy nie zatrudnia pielęgniarek, w tym 7 DPS dla osób w podeszłym wieku, 4 dla osób przewlekle somatycznie chorych, 5 dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 6 dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Tylko niektóre z nich wskazały, iż świadczenia pielęgniarskie realizowane są przez podmiot zewnętrzny lub pielęgniarkę poz na zlecenie lekarza poz.
10. W 17 domach pomocy społecznej zmieniono zatrudnienie 36 pielęgniarkom ze stanowiska pielęgniarki na stanowisko opiekuna. Jednocześnie domy te zatrudniły ratowników medycznych na stanowiskach opiekunów w liczbie łącznej 56 osób. Sytuacja taka może rodzić niebezpieczeństwo ponoszenia ryzyka zawodowego dla pielęgniarek (także ratowników medycznych) do wykorzystywania kompetencji zawodowych niezgodnie z obowiązującym prawem (odpowiedzialność zawodowa za naruszenie zasad wykonywania zawodu wynikająca z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).
11. Stosunkowo niskie wynagrodzenia pracowników domów pomocy społecznej, w tym pielęgniarek nie zachęcają absolwentów studiów pielęgniarskich do podejmowania pracy w tym sektorze.

Pełną treść RAPORTU opracowanego na podstawie badania ankietowego znajdziecie Państwo na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, pod adresem: http://nipip.pl/wp-content/uploads/2018/06/Raport_2018_DPS.pdf

INFORMACJE

ZMIANA W MINISTERSTWIE ZDROWIA NA STANOWISKU DYREKTORA DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Stanowisko straciła Beata Cholewka, która kierowała departamentem pod rządami dziewięciu ministrów zdrowia. Departamentem pokieruje Greta Kanownik.

Jak czytamy na portalu pielęgniarki.info.pl, pielęgniarka wiceminister zdrowia Józefa Szczurek – Żelazko zwolniła z pracy panią dr n. o zdr. Beatę Cholewkę, dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.
W zamian na to stanowisko powołała Gretę Kanownik, która była pracownikiem szpitala w Brzesku. Szpitalem tym kierowała wcześniej wiceminister J.Szczurek-Żelazko.
- Pani Greta Kanownik - SP ZOZ w Brzesku była zatrudniona na stanowisku Kierownik Działu Administracji Medycznej. Uzyskała stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie w dniu 23 czerwca 2016 roku – czytamy na portalu. Była też delegatem do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie na kadencje w latach 2003 – 2007, delegatem oraz członkiem Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie na lata 2011 – 2014.

http://www.politykazdrowotna.com/39441,zmiana-w-mz-na-stanowisku-dyrektora-departamentu-pielegniarek-i-poloznych

SPOTKANIE SZKOLENIOWE

W dniu 29.11.2018r. w Sali Medycznego Studium Zawodowego w Białej Podlaskiej odbyło się bezpłatne szkolenie dla pielęgniarek i położnych organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej przy współpracy z firmą Pelagros nt. ***„Wielochorobowość – specyfika opieki nad pacjentem geriatrycznym”.*** Wykład przedstawiła Danuta Matwiejczuk specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa paliatywnego.

Uczestnicy spotkania otrzymali certyfikat uczestnictwa oraz pakiety przygotowane przez firmę TEVA.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Gratulacje

„Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali”.

Jan Paweł II

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku z okazji uzyskania tytułu specjalisty

ꕥ

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Izabela Drozdek
Barbara Galińska
Ewa Kowalik
Elżbieta Kwitek
Beata Stadejkowska
Marzena Wójciuk

ꕥ

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego

Anna Golec
Katarzyna Goławska

ꕥ

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego

Barbara Cydejko
Maria Grzywaczewska

ꕥ

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego

Krystyna Chwalczuk

ꕥ

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Ewelina Deneka

życzę wielu sukcesów, wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu, powodzenia w realizacji zamierzonych celów, pomyślności w życiu osobistym i zawodowym

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej

Stowarzyszenie Pielęgniarek I Położnych na Rzecz Rozwoju
i Doskonalenia Zawodowego „NOSTRUM" w Białej Podlaskiej.
21-500 Biała Podlaska ul. Okopowa 3 pok. 115
tel. 789 307 210, tel./fax 83 342 22 59,
mail: nostrum@poczta.onet.pl www.nostrumbp.pl

Trwa nabór wniosków na kursy

Kursy specjalistyczne:

1. „Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych" **12.01.2019** /dla pielęgniarek i położnych/
2. „Resuscytacja krążeniowo - oddechowa" **02.02.2019** /dla pielęgniarek i położnych/
3. „Edukator w cukrzycy" **01.03.2019** /dla pielęgniarek i położnych/
4. „Szczepienia ochronne" **15.03.2019** /dla pielęgniarek/
5. „Leczenie ran" **31.03.2019** /dla pielęgniarek/
6. „Wywiad i badanie fizykalne" **27.04.2019** /dla pielęgniarek i położnych/

Kurs kwalifikacyjny:

1. „Pielęgniarstwo Rodzinne" **16.02.2019** /dla pielęgniarek/

Przypominamy, iż od 01.07.2017r. **nie ma możliwości zapisu na kurs w formie papierowej**. Osoby zainteresowane prosimy o składanie wniosków w systemie SMK (System Monitorowania Kształcenia).
Terminy rozpoczęcia kursów mogą ulec zmianie.

KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ NA LUBELSZCZYŹNIE DLA PIELĘGNIAREK

W dniu 25 października 2018r.odbyła się II Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Długoterminowej na Lubelszczyźnie dla Pielęgniarek.
Temat wiodący Konferencji to: Pielęgniarka jako realizator świadczeń zdrowotnych u osób ciężko chorych, niepełnosprawnych w wieku geriatrycznym
Organizatorem przedsięwzięcia była mgr Małgorzata Sitarz-Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa lubelskiego, we współpracy z dr n. med. Elżbietą Stasiak –wykładowcą Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
Organizator i realizator opieki domowej długoterminowej w Polsce.
Gospodarzem wydarzenia był INM PWSZ w Chełmie we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Chełmie, Przewodniczącą Izabellą Chałaj, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Zamościu, Przewodniczącą mgr Danutą Kusiak, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, Przewodniczącą mgr Elżbietą Celmer vel Domańską, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, Przewodniczący mgr Andrzej Tytuła.
Honorowy Patronat Konferencji obejmowali:

- Wojewoda Lubelski dr Przemysław Czarnek
- Rektor PWSZ w Chełmie prof. nadzw., dr hab. Inż. Arkadiusz Tofil
- Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dr n. o zdrowiu Mariola Rybka.
- Prezes Krajowego Związku Podmiotów Leczniczych mgr Grażyna Aksamit.
- Patronat Medialny - Radio Bon Ton oraz Super Tydzień Chełmski.

Uroczystego otwarcia Konferencji oraz przywitania zaproszonych gości, uczestników Konferencji dokonała mgr Małgorzata Sitarz.
Następnie głos zabrał Dyrektor Instytutu Nauk Medycznych PWSZ w Chełmie dr n. med. Hubert Słodziński.
Swoją obecnością zaszczycili zaproszeni goście w osobach: Pani prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym, członek Rady Naukowej Forum Opieki Długoterminowej MEDI, autorka publikacji z dziedziny pielęgniarstwa środowiskowego i opieki w domu. Prekursorka stylu w działaniach pielęgniarskich w środowisku domowym.
Prezes Krajowego Związku Podmiotów Leczniczych mgr Grażyna Aksamit.
Dyrektor PANACEUM mgr Dorota Czajka. Przedstawiciel Lubelskiego Oddziału NFZ Urszula Teodorowicz oraz delegatury w Chełmie.
W imieniu Rzecznika Praw Pacjenta w wydarzeniu wziął udział Pan Jacek Jaworski, specjalista w Departamencie

Zdrowia Psychicznego, pełniący funkcję Rzecznika Praw Pacjenta w województwie lubelskim.
Pielęgniarka Naczelna SPWSZS w Chełmie mgr Beata Żółkiewska.
Przewodnicząca MOZZZPiP przy SPWSZS w Chełmie Iwona Domańska.
Po przedstawieniu gości Małgorzata Sitarz odczytała list gratulacyjny nadesłany od Konsultanta Krajowego w dziedzinie opieki długoterminowej dr n. o zdrowiu Marioli Rybka.
W dalszej części głos zabrali zaproszeni goście.

Wykład inauguracyjny ***„Emocjonalny kontekst starości w relacjach społecznych''*** wygłosiła Prof. dr hab. Zofia Kawczyńska- Butrym. Prekursorka stylu w działaniach pielęgniarskich w środowisku domowym.

Podczas Konferencji swoje tematyczne wystąpienia prezentowali:

- ***„Pielęgnacja dostępu do przewodu pokarmowego oraz rola leczenia żywieniowego w procesie gojenia ran''*** mgr Anna Goździewska SPSK4 Lublin.
- ***„Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia opieki długoterminowej na terenie województwa lubelskiego''*** przedstawiła mgr Małgorzata Sitarz- Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej.
- Kolejno prezentowany temat dotyczący,, ***Komunikacji z pacjentem i rodziną- warunek czy dodatek do profesjonalnych świadczeń zdrowotnych''*** mgr inż. *Agnieszka Walczak-Skałecka.*
- ***„ Praktyczne zastosowanie e-dokumentacji w realizacji świadczeń zdrowotnych u osób objętych pielęgniarską opieką w miejscu zamieszkania''*** mgr Dorota Czajka Dyrektor Panaceum.

Prezes Krajowego Związku Podmiotów Leczniczych mgr Grażyna Aksamit omówiła***„ Stan zdrowia osób objętych opieką długoterminową''.***
Duże zainteresowanie wzbudził wykład dotyczący ***„Starzenia się układu immunologicznego'',*** wygłoszony przez dr n. med. Huberta Słodzińskiego.
Znaczny problem w opiece długoterminowej to problem cukrzycy u osób starszych. ***„Najnowsze Wytyczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii''*** przedstawiła dr n. med. Ewa Kostrzewa –Zabłocka, Edukator ds. Diabetologii Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie, Poradnia Diabetologiczna SPWSZS w Chełmie.
Wśród tematów nie zabrakło prezentacji wyrobów medycznych oraz opatrunków specjalistycznych służących do specjalistycznej metody pielęgnacji skóry pacjentów ciężko chorych, niepełnosprawnych, oraz opatrunków specjalistycznych do terapii odleżyn. Przedstawiono „***Standard postępowania z ranami przewlekłymi''*** Barbara Szulecka (ConvaTec).
Dr n. med. Elżbieta Stasiak przedstawiła temat:

- ***„Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej realizująca świadczenia zdrowotne jako ratujące życie i zdrowie osób ciężko chorych i niepełnosprawnych.***

W programie Konferencji prezentowano również wielochorobowość wśród pacjentów OPD, miedzy innymi

- ***„ZZSK-charakterystyka, leczenie i profilaktyka''*** dr n. med. Katarzyna Piasecka.

Niezmiernie ważny jest problem dotyczący pielęgnacji stóp u osób chorujących na cukrzycę. Emanuela Kędracka specjalista podologii i pielęgnacji stóp przedstawiła:

- ***„Praktyczne zastosowanie podologii w pielęgnacji stóp u osób starszych w opiece długoterminowej i w DPS''.***

W trakcie Konferencji firmy medyczne, które były partnerem w organizacji Konferencji przedstawiały swoje oferty produktowe. Były to: STASIAK medical team, Abena, Nutricia, ConvaTec, INTER Polska, Essity Poland, Studio JSG, URGO MEDICAL

Konferencja była miejscem szerokiej dyskusji związanej z odpowiedzialną opieką nad osobami niesamodzielnymi oraz szerokiej dyskusji na temat propozycji ewentualnych zmian
w tym zakresie.

Wydarzenie miało walor naukowy oraz dydaktyczny. Był to kolejny krok do podniesienia poziomu wiedzy medycznej a wymiana doświadczeń pomiędzy członkami zespołów interdyscyplinarnych przyczyni się do skoordynowania działań w opiece długoterminowej. Udział wybitnych prelegentów oraz profesjonalizm i zaangażowanie organizatorów sprawiły, że Konferencja była doskonałym momentem do dyskusji na temat rozwoju nowych możliwości opieki nad osobami przewlekle chorymi, niesłabnącej energii do dalszego działania na rzecz stałego podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych.
Konferencja cieszy się dużym zainteresowaniem środowiska pielęgniarskiego. Daje motywację dla organizatorów do organizacji kolejnej edycji.
Uczestnicy Konferencji otrzymali od Organizatorów imienne Certyfikaty.
Rozdano również podziękowania za Honorowy Patronat tej Konferencji. Podziękowania zostały skierowane również do prelegentów oraz sponsorów tego wydarzenia.

Planowana III Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej już w 2019r.

Serdecznie Zapraszamy
Komitet Organizacyjny

mgr Małgorzata Sitarz
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej
województwo lubelskie

KONFERENCJA „AKADEMIA LECZENIA RAN"
Lublin, 22.09.2018

I konferencja pt. „Akademia Leczenia Ran" zorganizowana w województwie lubelskim przez firmę Urgo Medical przy współpracy z firmą BBraun, Kikgel, Medi oraz OlimpLabs, gdzie patronat honorowy objęła Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie poświęcona była tematyce leczenia ran o różnej etiologii.

W Hotelu Victoria w Lublinie zebrało się ponad 200 uczestników, w tym pielęgniarki i pielęgniarze z oddziałów szpitalnych, DPS-ów, hospicjów, opieki długoterminowej, a także pielęgniarki środowiskowe. Nie zabrakło również lekarzy różnych specjalności i zainteresowanych tematyką farmaceutów.

Przedmiotem konferencji były m.in. wytyczne postępowania w ranach zakażonych przedstawione przez Profesor Marzennę Bartoszewicz z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej i Parazytologii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej we Wrocławiu.

W tej sesji Pani Profesor skoncentrowała się na jednym z głównych „sprawców" opóźniających proces leczenia ran, jakim jest biofilm. Przedstawiła także ciekawe polskie badanie dotyczące oceny skuteczności antybiofilmowego opatrunku ze srebrem z kompleksowym działaniem oczyszczającym wykonanego w technologii lipidokoloidowej (UrgoClean Ag), który skutecznie usuwa z rany biofilm, martwicę rozpływną i pozostałości bakterii.

Istotą miejscowego zaopatrzenia ran opatrunkami specjalistycznymi jest dobór odpowiedniego opatrunku do fazy gojenia rany, dlatego nie mogło zabraknąć koncepcji URGOTIME, którą przedstawiła mgr Anna Daudzward. Wykład zawierał zbiór wskazówek ułatwiających leczenie ran przewlekłych przy pomocy opatrunków wykonanych w technologii TLC.

Mgr Sylwia Rogowska, pielęgniarka pracująca w Hospicjum w Licheniu podzieliła się swoją wiedzą i doświadczeniem prezentując szereg przypadków pacjentów z różnymi ranami, dla których osobiście jest wsparciem i których leczy rany wg. aktualnych wytycznych. Dla wielu uczestników spotkania bezcenne okazały się zaprezentowane wskazówki i spostrzeżenia dotyczące holistycznego podejścia do pacjenta z odleżyną, owrzodzeniami podudzi, a także raną nowotworową.

Poruszone zostały również istotne punkty nierozerwalnie związane z procesem gojenia ran tj. antyseptyka, lawaseptyka, wpływ kompresjoterapii w leczeniu żylnych owrzodzeń podudzi, a także rola argininy i stanu odżywienia pacjenta w trudno gojących się ranach.

Po części wykładowej uczestnicy mogli skorzystać z praktycznej części 4 warsztatów:

1. Kompresjoterapia – nowoczesne rozwiązania – Magdalena Biniecka, Anna Kolek
2. Rana przewlekła – od oczyszczania do naskórkowania z opatrunkami Urgo – Anna Daudzward
3. Już od dzisiaj Ci się uda – **T**echnologia **L**ubi **C**uda – Jak czynić cuda w leczeniu ran – Adriana Łaguna, Agnieszka Wojciechowska
4. Czysta rana warunkiem powodzenia terapeutycznego – dr n. farm. Przemysław Dalkowski, Sebastian Chmielewski

Konferencji przyświecał jeszcze jeden cel. Było nim wsparcie 3 letniego Krzysia z Radomia, chorego na nieuleczalną chorobę EB (Epidermolysis bullosa – pęcherzowe oddzielanie się naskórka). Ciało chłopca jest delikatne jak skrzydła motyla. Nawet naturalny odruch zaciśnięcia dłoni powoduje powstawanie ran podobnych do oparzeń 2 i 3 stopnia. Rany powstają również w jamie ustnej i w przełyku. Krzyś ciągle zmaga się z bólem i walczy o w miarę normalne życie. Chłopiec musi przez cały czas stosować opatrunki specjalistyczne, które zabezpieczają jego skórę przed urazami i przyspieszają gojenie ran, które już powstały. Dzisiaj miesięczna pielęgnacja kosztuje ok. 6 tys. złotych, co jest ogromną kwotą, dlatego BARDZO DZIĘKUJEMY UCZESTNICZĄCYM W KONFERENCJI za wsparcie akcji zbierania zakrętek, które później zostaną wymienione na złotówki, za które będzie możliwy zakup m.in. bandaży, igieł, opatrunków i innych produktów niezbędnych w pielęgnacji Krzysia.

DZIAŁ PRAWNY

RODO, A ODPOWIEDZIALNOŚĆ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Czym jest RODO?
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tj. ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
Data rozpoczęcia stosowania to 25 maja 2018 r.
Dlaczego wprowadzono RODO?
Zgodnie z treścią preambuły do rozporządzenia, akt ten został przyjęty ze względu na postęp techniczny i globalizację, czyli zagrożenia związane z przepływem danych osobowych osób fizycznych, głównie związanymi z działaniem w Internecie, a także z różnicami w ochronie danych osobowych obywateli państw członkowskich UE.
Cel wprowadzenia RODO:
- ochrona danych osobowych każdego obywatela.
Co zastąpiło RODO w Polsce?
- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 ze zm.) oraz wiele rozporządzeń do tej ustawy,
- dyrektywa 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych.
Dla pielęgniarek i położnych RODO nie jest czymś nieznanym, gdyż posiadamy akty prawne obowiązujące w naszym zawodzie, zapewniające poczucie bezpieczeństwa informacji:
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej art. 17
- Kodeks Etyki Zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 r.,
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.

Czym jest bezpieczeństwo informacji?
To zapewnienie poufności, integralności i dostępności informacji, przy zachowaniu autentyczności, niezaprzeczalności i policzalności działań wymaganych dla jednostki ochrony zdrowia.
Poufność informacji – zapewnienie, że informacje nie są udostępniane nieupoważnionym podmiotom.
Integralność informacji – zapewnienie, że informacje nie zostały zmienione lub zniszczone w sposób nieautoryzowany.
Dostępność informacji – zapewnienie, że osoby upoważnione mają dostęp do informacji, gdy zaistnieje taka potrzeba.
Autentyczność informacji – zapewnienie, że pochodzenie lub zawartość informacji jest taka, jak deklarowana.
Niezaprzeczalność informacji – zapewnienie, że brak jest możliwości zanegowania swego uczestnictwa w całości lub w części wymiany informacji przez jeden z podmiotów uczestniczących w tej wymianie.
Rozliczalność informacji – zapewnienie, że działania podmiotu mogą być przypisane w sposób jednoznaczny tylko temu podmiotowi.
Co w placówkach medycznych służy zapewnieniu bezpieczeństwa informacji?
- ludzie,
- zapewnienia techniczne i organizacyjne (akty wewnętrzne, procedury, instrukcje, regulaminy), zapewnienie przejrzystej struktury organizacyjnej,
- posiadanie certyfikatów jakości, akredytacji, które nakazują bieżący przegląd prawidłowego funkcjonowania organizacji,
- sprawne funkcjonowanie sprzętu i oprogramowania komputerowego służącego do przetwarzania informacji,
- zwrócenie uwagi na bezpieczeństwo informacji związanych z działalnością podmiotu leczniczego przetwarzanych poza siedzibą podmiotu leczniczego, w szczególności zdalny dostęp do systemów informatycznych placówki medycznej i informacji na urządzeniach mobilnych.

Rodzaje informacji
- informacje szczególnie chronione:
- Dokumentacja zawierająca dane osobowe, które podlegają ochronie. Mogą być dostępne tylko dla upoważnionych pracowników placówek medycznych.
- Dokumentacja związana z pacjentami placówki medycznej, dokumentacja medyczna oraz inne dokumenty zawierające dane osobowe oraz informacje o stanie zdrowia pacjentów.
- Dokumentacja w sprawach związanych z zatrudnieniem, akta osobowe wszystkich osób związanych ze świadczeniem czynności na rzecz podmiotu leczniczego.

- informacje chronione:
- Dokumentacja księgowa i finansowa.
- Dokumentacja dotycząca umów z kontrahentami.
- Informacje organizacyjne (pisma, decyzje, postanowienia, zalecenia pokontrolne, opinie prawne etc.).

- informacje do użytku wewnętrznego: dokumentacja publikowana w intranecie.
- informacje jawne: publikowane w stronach WWW, dostępne w formie wydruków, przekazywane innym jednostkom.

Czym jest naruszenie bezpieczeństwa informacji?
Jest to pojedyncze zdarzenie lub seria zdarzeń, które zagrażają poufności, dostępności lub integralności informacji.
Czym jest bezpieczeństwo danych osobowych?
- Przetwarzanie danych osobowych odbywa się za zgodą osoby, której

dane dotyczą i podlegają ochronie informacji.
- Odpowiedzialność za przetwarzanie danych osobowych ponosi pracownik, podlegający obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej, co oznacza, że jeśli dane przetwarza pracownik, nie objęty klauzulą zachowania tajemnicy, np. sekretarka medyczna – odpowiedzialność ponosi osoba zlecająca przetwarzanie, czyli lekarz lub pielęgniarka, bądź ordynator, jeśli taką organizację pracy wprowadził w oddziale.
- Uprawnienia do dostępu i przetwarzania informacji – istotny element zachowania bezpieczeństwa danych osobowych:

- Zasada celowości i minimalizacji przy nadawaniu uprawnień do przetwarzania danych osobowych oznacza, że zakres nadawanych uprawnień powinien być zgodny z celem przetwarzania danych i jednocześnie minimalny, aby ten cel osiągnąć.
- Przydział uprawnień powinien być zgodny z zakresem działalności medycznej i podlegać modyfikowaniu uprawnień.
- Dopasowanie uprawnień do roli i funkcji pracownika.

Polityka ochrony danych przykłady:

- W pomieszczeniach, w których przetwarzane są dane osobowe bez nadzoru, mogą przebywać jedynie osoby, które posiadają upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.
- Na biurkach widnieją jedynie dokumenty, które są niezbędne do załatwienia bieżącej sprawy, pozostałe dokumenty zabezpieczone są przed wglądem do nich przez osoby postronne.
- Zakazuje się załatwiania spraw, udzielania informacji na temat spraw związanych z danymi osobowymi w miejscach do tego nie-wyznaczonych tzn. na korytarzach, w poczekalniach itp.
- Po zakończeniu pracy wszystkie dokumenty zawierające dane osobowe powinny zostać uporządkowane i schowane do szafy zamykanej na klucz – zasada czystego biurka.
- Zakazuje się sporządzania kopii dokumentów papierowych zawierających dane osobowe i wynoszenia ich poza siedzibę placówki, wyjątek dokumenty takie zostały zaewidencjonowane i odnotowano taki przypadek w ewidencji, przy jednoczesnym sporządzeniu ich kopii.
- Wszystkie dokumenty papierowe zawierające lub mogące zawierać dane osobowe niszczone są w niszczarce.
- Konieczność corocznej archiwizacji dokumentów w celu oceny czy nie ustały przesłanki do przetwarzania danych osobowych w tych dokumentach.
- Korzystanie jedynie z legalnego oprogramowania na komputerach i systemach informatycznych
- Zabrania się korzystania z oprogramowania prywatnego i instalowania prywatnych plików typu zdjęcia, filmy na sprzęcie komputerowym będącym w sieci placówki.
- Każdy użytkownik systemu powinien pracować na indywidualnym loginie i haśle, które jest zmieniane co 30 dni; hasło powinno się składać z co najmniej 8 znaków i nie powinno się powtórzyć wcześnie niż po 24 miesiącach.
- Zabrania się przekazywania haseł innym użytkownikom.
- Zabrania się pozostawiania zapisanych haseł na stanowiskach pracy.
- Monitory powinny być ustawione w taki sposób, aby osoby postronne nie miały wglądu na ekran.
- Zabrania się wchodzenia na strony internetowe, które nie są wykorzystywane do zadań pracowniczych.
- Zabrania się otwierania plików z poczty elektronicznej niewiadomego pochodzenia – w szczególności spakowanych.
- Zabrania się używania pendrivów lub innych nośników spoza tych będących własnością placówki.
- Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana w szafkach zamykanych na klucz.
- Należy po opuszczeniu gabinetu lekarskiego/pielęgniarskiego zamykać drzwi na klucz.
- Pacjentów należy wywoływać w miarę możliwości bez użycia nazwiska, czyli po imieniu bądź numerze przydzielonym w rejestracji.

W jednostce opieki zdrowotnej niezależnie od jej rodzaju, wszystkich świadczeniodawców obowiązuje przestrzeganie praw pacjenta i ochrona danych osobowych.

W zakresie ochrony danych osobowych pacjentowi przysługuje prawo skargi.

Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej za naruszenie praw pacjenta i ochrony danych osobowych ma charakter karny, cywilny, dyscyplinarny i zawodowy.

Sankcje wynikające z RODO

Możliwe kary:

Do 10 milionów euro lub do 2% wartości rocznego światowego obrotu przedsiębiorstwa;

Do 20 milionów euro lub do 4% wartości rocznego światowego obrotu przedsiębiorstwa;

Do 100 tys. złotych kary administracyjnej za naruszenia spowodowane przez administrację publiczną.

mgr Marzena Tomczak
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Opracowano na podstawie Materiałów szkoleniowych Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 17 – 18 września 2018 r.

PRZEWODNIK PO RODO DLA SŁUŻBY ZDROWIA

Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Cyfryzacji przygotowały "***Przewodnik po RODO dla służby zdrowia".*** Jest to efekt prac zespołu zadaniowego ds. ochrony zdrowia działającego w ramach Grupy Roboczej ds. Ochrony Danych Osobowych utworzonej w Ministerstwie Cyfryzacji.

Przewodnik po RODO dla służby zdrowia jest pierwszym z pięciu materiałów wydanych przez Grupę. Jest to niezmiernie ważne opracowanie, dlatego że za każdym razem, gdy dochodzi do błędnego zrozumienia przepisów ochrony danych osobowych w szpitalach bądź przychodniach, cierpią na tym pacjenci.

W materiale znajdują się odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania dotyczące RODO, m.in. o metody rejestracji pacjentów z poszanowaniem ich prywatności, o kwestie związane z opisywaniem leków danymi pacjenta czy o zagadnienia dotyczące możliwości zamieszczania tabliczek ze specjalnością lekarza na drzwiach gabinetów.

Przewodnik jest zamieszczony na stronie internetowej http://oipip-bp.pl/przewodnik-po-rodo-w-sluzbie-zdrowia/

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA ZMIENIAJĄCE ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU LECZENIA SZPITALNEGO

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające **rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego** zostało podpisane 11 października, zaś opublikowane 19 października. Rozporządzenie wchodzi w życie od 1 stycznia 2019 r., jednak przewidziano też okresy przejściowe na dostosowanie się do zmian.

Według ministerstwa nowe przepisy będą lekiem na "problem braku jednolitego minimalnego standardu obsady personelu pielęgniarskiego i położniczego na oddziałach szpitalnych".

W uzasadnieniu do projektu resort zdrowia podkreślił, że "rozporządzenie wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewniając dostępność i utrzymując odpowiednią jakość świadczeń. **Pielęgniarki i położne** są zatrudnione w podmiotach leczniczych i udzielają świadczeń gwarantowanych zgodnie z kompetencjami".

- Wskazanie dla podmiotów leczniczych wymogu zapewnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do: zapewnienia jakości świadczeń udzielanych przez pielęgniarki oraz położne samodzielnie tj. świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia, zapewnienia udziału pielęgniarek i położnych w świadczeniach realizowanych przez lekarzy i innych pracowników wykonujących zawody medyczne, zmniejszenia liczby powikłań i zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz związanych z tym kosztów, zmniejszenia liczby błędów medycznych, a co za tym idzie zmniejszenia kosztów związanych z ordynacją i dystrybucją produktów leczniczych, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pielęgniarek/położnych, racjonalnego zarządzania zasobami ludzkimi, planowania środków finansowych na zadania wykonywane przez pielęgniarki/położne - uzasadnia MZ.

- Natomiast w sytuacji niewystarczającej liczby pielęgniarek/położnych może dochodzić do między innymi do następujących zdarzeń: wydłużenia hospitalizacji, zwiększenia liczby powikłań np. zapalenia płuc, zakażenia odcewnikowe, odleżyny, zwiększenia liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych, zwiększenia liczby upadków, zwiększenia śmiertelności pacjentów, zwiększenia liczby błędów medycznych a w konsekwencji ponownych hospitalizacji – wskazał resort zdrowia.

Ile pielęgniarek brakuje?

Portal pielęgniarki.info.pl poinformował, że MZ oszacował liczbę brakujących etatów pielęgniarskich.

- W celu zaadresowania tego problemu Minister Zdrowia w treści przedmiotowego projektu zawarł odpowiednie okresy przejściowe pozwalające świadczeniodawcom na dostosowanie się do planowanych zmian. Dostosowanie się przedsiębiorców realizujących świadczenia gwarantowane będzie w dużej mierze polegała na zmianach organizacyjnych dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych. Koszty związane z zatrudnieniem personelu przez część świadczeniodawców niespełniających proponowanych norm będą tożsame z oszczędnościami wygenerowanymi przez inne podmioty lecznicze, zatrudniające nadliczbowy personel - czytamy.

A co z kosztami?

- Niemniej jednak przyjmując, iż wszystkie podmioty, które po wprowadzeniu norm miałyby problemy z ich spełnieniem musiałyby zatrudnić łącznie dodatkowo personel na 6 868 etatach. Przyjmując, iż średnie ważone wynagrodzenie brutto pielęgniarki/położnej bez specjalizacji oszacowane w wyniku przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia badania ankietowego dotyczącego wysokości wynagrodzeń pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych (stan na marzec 2016 r.) wyniosło 3 647 PLN, można oszacować sumaryczny wpływ regulacji na budżety podmiotów medycznych w ujęciu rocznym na około 300 mln zł - poinformował resort zdrowia.

http://www.politykazdrowotna.com/37946,normy-zatrudnienia-pielegniarek-i-poloznych-juz-opublikowane

DZIENNIK USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Warszawa, dnia 19 października 2018 r.
Poz. 2012

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]
z dnia 11 października 2018 r.
zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.[2)]) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 4:
   a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej świadczeniodawca zapewnia w zakresie kwalifikacji personelu:

1) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonemu w harmonogramie pracy – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej;

2) obecność co najmniej dwóch pielęgniarek lub położnych na każdy stół operacyjny odpowiadającą czasowi udzielania świadczeń określonemu w harmonogramie pracy – pielęgniarka specjalista lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie tych szkoleń, lub pielęgniarka z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub położna z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów.”, b) w ust. 5 w pkt 1 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonemu w harmonogramie pracy – pielęgniarka lub położna odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń;”;

2) w § 5 uchyla się ust. 4;

3) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części I. „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej”:
   a) w lp. 1 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

   b) w lp. 4 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej.	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej.

c) w lp. 5 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.	Równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.

d) w lp. 6 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.

e) w lp. 7 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

f) w lp. 8 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

g) w lp. 9 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

h) w lp. 10 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub onkologicznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub onkologicznego.

i) w lp. 11 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.

j) w lp. 12 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.

k) w lp. 13 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

l) w lp. 14 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej.	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej.

m) w lp. 15 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

n) w lp. 16 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

o) w lp. 17: - po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej lub pielęgniarka po kursie specjalistycznym w dziedzinie edukator w cukrzycy. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielę-	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej lub pielęgniarka po kursie specjalistycznym w dziedzinie edukator w cukrzycy. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniar-

	gniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego.	stwa diabetologicznego lub pediatrycznego.

– w kolumnie 3 w części „Pozostały personel" w pkt 2 średnik zastępuje się kropką i uchyla się pkt 3,

p) w lp. 18 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego.	W przypadku leczenie dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego.

q) w lp. 19 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

r) w lp. 20 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej.	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej.

s) w lp. 21 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.

t) w lp. 22 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

u) w lp. 23 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub kardiologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub kardiologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub chirurgicznego, lub kardiologicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub kardiologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego.

v) w lp. 24:

– w części A. „Leczenie osób, które ukończyły 18. rok życia" po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.

– w części B. „Leczenie osób, które nie ukończyły 18. roku życia" po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.

w) w lp. 25 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub nefrologicznego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub nefrologicznego z dializoterapią, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub nefrologicznego z dializoterapią, lub internistycznego.

x) w lp. 26 w kolumnie 3 część „Pielęgniarki lub położne” otrzymuje brzmienie:
„Równoważnik co najmniej 0,8 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko (stanowisko) noworodkowe (w tym w systemie „matka z dzieckiem”), w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczego, lub ginekologiczno-położniczego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub ginekologiczno-położniczego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.”,

y) w lp. 27 część „Pielęgniarki i położne” obejmująca kolumny 2 i 3 otrzymuje brzmienie:

Pielęgniarki lub położne	Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze: 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka, 2) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji, 3) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego – w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczego, lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub ginekologiczno-położniczego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.

z) w lp. 28 w kolumnie 3 część „Pielęgniarki lub położne” otrzymuje brzmienie:
„Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze:
1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,
2) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
3) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego - w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczego, lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub ginekologiczno-położniczego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.”,

za) w lp. 29 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifika-	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoter-

	cyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.	minowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.

zb) w lp. 30 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.

zc) w lp. 31 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

zd) w lp. 32 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub onkologicznego.

ze) w lp. 33 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego.	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego.

zf) w lp. 34 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

zg) w lp. 35 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.

zh) w lp. 36 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

zi) w lp. 37:

– po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki lub położne" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.

– w części „Organizacja udzielania świadczeń" w kolumnie 3 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń.",

– w części „Pozostałe wymagania" w kolumnie 3 w pkt 7 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 8 i 9 w brzmieniu:

„8) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

9) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.",

– w części „Pozostałe wymagania" w kolumnie 4 w pkt 3 kropkę zastępuję się średnikiem oraz dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

„4) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

5) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.",

zj) w lp. 38:

– po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki lub położne" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.

– w części „Organizacja udzielania świadczeń" w kolumnie 3 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń.",

– w części „Pozostałe wymagania" w kolumnie 3 w pkt 8 kropkę zastępuję się średnikiem oraz dodaje się pkt 9 i 10 w brzmieniu:

„9) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

10) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.",

zk) w lp. 39:

– po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki lub położne" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.

– w części „Organizacja udzielania świadczeń" w kolumnie 3 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń.",

– w części „Pozostałe wymagania" w kolumnie 3 w pkt 12 kropkę zastępuję się średnikiem oraz dodaje się pkt 13 i 14 w brzmieniu:

„13) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

14) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.",

zl) w lp. 40 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki lub położne" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.

zm) w lp. 41 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

zn) w lp. 42 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

zo) w lp. 43 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

zp) w lp. 44 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki.

zq) w lp. 45 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa transplantacyjnego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa transplantacyjnego lub chirurgicznego.

	W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub transplantacyjnego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub transplantacyjnego.

zr) w lp. 46 po części „Lekarze" dodaje się część „Pielęgniarki" obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub chirurgicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub zachowawczego, lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub chirurgicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub zachowawczego, lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią.

zs) w lp. 50 część „Pielęgniarki" obejmująca kolumny 2 i 3 otrzymuje brzmienie:

Pielęgniarki lub położne	Przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków lub w zakresie przygotowania i podawania leków przeciwnowotworowych u dorosłych lub po kursie specjalistycznym w zakresie opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów (równoważnik 3 etatów).

4) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części II. „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie leczenia jednego dnia" w lp. 10 część „Pielęgniarki" otrzymuje brzmienie:

Pielęgniarki lub położne	Przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków lub w zakresie przygotowania i podawania leków przeciwnowotworowych u dorosłych lub po kursie specjalistycznym w zakresie opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów (równoważnik 3 etatów).

§ 2. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej w przypadku leczenia dzieci są obowiązani w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 30 czerwca 2019 r. zapewnić, aby równoważnik etatu na 1 łóżko nie był niższy niż:

1) 0,6 w odniesieniu do oddziałów określonych w § 1 pkt 3 lit. a, k, m–q, t, v–x, zb, zd, zh, zm i zp;
2) 0,7 w odniesieniu do oddziałów określonych w § 1 pkt 3 lit. c, d, h–j, u, za, zc, zf, zg, zq i zr.

2. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej są obowiązani dostosować się do warunków szczegółowych, o których mowa w § 1 pkt 3 lit. a–zr, w zakresie, w jakim warunki te dotyczą zapewnienia równoważnika co najmniej 2 etatów pielęgniarek lub położnych o odpowiednich kwalifikacjach w zakresie specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych, nie później niż w terminie do dnia 31 grudnia 2021 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1:

1) lit. a w zakresie § 4 ust. 4 pkt 1,
2) lit. b

– które wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *Ł. Szumowski*

ZASADY ROZLICZANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

29-10-2018

W związku z licznymi pytaniami kierowanymi do Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wprowadzonych od września br. zmian zasad rozliczania kwot zobowiązań związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi przez pielęgniarki i położne, Narodowy Fundusz Zdrowia uprzejmie informuje:

W celu implementacji postanowień zamieszczonych w Ocenie Skutków Regulacji do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1681), w dniu 25 września 2018 r., wydane zostało zarządzenie Nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

Mocą przepisów ww. zarządzenia zwiększono wolumen środków przekazywanych świadczeniodawcom realizującym świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wynikającym z przedmiotowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r., tj. w zakresie pozostałych składników wynagrodzenia oraz pochodnych od tych składników leżących po stronie pracodawcy.

Ww. środki przekazywane są zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.). Środki te przekazywane są jako wyodrębnione pozycje umowy (produkt rozliczeniowy – koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie zmieniające ogólne warunki umów w określonych zakresach świadczeń). Cena przedmiotowego produktu rozliczeniowego została ustalona na podstawie danych zamieszczonych w Ocenie Skutków Regulacji do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r., i ma charakter stały.

Biorąc pod uwagę powyższe, środki przekazywane świadczeniodawcom stanowią iloczyn liczby etatów pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie stosunku pracy oraz stałej ceny ww. produktu rozliczeniowego określonej w załączniku do zarządzenia Nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W sytuacji przekazania – zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. – pielęgniarkom i położnym środków zwiększających wynagrodzenie zasadnicze, kwota środków ustalona w powyższy sposób, nie podlega zwrotowi do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto, wskazać należy, że oświadczenie potwierdzające realizację porozumienia albo pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału środków albo określonego przez świadczeniodawcę sposobu podziału tych środków, którego wzór określony został w załączniku do zarządzenia Nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, nie obejmuje środków pochodzących z produktu rozliczeniowego – koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie zmieniające ogólne warunki umów.

http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/zasady-rozliczania-swiadczen-opieki-zdrowotnej-udzielanych-przez-pielegniarki-i-polozne,7230.html

USTAWA O ASYSTENTACH MEDYCZNYCH

Od 23 października 2018r. asystent medyczny będzie mógł m.in. wystawiać e-zwolnienia. Lekarz będzie mógł do tego upoważnić osobę wykonującą zawód medyczny lub czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. pielęgniarkę, ratownika medycznego bądź sekretarkę medyczną do wystawiania e-ZLA w swoim imieniu). Zmiana ma zoptymalizować pracę lekarzy, którzy będą mogli więcej czasu poświęcić pacjentom.

Dane osób upoważnionych trafią do nowo utworzonego Rejestru Asystentów Medycznych. Zakład Ubezpieczeń Społecznych natomiast zweryfikuje, czy asystent z tego rejestru ma profil PUE ZUS, który jest niezbędny do sporządzania elektronicznych zwolnień. Jeśli nie ma takiego profilu, będzie musiał go założyć.

Asystent medyczny będzie mógł wprowadzić dane zaświadczenia do elektronicznego systemu i samodzielnie je podpisać. Upoważnienie dla asystenta może być wystawione na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Później można udzielać kolejnych upoważnień, też na nie dłużej niż jeden rok. Upoważnienie takie może być cofnięte w każdej chwili.

https://serwiszoz.pl/zmiany-w-prawie-86

OPIEKA KOORDYNOWANA

Utworzenie zespołów POZ, w skład których wejdą lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ to jedna z ważniejszych zmian proponowanych w projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Sprawdź, jakie wymagania muszą spełnić członkowie zespołów i na jakich zasadach będą tworzone.

Koordynację opieki nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia w drugiej połowie tego roku zapewni **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** (dalej lekarz POZ), który w tym zakresie będzie współpracować z **pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej** (dalej pielęgniarka POZ) oraz **położną podstawowej opieki zdrowotnej** (dalej położna POZ). Stworzą oni **zespół podstawowej opieki zdrowotnej** (dalej zespół POZ).

Każda z osób wchodzących w skład zespołu POZ będzie musiała mieć odpowiednie kwalifikacje.

Lekarzem POZ, zgodnie z nowymi przepisami ustawy o opiece zdrowotnej, która jest obecnie w konsultacjach, będzie mógł być lekarz, który:

- ma tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- ma specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej.

Przepisy przejściowe dotyczące kwalifikacji lekarzy

Ze względu na niedobór kadry lekarskiej, która ma specjalizację w dziedzinie medycyna rodzinna, przepisy przejściowe zawarte w projektowanej ustawie mówią, że lekarzem POZ będzie mógł być także lekarz, który:

- ma specjalizację II stopnia,
- tytuł stopnia inny niż specjalista medycyny rodzinnej bądź ogólnej,
- specjalizację I stopnia, jeżeli udzielał świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie przepisów nowej ustawy, przez okres nie krótszy niż 3 lata i udzielał tych świadczeń również w momencie wejścia w życie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

Ponadto lekarzem POZ, jednak jedynie **do 31 grudnia 2025 r.**, będzie także lekarz, który ma specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty, w innych dziedzinach niż medycyna rodzinna i medycyna ogólna, jeżeli w dniu wejścia w życie ustawy udzielał świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód w placówce, z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Proponuje się utworzenie zespołów POZ, w skład których wejdą lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Mogą oni pracować w różnych placówkach medycznych, gdyż będzie obowiązywać zasada składania odrębnych deklaracji wyboru poszczególnych członków zespołu.

Nowe wymagania wobec pielęgniarki i położnej

Określone wymagania kwalifikacyjne ustawa nakłada również na pielęgniarkę i położną, które chcą być pielęgniarką POZ i położną POZ. **Pielęgniarka POZ** musi bowiem mieć tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, internistycznego lub opieki długoterminowej, bądź ukończyć lub odbywać kurs kwalifikacyjny albo szkolenie specjalizacyjne w jednej ze wskazanych dziedzin, lub mieć tytuł magistra pielęgniarstwa.

Podobne wymagania ustawodawca nałożył na **położną POZ.** Jednak w jej przypadku wystarczy, aby miała ona tytuł specjalisty, bądź odbyła kurs lub szkolenie jedynie w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Posiadanie tytułu magistra położnictwa będzie również uprawniać do podjęcia pracy jako położna POZ. Tak samo, jak w przypadku lekarzy POZ, ochrona zdrowia zmaga się z niedoborem osób ze specjalizacjami, które pielęgniarka POZ musi mieć zgodnie z projektowaną ustawą. Dlatego proponuje się, aby pielęgniarką POZ była również pielęgniarka udzielająca w dniu wejścia w życie ustawy świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, bądź która ukończyła, ewentualnie odbywa, kurs w tym zakresie, lub odbywa szkolenie specjalizacyjne we wskazanych dziedzinach.

Położną POZ będzie również położna udzielająca w dniu wejścia w życie ustawy świadczeń zdrowotnych w podstawowej opieki zdrowotnej, która ma tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo ukończyła kurs kwalifikacyjny w owych dziedzinach.

Jak będą funkcjonować zespoły POZ

Placówka medyczna udzielająca świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej będzie zobowiązana do zapewnienia możliwości reali-

zacji postępowania dla każdego z członków zespołu POZ, zwłaszcza przez zapewnienie pacjentom dostępu do opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu pacjenta, oraz badań diagnostycznych.

W rozporządzeniu minister zdrowia określi z kolei zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ. Zasady dotyczące prawa wyboru placówki udzielającej świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej mają pozostać bez zmian w stosunku do obowiązujących regulacji w tym zakresie. Utrzymano bowiem zasadę składnia odrębnych deklaracji odnośnie każdego członka zespołu. A zatem osoby wchodzące w skład zespołu POZ nie będą musiały podlegać tej samej placówce.

Zespół POZ ma realizować wszelkie zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Udzielane świadczenia mają być ciągłe oraz kompleksowe. Współpraca członków zespołu POZ będzie polegać przede wszystkim na udzielaniu wzajemnych konsultacji, przekazywaniu informacji o pacjencie oraz podejmowaniu wspólnych działań, które są niezbędne do zachowania profilaktyki, zdrowia, rozpoznania i leczenia chorób oraz usprawnienia pacjenta.

Członkowie zespołu POZ będą zobowiązani przede wszystkim do przekazywania sobie wzajemnie informacji dotyczących rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, łącznie z okresem ich stosowania oraz sposobem dawkowania, a także terminów wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym również tych wykraczających poza podstawową opiekę zdrowotną.

Jacy inni specjaliści wspomogą zespół

Poza obowiązkiem ścisłej współpracy między sobą, członkowie zespołu POZ **będą współpracować** również z **pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania**, w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Współpraca ta ma polegać m.in. na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji dotyczących pacjenta oraz podejmowaniu wspólnych działań na rzecz ochrony zdrowia. W ramach koordynacji opieki zdrowotnej nad pacjentem, zespół POZ i poszczególni jego członkowie współpracują z **osobami udzielającymi świadczeniobiorcy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych** (m.in. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki długoterminowej), **specjalistami w obszarze zdrowia publicznego, przedstawicielami instytucji i organizacji** działających na rzecz zdrowia oraz **dyrektorami szkół i innych placówek**, np. młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Współpraca w tym przypadku również ma polegać na udzielaniu porad, przekazywaniu niezbędnych informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań mających na celu zachowanie zdrowia i profilaktykę.

Kto będzie objęty indywidualnym planem leczenia

W projektowanych przepisach proponuje się również zapewnienie przez lekarza POZ **zintegrowanej opieki nad pacjentem z chorobami przewlekłymi**. Wykaz chorób przewlekłych, sposób organizacji opieki w chorobach przewlekłych w ramach opieki zintegrowanej oraz organizacja współpracy zespołu POZ z osobami udzielającymi świadczeniobiorcy specjalistycznych świadczeń zdrowotnych ustali minister zdrowia w rozporządzeniu. Jednak już w ustawie znalazła się regulacja, która mówi, że opieka zintegrowana ma być prowadzona na podstawie **indywidualnego planu leczenia** oraz obejmie **zapewnienie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych** w ramach umów zawartych z NFZ. Istotne jest również, że na opiekę zintegrowaną pacjent będzie musiał wyrazić zgodę przez złożenie stosownego oświadczenia, które następnie powinno zostać dołączone do jego dokumentacji medycznej. Wyrażenie tej zgody będzie jednocześnie rezygnacją pacjenta z możliwości wyboru lekarza specjalisty w zakresie objętym opieką zintegrowaną.

Projektowana ustawa ma wejść w życie 1 lipca 2017 r. Jednak umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawarte wcześniej, zachowają ważność do końca okresu, na który je zawarto. Podobnie deklaracje wyboru złożone przed tą datą.

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) ma kompleksowo regulować zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń POZ. Proponowane zmiany dotyczą m.in. kwalifikacji osób udzielających świadczeń POZ, organizacji udzielania świadczeń, koordynacji opieki nad pacjentem.

Autor: Dorota Kaczmarczyk, radca prawny przy okręgowej Izbie Radców Prawnych w Krakowie

Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

Z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów "Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

Spacer w przepięknym zimowym plenerze można połączyć ze zbieraniem roślin leczniczych – jemioły czy jałowca. Na pozyskiwanie kory, np. z brzozy i wierzby, bardzo dobrym okresem jest zwłaszcza koniec zimy.

Rośliny lecznicze, z których pozyskuje się surowce podczas zimowych miesięcy, zwykle znajdują zastosowanie w domowej apteczce. Tylko niektórych, np. jałowca, można używać również w kuchni. Poszczególne części roślin najlepiej pozyskiwać przy stosunkowo ciepłej i słonecznej pogodzie. Termin i sposób zbioru zależy oczywiście od części rośliny, który zamierzamy zebrać.

Termin zimowych zbiorów roślin leczniczych

GATUNEK	CZĘŚĆ ROŚLINY	TERMIN ZBIORÓW	WARUNKI SUSZENIA
Jałowiec	owoce	XI-XII	w temp. do 35 st. C
Jemioła	ziele	XI-II	w temp. do 25 st. C
Sosna	pąki, młode pędy	II-III	w temp. do 35 st. C
Wierzba	kora	II-IV	w temp. pokojowej
Kasztanowiec	kora	II-IV	w temp. pokojowej
Kalina	kora	II-IV	w temp. pokojowej
Kruszyna	kora	II-IV	w temp. pokojowej
Jesion	kora	II-IV	w temp. pokojowej

Korę najlepiej jest pozyskiwać w czasie, gdy roślina po okresie zimowego spoczynku już puści soki. Wtedy między korą a drewnem pojawia się miazga, która pozwala na łatwiejsze oddzielenie surowca. Taki okres korzystny dla zbiorów przypada zwykle na koniec zimy (po roztopach) i początek wiosny. Korę należy pozyskiwać z młodszych gałęzi, ostrożnie zdejmując ją nożem.

Zgodnie z prawem w przypadku wielu drzew i krzewów rosnących w stanie naturalnym korę można pozyskiwać jedynie z gałęzi ściętych po wyrębach, Oczywiście nie należy przesadzać z okorowaniem roślin, ponieważ może to doprowadzić do ich uschnięcia. Choć dotyczy to tylko nielicznych roślin, zimą można zbierać także owoce. W przypadku jałowca powinny to być owoce w pełni dojrzałe – wtedy łatwo odpadają i zbiór przebiega bez większych problemów. Gorzej jest w przypadku jemioły. Pomimo że jemiołę łatwo można strącić lub w inny sposób oddzielić od rośliny-żywiciela, zwykle niestety wyrasta wysoko na koronach drzew. Zbiór wykonuje się więc z użyciem drabin, długich sekatorów oraz tyczek. Natomiast pączki (w tym przypadku sosny) należy zbierać, gdy rozwinęły się częściowo, ale nie zaczęły jeszcze pękać. Wtedy bowiem zawierają najwięcej wartościowych substancji.

Właściwości lecznicze jałowca, jemioły, sosny, wierzby, kasztanowca, kaliny, kruszyny i jesionu

Jałowiec – owoce działają moczopędnie, bakteriobójczo, żółciotwórczo i odkażająco. Wspomagają leczenie niewydolności wątroby, stanów zapalnych dróg moczowych i zaburzeń trawienia. Łyżkę owoców wystarczy zalać wrzątkiem i trzymać pod przykryciem przez ok. 15 minut. Jałowiec jest też cenioną przyprawą.

Jemioła – wspomaga leczenie nadciśnienia, miażdżycy i zaburzeń rytmu serca. Domowym sposobem z ziela przyrządza się macerat. Łyżkę rozdrobnionej jemioły należy zalać ciepłą wodą i macerować (np. mieszając) przez ok. 20 minut. Po przecedzeniu pić szklankę dziennie.

Sosna – z pączków warto przyrządzić syrop na dolegliwości oskrzeli, gardła, krtani i na kaszel. 50 g świeżych pączków należy zmiażdżyć i zasypać cukrem. Po 2 lub 3 tygodniach dokładnie wymieszać i odstawić na kolejne 2 tygodnie. Po tym czasie syrop jest gotowy do użycia.

Wierzba – odwary z kory stosuje się na gorączkę, reumatyzm, przy grypie, katarze i przeziębieniu. Łyżkę kory należy zagotować w szklance wody i trzymać na małym ogniu pod przykryciem przez ok. 5 minut. Po wystygnięciu pić szklankę dziennie.

Kasztanowiec – korę kasztanowca stosuje się w mieszance z korą kruszyny oraz zielem bratka. Preparat działa na hemoroidy.

Kalina – z kory nie tylko przyrządza się odwary, ale można też wyprodukować nalewkę. Picie nalewki z kaliny pomaga przy bolesnej miesiączce i dolegliwościach jelit, woreczka żółciowego oraz układu moczowego. 100 g rozdrobnionej kory należy zalać 0,5 l wódki i 0,5 l wody. Całość szczelnie zamknąć w pojemniku i przez 2 tygodnie codziennie wstrząsać. Po przecedzeniu lek na bazie alkoholu jest gotowy do użycia. Należy przechowywać go w lodówce.

Kruszyna – zwykle jest stosowana jako naturalny środek przeczyszczający. Łyżkę rozdrobnionej kory należy zalać wodą i gotować przez 15 minut. Po wystygnięciu tak przygotowany odwar jest gotowy do użycia.

Jesion – odwar z kory jest stosowany w zaburzeniach trawienia, przeciw wzdęciom, jako środek na gorączkę i reumatyzm. Łyżkę rozdrobnionej kory należy zalać szklanką wody i gotować przez 5 minut. Pić szklankę dziennie.

miesięcznik "Zdrowie"

Referaty

KOBIETY PROKREACJA A HIV

Anna Migasiuk położna specjalista pielęgniarstwa ginekologicznego
Oddz. Ginekologiczno- Położniczy WSzS w Białej Podlaskiej

Od początku epidemii, zakażeniu HIV uległo ponad 15,4 mln kobiet na świecie, co stanowi 50% z 33,2 mln osób żyjących obecnie z HIV. Z powodu szczególnej podatności kobiet na zakażenie HIV, częstość infekcji wśród kobiet na świecie rośnie. Liczba kobiet seropozytywnych zwiększa się zarówno w krajach uprzemysłowionych jak i rozwijających się. W Afryce Subsaharyjskiej na pięciu mężczyzn żyjących z HIV przypada sześć zakażonych kobiet. Cztery piąte wszystkich zakażonych kobiet to mieszkanki Afryki.

W krajach afrykańskich, gdzie 60% nowych przypadków HIV stwierdza się u ludzi młodych (15-24 lata), liczba zakażeń HIV u młodych kobiet dwukrotnie przewyższa liczbę zakażeń u młodych mężczyzn. Ponad cztery piąte wszystkich seropozytywnych kobiet zostaje zainfekowana przez swojego – często jedynego – partnera (męża). Do organizmu pozostałych kobiet, HIV wnika w czasie przetaczania krwi, drogą dożylnych wstrzyknięć (rzadko) lub przez kontakt seksualny z partnerem używającym dożylnych narkotyków. Kobiety zakażone chorobami przenoszonymi drogą płciową (np. rzeżączką), często o tym nie wiedzą, ponieważ infekcja jest bezobjawowa. Obecność chorób przenoszonych drogą płciową ułatwia transmisję HIV. Według ostatnich doniesień niektóre zakażenia przenoszone drogą płciową (np. wirus brodawczaka ludzkiego – HPV) powodują uaktywnienie i wzrost szybkości namnażania się HIV. Nieleczona choroba przenoszona drogą płciową u obojga partnerów, zwiększa dziesięciokrotnie ryzyko zakażenia HIV podczas stosunku bez zabezpieczenia (prezerwatywy).

PODATNOŚĆ KOBIET NA ZAKAŻENIE HIV

Czynniki biologiczne

Według niektórych badań ryzyko transmisji HIV podczas stosunku dopochwowego bez zabezpieczenia jest znacznie większe dla kobiet niż dla mężczyzn (2-4). Kobiety są również bardziej podatne na zakażenia innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. Spowodowane jest to m.in. powiększoną powierzchnią błony śluzowej, eksponowanej na wydzieliny partnera podczas stosunku seksualnego. Ponadto w nasieniu HIV-dodatniego partnera wirus występuje w wyższym stężeniu niż w wydzielinach szyjki macicy i pochwy. Młode kobiety są bardziej narażone na infekcję HIV z powodu mniejszej dojrzałości szyjki macicy oraz skąpej wydzieliny pochwy, co stanowi słabszą barierę dla wirusa. Istnieją również doniesienia, że kobiety po okresie menopauzy łatwiej ulegają zakażeniu.

Uraz i krwawienie na skutek gwałtu, brutalnego seksu, zwiększają ryzyko zakażenia HIV, podobnie jak stosunek analny, preferowany z powodu przekonania, że zachowuje dziewiczość oraz chroni przed ciążą. Podczas stosunku analnego zastaje naruszona śluzówka odbytu, co ułatwia wniknięcie HIV.

czynniki społeczne i ekonomiczne

Działania prewencyjne, których celem jest ograniczenie rozprzestrzeniania HIV, nawołują do wstrzemięźliwości, wierności w związku, używania prezerwatyw, wymiany igieł (przez osoby stosujące narkotyki drogą dożylną) oraz zachęcają do leczenia chorób przenoszonych drogą płciową. Jednakże dla milionów kobiet, szczególnie w krajach rozwijających się, zdolność podjęcia określonych decyzji oraz zachowań jest ograniczona przez warunki socjoekonomiczne. Ubóstwo i trudne warunki społeczne, sprzyjają podejmowaniu ryzykownych zachowań, zmuszają do prostytucji oraz działań przestępczych. Są również przyczyną sięgania po narkotyki, niezależnie od posiadanej wiedzy na temat HIV. Ubóstwo ogranicza także dostęp do opieki medycznej, właściwego leczenia i leków.

ZAKAŻENIA WERTYKALNE

Transmisja HIV z matki na dziecko to główna droga zakażenia dzieci. Co roku w ten sposób zostaje zakażonych na świecie ok. 90% wszystkich osób poniżej 15 r.ż. Ocenia się, że przy braku standardów i programów prewencyjnych, ryzyko zakażenia dziecka przez matkę wynosi od 40 do 60%, zależnie od stopnia zaawansowania choroby u matki oraz poziomu wiremii. Ok. 20% dzieci ulega zakażeniu HIV podczas ciąży, 75% podczas porodu, a 13% po porodzie na skutek karmienia piersią. Stosując popularne testy wykrywające p/ciała anty - HIV nie można stwierdzić czy noworodek został zakażony. We krwi dziecka urodzonego przez matkę HIV – dodatnią, obserwuje się obecność matczynych p/ciał do 18-tego miesiąca życia dziecka. Dlatego też przeprowadzenie tesyu serologicznego nie będzie pomocne we wczesnym potwierdzeniu lub wykluczeniu zakażenia u dziecka.

OPIEKA PRZEDPORODOWA

W prawie wszystkich krajach europejskich, proponuje się badanie w kierunku HIV każdej ciężarnej podczas rutynowej wizyty u lekarza , związanej z ciążą. Wykonanie testu połączone jest z poradnictwem, udzielanym zgodnie ze wszystkimi zasadami. W niektórych krajach, na salach porodo-

wych dostępne są tzw. szybkie testy. Ich zastosowanie umożliwia wykrycie zakażenia u rodzącej w sytuacji, kiedy jej status serologiczny jest nieznany, a istnieje podejrzenie, że jest HIV- dodatnia. W poradniach dla kobiet powinna istnieć możliwość wykonania testu na obecność HIV oraz skorzystania z porady przed i po teście. Liczne badania potwierdzają, że większość kobiet HIV- dodatnich, dowiedziało się o swojej chorobie w czasie ciąży w ramach rutynowej opieki. Proponowanie kobietom ciężarnym wykonania testu w kierunku HIV niesie za sobą wiele korzyści, m. in;

- **Otrzymanie ujemnego wyniku może prowadzić do zmiany praktyk seksualnych na bezpieczniejsze**
- **Kobiety, u których rozpoznano HIV, mogą nakłonić swoich partnerów do przeprowadzenia testu**
- **Poznanie statusu serologicznego pozwala kobietom i ich partnerom podejmować bardziej świadome decyzje prokreacyjne**
- **Kobieta, która wie, że jest zakażona HIV może skorzystać z programu stałej opieki, wcześnie otrzymać leczenie w przypadku wystąpienia zakażeń oportunistycznych u niej samej lub u jej dziecka, zostać skierowana do specjalistycznych placówek służby zdrowia oraz pomocy społecznej, a także szukać grup wsparcia**
- **Ułatwienie dostępu do dobrowolnych testów i poradnictwa może pomóc w normalizacji postrzegania HIV przez społeczeństwo**

Możliwość wykonania testu oraz skorzystania z porady w przychodniach dla kobiet jest bardzo ważna, ponieważ istnieją skuteczne i dostępne metody prewencji zakażeń odmatczynych HIV:

- terapia antyretrowirusowa
- zmiana standardów postępowania na oddziałach położniczych
- zmiana standardów postępowania na oddziałach noworodkowych

Należy jednak podkreślić, że najważniejsze w prewencji zakażeń odmatczynych jest stwierdzenie dodatniego statusu serologicznego u kobiety.

TERAPIA ANTYRETROWIRUSOWA

Badania naukowe, przeprowadzone w ciągu ostatnich 5-6 lat, pokazują, że podawanie Zidowudyny (AZT) matce w czasie ciąży i porodu oraz dziecku przez 6 tyg. po porodzie, zmniejsza ryzyko odmatczynego zakażenia HIV do 67%. Wraz z rozpoczęciem stosowania terapii antyretrowirusowej u kobiet w ciąży, pojawiły się wątpliwości i pytania o bliskie i odległe następstwa ekspozycji dziecka (płodu) na działanie leków (AZT i innych) in utero. Są one uzasadnione, gdyż w badaniach na zwierzętach potwierdzono teratogenny i karcinogenny wpływ AZT na rozwijający się zarodek gryzoni. DO chwili obecnej brak jest jednak doniesień naukowych, potwierdzających występowanie niekorzystnych skutków (wady wrodzone, nowotwory) u potomstwa matek, które w okresie ciąży otrzymywały leki antyretrowirusowe. Dlatego też w wielu krajach rozwiniętych, w tym również w Polsce, kobiety ciężarne zakażone HIV (30-60%), otrzymują kombinowaną terapię antyretrowirusową, gdy są ku temu wskazania.

Powoduje to trudną sytuację zarówno dla matki, obawiającej się skutków ubocznych przyjmowanych leków, jak i lekarza, który decyduje o doborze zastosowanych leków antyretrowirusowych. Przerwanie terapii stwarza realne ryzyko zwiększenia szybkości namnażania się wirusa, a tym samym zwiększenia ryzyka odmatczynego zakażenia HIV. Liczne badania wskazują, że najważniejszym czynnikiem determinującym transmisję odmatczyną HIV jest poziom wiremii od matki. Nie bez znaczenia są również koszty stosowanych leków i sposób ich użycia. Podanie AZT w pełnej wersji Protokołu ACTG 076 kosztuje ok. 1000 USD. Zastosowanie wersji skróconych standardów zastosowania tego leku obniża koszty prewencji o ok. 50%. Te kalkulacje mają szczególne znaczenie w przypadku krajów rozwijających się, gdzie środki przeznaczone na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca nie przekraczają kilku dolarów USA. Lekiem, który być może uprości skuteczne i tanie sposoby prewencji odmatczynej transmisji HIV jest Newirapina. Stosuje się ją w pojedynczej dawce u rodzącej w chwili rozpoczęcia się porodu i w jednorazowej dawce u noworodka w ciągu 72 godz. od urodzenia. Skuteczność takiego postępowania w zakresie obniżenia ryzyka odmatczynej transmisji HIV jest porównywalna do zastosowania skróconych standardów z podawaniem AZT, czyli ok. 50%.

W Polsce Newirapina jest stosowana w sytuacji, kiedy na salę porodową trafia kobieta o nieznanym statusie serologicznym i istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest zakażona HIV. Zastosowanie Newirapiny w takiej sytuacji łączy się z niewielkim ryzykiem dla matki, a jednocześnie pozwala na zastosowanie skutecznej profilaktyki w zakresie zmniejszenia ryzyka zakażenia dziecka.

Należy podkreślić, że bez stosowania leków antyretrowirusowych, zakażeniu ulega ponad 40% dzieci matek HIV- dodatnich, przy podawaniu pełnego protokołu z użyciem AZT tylko 8,3%, a przy zastosowaniu skróconych schematów ok. 13%. Specjalistyczna opieka nad ciężarną zakażoną HIV i jej dzieckiem, pozwala obniżyć ryzyko transmisji do blisko 0%. Bardzo ważne jest więc odpowiednio wczesne objęcie opieką specjalistyczną kobiet HIV- dodatnich i ich dzieci oraz zastosowanie skutecznych metod prewencji odmatczynej transmisji HIV.

PORÓD

Uważa się, że ok. 60-75% odmatczynych zakażeń HIV ma miejsce w okresie okołoporodowym. Ryzyko zakażenia ma wówczas związek z wieloma czynnikami, do których zalicza się:

Sposób porodu

Poród drogami naturalnymi znacznie zwiększa ryzyko zakażenia dziecka przez matkę, podczas gdy cięcie cesarskie zmniejsza ryzyko o ok. 23%. W okresie przed zastosowaniem terapii antyretrowirusowej, w prewencji odmatczynej transmisji HIV, cięcie

cesarskie, szczególnie cięcie wykonywane planowo, miało swoje uzasadnienie. Dzisiaj, w dobie kombinowanej terapii antyretrowirusowej, niebezpieczeństwo interwencji chirurgicznej u pacjentki z uszkodzonym układem odpornościowym znacznie przewyższa korzyści, wynikające z ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego. Uważa się, że u rodzącej ze sprawnym układem odpornościowym (wysoka liczba limfocytów CD4, niska wiremia) istnieją wyłącznie położnicze wskazania do ukończenia ciąży tą drogą.

Wczesne pęknięcie błon płodowych i odpłynięcie płynu owodniowego

Kiedy płyn owodniowy odpłynie wcześniej niż 4 godz. przed zakończeniem porodu, zwiększa się ryzyko transmisji zakażenia HIV (do 4 godz. ryzyko wynosi 14%, powyżej 4 godz.- 25%). Z tego powodu u kobiet HIV-dodatnich należy unikać sztucznego przerywania ciągłości pęcherza płodowego oraz uważnie monitorować czas, jaki upłynął od jego pęknięcia.

Nacięcie krocza

Do odmatczynego zakażenia dziecka HIV dochodzi najczęściej w okresie porodu. Dzieje się tak na skutek zwiększonej ekspozycji skóry i innych tkanek dziecka na krew, wydzieliny szyjkowe i pochwowe matki. Wszystkie procedury inwazyjne, zastosowane podczas porodu, zwiększają tę ekspozycję. Nie zaleca się więc nacinania krocza u rodzących HIV- dodatnich. Zabieg ten powinno się wykonywać wyłącznie w uzasadnionych przypadkach.

Krwawienie śródporodowe

Krwawienie śródporodowe najczęściej jest spowodowane poważnymi powikłaniami ciąży lub/i porodu (łożysko przodujące, przedwczesne oddzielenie łożyska, atonia macicy, pęknięcie macicy, choroby układu krwiotwórczego matki – np. Trombocytopenia , nowotwory). Łączy się to ze zwiększoną ekspozycją dziecka na krew matki, a tym samym ze zwiększonym ryzykiem zakażenia. W sytuacjach zwiększonego zagrożenia krwotokiem śródporodowym u ciężarnej HIV – dodatniej, istnieją uzasadnione wskazania do ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego.

Inwazyjne metody monitorowania stanu płodu

Pobieranie krwi włośniczkowej płodu w celu określenia jej pH oraz zastosowanie elektrody bezpośredniej do monitorowania i zapisu czynności serca płodu podczas porodu, zwiększają ryzyko zakażenia dziecka HIV. Umożliwiają bowiem kontakt krwi matki z krwią dziecka, co ułatwia transmisję HIV.

Poród w przypadku ciąży mnogiej

Pierwsze bliźnię, które rodzi się w sposób naturalny, obarczone jest większym ryzykiem zakażenia HIV niż następne. Uważa się, że ekspozycja pierwszego bliźnięcia na zawierające duży ładunek HIV wydzieliny szyjkowe matki, jest znacznie większa niż drugiego.

Omawiając zagadnienia związane z porodem, należy zwrócić uwagę na:

- uniwersalne środki ostrożności, które muszą być uwzględnione podczas porodu niezależnie od statusu serologicznego rodzącej kobiety. Każda krew jest potencjalnie niebezpieczna, zawsze więc trzeba postępować jednakowo i wobec wszystkich pacjentek stosować zasadę, która mówi:

1.Każda krew jest potencjalnie zakaźna, niezależnie od tego czy jest to krew pacjenta, czy pracownika służby zdrowia i niezależnie od tego czy wyniki badań laboratoryjnych są negatywne, pozytywne, czy ich nie przeprowadzono.

2.Każde narzędzie i całe wyposażenie, które było używane należy traktować jako potencjalne źródło patogenów krwiopochodnych. Muszą więc być we właściwy sposób używane, czyszczone, sterylizowane i przechowywane.

KARMIENIE NOWORODKA

W krajach rozwijających się ok. 30% dzieci HIV- dodatnich uległo zakażeniu poprzez karmienie piersią. Tam gdzie dostępne są preparaty zastępujące mleko, matki seropozytywne nie powinny karmić piersią. W Polsce obowiązuje zalecenie stosowania u dzieci matek zakażonych karmienia sztucznego.

W krajach rozwijających się, gdzie preparaty zastępujące mleko nie są dostępne ze względów ekonomicznych lub braku bezpiecznego źródła wody, podejmuje się różne próby ograniczenia ryzyka transmisji HIV, związanego z karmieniem piersią. Ostatnie badania wykazały iż karmienie mieszane jest jedynym realnym zaleceniem dla matek z krajów rozwijających się, pozwalające na obniżenie ryzyka odmatczynego zakażenia HIV w okresie poporodowym.

W przypadku karmienia sztucznego należy rozważyć:

1. Farmakologiczne zablokowanie laktacji natychmiast po porodzie.
2. Zapewnienie odpowiednich funduszy i zaopatrzenia w produkty zastępujące mleko, butelki do karmienia oraz niezbędny sprzęt do sterylizacji i podgrzewania pokarmu. Przeszkolenie matek w zakresie bezpiecznego przygotowywania zastępczego pokarmu, dokładnego mycia oraz sposobów sterylizacji butelek.
3. Monitorowanie rozwoju i wzrostu dziecka .
4. Kontrola sposobu przygotowywania posiłków.
5. Odpowiednia pielęgnacja piersi, zapobieganie zastojowi pokarmu.

OPIEKA NAD MATKĄ ZAKAŻONĄ HIV I JEJ DZIECKIEM PO PORODZIE

W wielu przypadkach opieka poporodowa nad matką zakażoną HIV i jej dzieckiem jest podobna do opieki przewidzianej dla kobiet HIV - ujemnych. Jednakże matka HIV - dodatnia (a prawdopodobnie jej partner i rodzina), będzie potrzebować dodatkowego wsparcia i porady. Ważne jest włączenie kobiety i jej rodziny do programu stałej opieki.

U kobiet zakażonych HIV częściej zdarzają się powikłania okresu połogu(zakażenia układu moczowego i w obrębie klatki piersiowej, zakażenie ran po nacięciu krocza oraz cięciu cesarskim). Personel powinien zwrócić uwagę na wszystkie objawy, które mogą świadczyć o wystąpieniu powi-

kłań(gorączka, przyspieszone tętno, ból w obrębie naciętego krocza lub rany brzucha, cuchnące odchody). Kobietom HIV – dodatnim trzeba udzielić porady w zakresie pielęgnacji krocza oraz dbania o higienę.

Poradnictwo porodowe:

Poradnictwo dla matek zakażonych HIV może dotyczyć:

- Metod antykoncepcji- jedynym sposobem ograniczania rozprzestrzeniania wirusa jest stosowanie prezerwatyw dla mężczyzn i kobiet. Prezerwatywa nie jest jednak idealnym środkiem zapobiegania ciąży. Podczas wizyty kontrolnej (zwykle 6-8 tyg. po porodzie) należy matce HIV- dodatniej udzielić profesjonalnej porady w zakresie planowania rodziny oraz przenoszenia się zakażenia HIV.
- Sposobu karmienia dziecka
- Informacji o możliwościach zakażenia dziecka i podania szczegółów, gdzie i kiedy dziecko może zostać zbadane i leczone.
- Sposobu rozmowy o zakażeniu z partnerem, rodziną i przyjaciółmi.
- Uczuć kobiety, w szczególności poczucia winy, żalu, strachu i odrzucenia.
- Możliwości posiadania zakażonego dziecka.
- Zachęcenia do udziału w grupach wzajemnego wsparcia.
- Pomocy w przypadku odrzucenia przez społeczeństwo.

Piśmiennictwo: u autora, zaczerpnięte z materiałów szkoleniowych Polskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej „Res Humanae" i Krajowego Centrum ds. AIDS, po specjalistycznym szkoleniu odbytym przez autorkę w dn. 4 -7.12.2017r. w Konstancinie - Jeziornej.

Z żałobnej karty

*„**JUTRO - nie jest obiecane każdemu, więc tańcz choć nogi bolą, śmiej mimo, że serce nadal boli, powiedz: kocham cię tym, których rzeczywiście kochasz, bo jutro może nigdy nie nadejść”**.*

Elżbieta Hołownia
1968 - 2018

Z żalem i smutkiem żegnamy **Elżbietę Hołownię** koleżankę, pracownika Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

Ela rozpoczęła pracę w Szpitalu od 1992 roku w następujących komórkach:
od 01.05.1992 do 31.01.1997 Oddział chorób Zakaźnych
01.02.1997 do 30.06.2009 Zespół Opieki Paliatywnej
01.07.2009 do 31.08.2009 Oddział Neurologiczny
01.09.2009 do 31.08.2014 Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
ostatnim miejscem pracy Eli był Zespół Opieki Medycznej „Domowy Szpital”.

Opieka i pomoc ludziom była Jej życiową misją, ciągle podnosiła kwalifikacje m.in. w 2014 uzyskała tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, a w 2017 uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Elu, pozostaniesz w naszej pamięci, jako osoba ciepła, służąca radą i pomocą obdarzającą dobrym słowem, spokojem i uśmiechem.

Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci i w sercach naszych, i swoich pacjentów.

Pracownicy WSzS Biała Podlaska
Zespół Opieki Medycznej – Domowy Szpital

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych”

Monika Wojrach
1969 – 2018

Urodziła się 20.03.1969r. w Międzyrzecu Podlaskim. W roku 1990 ukończyła Medyczne Studium Zawodowe w Białej Podlaskiej i podjęła pracę zawodową w szpitalu w Międzyrzecu Podlaskim, początkowo na Oddziale Noworodkowym następnie Chirurgii i na Bloku Operacyjnym, jako pielęgniarka instrumentariuszka.

Podczas swojej pracy zawodowej realizowała kształcenie podyplomowe niezbędne do pracy na stanowisku pracy.

Od 2016 roku walczyła z chorobą nowotworową, po dwóch latach wróciła do pracy na Odział Rehabilitacji dla Osób Dorosłych.

Zmarła 27 sierpnia 2018r.

Pozostanie na zawsze w naszej pamięci, jako ciepła i serdeczna Koleżanka oraz oddana pacjentom pielęgniarka.

Koleżanki z SP ZOZ
w Międzyrzecu Podlaskim

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarce
Marii Walczuk
szczere wyrazy współczucia
z powodu śmieci Syna Kamila
Składają koleżanki z Oddziału
Obserwacyjno-Zakaźnego
WSzS w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarzowi
Stanisławowi Wójtowicz
szczere wyrazy współczucia
z powodu śmierci OJCA
składają pracownicy Stacji Pogotowia Ratunkowego SPZOZ
w Białej Podlaskiej
oddziały: Biała Podlaska, Parczew, Wisznice

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarce
Ewie Ilczuk
szczere wyrazy współczucia
z powodu śmierci Ojca
składają pracownicy
NZOZ Przychodnia
Rejonowa Nr 1
ul. Narutowicza 35
w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Wyrazy współczucia Rodzinie
z powodu śmierci
pielęgniarki Elżbiety Hołownia
Składają Pracownicy
WSzS Biała Podlaska
Zespół Opieki Medycznej
– Domowy Szpital

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Wyrazy współczucia Rodzinie
z powodu śmierci
pielęgniarki Elżbiety Hołownia
Składają koleżanki
z NZOZ OMS i Opieki
w Domu Chorego Vita
w Białej Podlaskiej