

Biuletyn

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH



Nr 3/2022 (163)
ISSN 1425-7076





**BIURO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

pracuje w godz.
Pn. - Pt. 8.00 - 18.00

ADRES:

33-100 Tarnów, ul. Południowa 10
www.oipitarnow.pl
e-mail: biuro@oipitarnow.pl

NUMERY TELEFONÓW:

tel. 14 696 54 54, tel./fax 14 696 54 55

**GODZINY PRACY OSÓB
PEŁNIĄCYCH FUNKCJE Z WYBORU:**

PRZEWODNICZĄCA

Bożena Grodny-Wilk

Pn., Wt., Czw., Pt. 14.00 - 18.00

VICE PRZEWODNICZĄCA

Małgorzata Gwiżdż-Szczerba

Śr., Czw. 13.00 - 18.00

SEKRETARZ

Anna Broniec

Pn., Czw. 14.00 - 18.00, Śr. 14.00 - 16.00

SKARBNIK

Jadwiga Tarsia

Wt., Czw. 14.30 - 18.00, Pt. 15.00 - 18.00

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Halina Malinka

II i IV środa miesiąca 15.00 - 16.00

RADCA PRAWNY

Bożena Wyszyńska

Pn., Czw. 15.00 - 18.00

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Pn. - Pt. 8.00 - 16.00

tel. 14 696 58 55

Numer rachunku bankowego OIPiP w Tarnowie

Krakowski Bank Spółdzielczy

10 8591 0007 0300 0296 3839 0001

Biuletyn
OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**Biuletyn Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych
w Tarnowie**

REDAGUJĄ:

Bożena Grodny-Wilk
Jadwiga Tarsia

WYDAWCA:

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
33-100 Tarnów
ul. Południowa 10
tel./fax 14 696 54 54
tel./fax 14 696 54 55

PROJEKT GRAFICZNY I DRUK:

Agencja Reklamowa HBL studio
tel. 14 688 91 00

NAKŁAD:

1000 egz.

SPIS TREŚCI:

I. Z PRAC NRPIP

Stanowisko 59 NRPIP	4
Stanowisko w sprawie pomocy dla pielęgniarek uciekających z Ukrainy	6
Odpowiedź na interpelację w sprawie wynagrodzeń pracowników DPS	8
Odpowiedź na interpelację poselską w sprawie DPS.....	10
Odpowiedź na interpelację w sprawie wynagrodzeń opiekunów medycznych DPS.....	11
Zmiany w standardach DPS	12
Pismo do MZ w sprawie stawki kapitałowej	13
Pismo prezesa NFZ	14

II. ZAWÓD

Komunikat CKPPIP	14
Komunikat w sprawie nowych wzorów dyplomów	14
Rola pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych	15
Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych	23
Egzekwowanie składek członkowskich	25
Składki członkowskie	26

III. NEKROLOGI





Stanowisko 59 NRPiP

Z prac NRPiP

Stanowisko nr 59 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie uwag do projektu ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz, niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw zgłasza następujące uwagi do przedłożonego projektu, które powinny być warunkiem przyjęcia przedmiotowej regulacji.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych należy wykreślić z art. 1 w pkt 3 lit. b, gdyż w proponowanym dodanym ust. 4a nieprawidłowo wskazano, że to CMKP samodzielnie organizuje i realizuje szkolenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Organizacja i realizacja kształcenia podyplomowego należy do organizatorów kształcenia, z uwzględnieniem uprawnień kontrolnych, nadzorczych i akredytacyjnych CMKP oraz NRPiP.

Ponadto, w proponowanym ust. 4b należy doprecyzować pojęcie „CMKP zapewnia kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych”.

Zastrzeżenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych budzi propozycja CMKP jako organizatora kształcenia dla pielęgniarek i położnych w zakresie kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doksztalcających, dlatego proponuję wykreślenie z art. 8 pkt 5 lit. a ppkt 5 z treści projektu. Rola CMKP powinna zostać ograniczona do kontroli i nadzoru nad szkoleniami specjalizacyjnymi dla pielęgniarek i położnych, w tym prowadzenia postępowania akredytacyjnego. Przewidziane w projekcie uprawnienia kontrolne i nadzorcze CMKP wobec organizatorów kształcenia przemawiają za koniecznością wyłączenia CMKP z kręgu organizatorów kształcenia.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych należy zmienić w art. 8 pkt 5 lit. a ppkt 4 i nadać mu nowe brzmienie o treści: „podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633).” Kształcenie podyplomowe pielęgniarek

i położnych powinno być zastrzeżone wyłącznie dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, albowiem tylko ten rodzaj działalności pozwala na pełne i rzetelne zabezpieczenie kształcenia podyplomowego zgodnie z jego celem i istotą wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Biorąc pod uwagę, że znacząca część podmiotów leczniczych posiada status przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 162 ze zm.) zasadne jest pozostawienie normy, na podstawie której prowadzenie kształcenia podyplomowego przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną. W związku z powyższym widzimy konieczność odstąpienia od uchylecia ustępu drugiego zawartego w art. 8 pkt 5 lit. b.

W przypadku uwzględnienia uwagi powyższej, poniższa uwaga pozostanie bezprzedmiotowa. Niemniej, w przypadku utrzymania w projekcie jako jednego z organizatorów kształcenia - CMKP, brak jest racjonalnych przesłanek dla wyłączenia CMKP z obowiązku wpisu do rejestru organizatorów kształcenia. Dlatego, proponujemy w art. 8 pkt 5 lit. c ppkt 5 nadanie nowego brzmienia: „uzyskanie wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 77;”. Wpis do rejestru organizatorów kształcenia jest podstawowym narzędziem weryfikacji zakresu uprawnień poszczególnych organizatorów kształcenia, a także głównym narzędziem umożliwiającym kontrolę i nadzór nad kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych. W związku z powyższym organ prowadzący rejestr winien dysponować tymi samymi kompetencjami w odniesieniu do wszystkich organizatorów kształcenia, zaś każdy z organizatorów winien spełniać te same kryteria uprawniające go do prowadzenia kształcenia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż konieczność zapewnienia odpowiedniego poziomu szkolenia specjalizacyjnego wymaga rzetelnej i ukierunkowanej na jakość kształcenia weryfikacji podmiotów ubiegających się o przyznanie akredytacji. Kryteria ustalone w projektowanym brzmieniu w art. 8 pkt 6 zostały sformułowane w sposób ogólnikowy i mają charakter czysto formalny. Kryteria te winny zostać uzupełnione o przesłanki o charakterze merytorycznym oraz uwzględniające możliwości organizacyjno techniczne organizatorów kształcenia, które to przesłanki winny podlegać weryfikacji już na etapie składania wniosku o udzielenie akredytacji.

W projektowanej ustawie w art. 8 pkt 7 lit. a ppkt 6 najlepiej zastąpić zwrot „numer wpisu” zwrotem „numer

księgi rejestrowej”. Numer wpisu w rozumieniu przepisów o rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oznacza numer każdego kolejnego wpisu (w tym zmiany lub wykreślenia) w rejestrze. Dla celów identyfikacji podmiotu leczniczego właściwe jest użycie numeru księgi rejestrowej.

Ponadto, w art. 8 pkt 7 lit. b oraz lit. c należy zmienić nazwę z „Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych” na „Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych”. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych działa przez swoje organy. Organem właściwym do potwierdzenia prawdziwości danych jest Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych weryfikacja podmiotów ubiegających się o wpis do rejestru winna być dokonywana już na etapie wpisu do rejestru, a katalog przesłanek negatywnych wpisu winien zostać rozszerzony w celu minimalizacji ryzyka wpisu do rejestru podmiotów niespełniających warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego. Takie rozwiązanie pozwoli na zabezpieczenie praw i interesów pielęgniarek i położnych podejmujących kształcenie podyplomowe poprzez wyeliminowanie, lub znaczące ograniczenie, ryzyka wprowadzenia w błąd przez podmioty nie posiadające faktycznych możliwości prowadzenia rzetelnego kształcenia podyplomowego. Mając na uwadze powyższe, proponujemy zmianę w art. 8 pkt 7 lit. h projektu poprzez dodanie pkt 3 w brzmieniu: „wnioskodawca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 75 ust. 1 i 3,”. Ponadto, w art. 8 pkt 5 lit. c należy dodać pkt 7 w brzmieniu: „dysponować pomieszczeniami oraz warunkami organizacyjno-technicznymi odpowiednimi do realizacji programu kształcenia, w tym dla szkolenia praktycznego, zgodnej ze wskazaniem określonymi w programie kształcenia.”.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych weryfikacja podmiotów ubiegających się o wpis do rejestru winna być dokonywana już na etapie wpisu do rejestru. Organ prowadzący rejestr powinien dysponować uprawnieniami do weryfikacji prawdziwości oświadczenia, o którym mowa w art. 76 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Dlatego, proponujemy dodanie w art. 8 pkt 7 lit. d dotyczący ustępu drugiego, po który proponujemy dodanie ust. 2a w brzmieniu: „W celu sprawdzenia zgodności oświadczenia o którym mowa w ust. 2, ze stanem faktycznym, organ prowadzący rejestr może przeprowadzić postępowanie sprawdzające, w tym w szczególności zażądać dodatkowych wyjaśnień i dokumentów, zwrócić się do innych podmiotów

lub organów o udzielenie informacji, lub dokonać kontroli. Czasu trwania postępowania sprawdzającego nie wlicza się do terminu, o którym mowa w ust. 6b.”

Zapewnienie jakości kształcenia podyplomowego oraz ochrona praw i interesów pielęgniarek i położnych podejmujących kształcenie podyplomowe wymaga rozszerzenia katalogu przesłanek uzasadniających wykreślenie z rejestru podmiotów niedających rękojmi należytego prowadzenia kształcenia podyplomowego lub niespełniających wymagań ustawowych. Proponujemy w art. 8 pkt 7 lit. i dodanie pkt 8 i 9 w brzmieniu: „8) prowadzenia kształcenia podyplomowego niezgodnie ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia; 9) zaistnienia innych okoliczności uniemożliwiających prowadzenie kształcenia podyplomowego, w tym w szczególności uniemożliwiających realizację programu kształcenia zgodnie ze wskazaniami określonymi w programie kształcenia.” Mając na uwadze powyższe należy zmienić treść pkt 4 w art. 76 ust. 8 ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych poprzez nadanie mu brzmienia: „naruszenia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego określonych w art. 75 ust. 1 i 3”;

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zasadne jest rozszerzenie zakresu kontroli organizatora kształcenia przez organ prowadzący rejestr w celu zapewnienia skutecznego nadzoru i kontroli nad kształceniem. Proponujemy dokonanie zmiany w art. 8 pkt 12 lit. a poprzez dodanie pkt 6 w brzmieniu: „spełniania warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego określonych w art. 75 ust. 1 i 3.”

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zasadne jest wprowadzenie precyzyjnych przepisów przejściowych regulujących sposób postępowania z danymi zawartymi w rejestrze prowadzonym na podstawie przepisów dotychczasowych. Dlatego, należy doprecyzować termin utraty prawa do prowadzenia kształcenia podyplomowego przez organizatorów kształcenia prowadzących kształcenie na podstawie przepisów dotychczasowych, jak również określić sposób postępowania z danymi rejestru prowadzonego na podstawie przepisów dotychczasowych, w tym termin usunięcia danych organizatorów nie spełniających warunków podmiotowych określonych w nowoprojektowanym art. 75 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Ponadto, biorąc pod uwagę liczne niewłaściwe praktyki podmiotów prowadzących kształcenie na podstawie przepisów dotychczasowych zasadne jest określenie sankcji karnoprawnych za prowadzenie

kształcenia podyplomowego z naruszeniem przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W związku z powyższym proponuję wprowadzenie w rozdziale 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej przepisów karnych penalizujących prowadzenie kształcenia podyplomowego z naruszeniem przepisów ustawy.

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Stanowisko w sprawie pomocy dla pielęgniarek uciekających z Ukrainy



STANOWISKO W SPRAWIE POMOCY DLA PIELĘGNIAREK UCIEKAJĄCYCH Z UKRAINY PRZED ROSYJSKĄ INWAZJĄ

Warszawa dnia 14 kwietnia 2022r.

W odpowiedzi na dramatyczną sytuację życiową, zawodową i rodzinną, w jakiej znalazły się miliony uchodźców, w tym setki tysięcy pacjentów wymagających fachowej pomocy, medycznej, zwracamy się do wszystkich partnerów, instytucji rządowych oraz organizacji międzynarodowych o wypracowanie i wdrożenie systemowego wsparcia dla ofiar inwazji rosyjskiej.

Jako przedstawiciele środowiska pielęgniarskiego, zwracamy się do naszych polskich decydentów o podjęcie działań, na rzecz wsparcia dla naszych Koleżanek pielęgniarek uciekających przed wojną na Ukrainie, niezależnie od ich miejsca czasowego pobytu i dalszych planów.

Pielęgniarki polskie reprezentowane przez przedstawicieli następujących organizacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, w ścisłej współpracy z Międzynarodową Radą Pielęgniarek ICN oraz Europejską Federacją Stowarzyszeń Pielęgniarskich EFN, po przeprowadzeniu konsultacji z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia oraz przedstawicielami ośrodków akademickich kształcących pielęgniarki w Polsce, w dniach 11-12 kwietnia 2022 roku, uzgodniły i proponują następujące kierunki niezbędnych działań. Wymienione poniżej kierunki działań są zgodne i zapewniają pełną realizację zapisów zawartych w dokumencie „Zalecenia Komisji (UE) 2022/554 z dnia 5 kwietnia 2022 w sprawie uznawania kwalifikacji osób uciekających z Ukrainy przed rosyjską inwazją”.

1. Uznajemy, że w celu zapewnienia optymalnych warunków do asymilacji społecznej zawodowej dla pielęgniarek ukraińskich, które podejmą decyzję o czasowym osiedleniu się na terenie Polski (lub innych krajów UE), niezbędne jest zaoferowa-

nie dedykowanych programów uzupełniających studiów zawodowych, stanowiących ścieżkę do uzyskania uprawnień do samodzielnego funkcjonowania na rynku pracy, czyli prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. W warunkach rosnących dynamicznie potrzeb zdrowotnych i przy jednoczesnym głębokim niedoborze kadry pielęgniarskiej, zapewnienie czasowego lub stałego dostępu do rynku pracy, będzie korzystne zarówno w perspektywie indywidualnej, jak również korzyści dla polskiego i ukraińskiego systemu opieki zdrowotnej.

2. Inwestycja edukacyjna zaoferowana pielęgniarkom ukraińskim przebywającym okresowo poza terenem własnego kraju, będzie gwarantem dla ich godnego i bezpiecznego funkcjonowania na nowym rynku pracy. Działania te długofalowo, będą inwestycją w rozwój pielęgniarstwa ukraińskiego poprzez wzmocnienie rozwoju zawodu pielęgniarki i jego liderów, czyli pośrednio przyczynią się do rozwoju i odbudowy ukraińskiego systemu opieki zdrowotnej po zakończeniu działań wojennych
3. W celu wdrożenia programów uzupełniających szkoleń zawodowych, rozwiązania legislacyjne przyjęte przez rząd polski zarówno dla celów walki z pandemią oraz skutkami wojny na Ukrainie, dotyczące określenia warunków podejmowania pracy dla pielęgniarek posiadających kwalifikacje zawodowe uzyskane poza UE, powinny zostać znowelizowane w celu wprowadzenia ułatwień w uzyskiwaniu bezterminowych uprawnień zawodowych.
4. Aktualizacja polskich przepisów prawnych powinna zapewnić dostęp do szkoleń/studiów uzupełniających dla pielęgniarek uchodźców, mentoringu na stanowiskach pracy, godnych i równoprawnych warunków pracy dla pielęgniarek ukraińskich, ale równolegle zagwarantować bezpieczeństwo realizacji świadczeń zdrowotnych dla polskich pacjentów i nie wprowadzać dodatkowych obciążeń i napięć dla personelu krajowego.
5. Równocześnie uwzględniając, że Polska zмага się z dramatyczną sytuacją niedoborów kadrowych we własnym systemie opieki zdrowotnej, należy zbudować system wsparcia i narzędzi motywacyjnych dla pielęgniarek polskich, które będą współuczestniczyć w procesie edukacyjnym i adaptacyjnym dla Koleżanek Ukrainek, ale także będą

zaangażowane w proces udzielania świadczeń zdrowotnych dla uchodźców będących ofiarami wojny.

6. W celu zapewnienia pełnego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla napływającej kilkumilionowej populacji uchodźców w tym w szczególności kobiet i dzieci, oraz osób starszych, przewlekłe chorych i niesamodzielných, zwracamy się do wszystkich partnerów o pełne wykorzystanie nowych poszerzonych kompetencji pielęgniarek czyli pielęgniarek specjalistek i pielęgniarek zaawansowanej praktyki, które mogą być kluczowe we wprowadzaniu nowych innowacyjnych rozwiązań w tym e-zdrowia w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych dla powyższych populacji.
7. W celu zapewnienia warunków do efektywnej komunikacji w zespołach terapeutycznych w tym komunikacji z pacjentami, należy zintensyfikować działania mające na celu podniesienie kompetencji językowych pielęgniarek pochodzących z Ukrainy. Działania te powinny obejmować ocenę stopnia znajomości języka polskiego, w tym języka medycznego oraz organizację różnych form szkoleń językowych.
8. Polska jako kraj, który przyjął na swoje barki największe obciążenie związane z pomaganiem ofiarom wojny na Ukrainie, potrzebuje wsparcia ze strony organizacji międzynarodowych, w celu zapewnienia niezbędnych rozwiązań zarówno w celu wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej na rzecz uchodźców, jak i bezpośredniej pomocy dla profesjonalistów medycznych pochodzących z Ukrainy, w tym w szczególności pielęgniarek.

Sygnatariusze Stanowiska w sprawie pomocy dla pielęgniarek uciekających z Ukrainy przed rosyjską inwazją:

Zofia Małas Prezes NRPiP

Grażyna Wójcik Prezes Zarządu Głównego PTP

Krystyna Ptok Przewodnicząca OZZPiP

Paul De Raeve Dyrektor Zarządzający MRP ICN

Howard Catton Sekretarz Generalny EFSP EFN



Odpowiedź na interpelację w sprawie wynagrodzeń pracowników DPS

Odpowiedź na interpelację nr 30760 w sprawie wynagrodzeń pracowników domów pomocy społecznej

Odpowiadający: sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej Stanisław Szwed

Warszawa, 03-02-2022

Szanowna Pani Marszałek,

odpowiadając na interpelację nr 30760 Pana Posła Borysa Budki, z dnia 17 stycznia 2022 r., przekazuję poniższe wyjaśnienia.

W obowiązującym stanie prawnym pracownicy domów pomocy społecznej prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego są pracownikami samorządowymi, a warunki ich wynagradzania regulują przepisy ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1282, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1960). W sprawach zaś nieregulowanych w ww. ustawie stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Pracy (art. 43 k.p.).

Powyższe rozporządzenie jest podstawą do ustalania poziomu wynagrodzenia w zależności od zajmowanego stanowiska, posiadanego wykształcenia oraz stażu pracy, przy czym rozporządzenie określa jedynie minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego na poszczególnych stanowiskach. Kształtowanie całkowitej wysokości wynagrodzenia pracowników pozostaje w gestii pracodawcy samorządowego, który na podstawie art. 39 ustawy o pracownikach samorządowych w regulaminie wynagradzania ustala szczegółowe warunki wynagradzania pracowników, w tym maksymalny poziom wynagrodzenia zasadniczego. Pracodawca w regulaminie wynagradzania może określić także warunki przyznawania oraz warunki i sposób wypłacania premii i nagród innych niż nagroda jubileuszowa, jak również określić warunki i sposób przyznawania dodatków funkcyjnego i specjalnego, oraz innych dodatków.

Przytoczone regulacje dają pracodawcy samorządowemu swobodę w prowadzeniu zakładowej polityki płac, swobodę w kształtowaniu wysokości wynagrodzenia pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, w tym w przyznawaniu dodatków do wynagrodzenia.

W kwestii dodatków dla pracowników socjalnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej należy podkreślić, że rola pracowników socjalnych, a także zadania przez nich realizowane w domach pomocy społecznej są niezwykle istotne począwszy od etapu adaptacji mieszkańca w domu, poprzez szeroko pojmowane wsparcie w trakcie pobytu w placówce, aż po działania podejmowane celem ewentualnego usamodzielniania osób.

Nie pozostawia wątpliwości również fakt, że pracownicy socjalni zatrudnieni w domach pomocy społecznej świadczą pracę w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej. Praca socjalna świadczona przez pracowników pomocy społecznej i ośrodków pomocy społecznej, pomimo iż ze względu na swoją specyfikę różni się w wielu aspektach, to jest równie trudna i wymagająca specjalistycznych kwalifikacji i przygotowania.

Odnosnie wypłaty dodatków dla pracowników socjalnych należy także podkreślić, że art. 1 pkt 30 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 803) wprowadza zmiany w zakresie art. 121 ust. 3a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w kwestii dodatków dla pracowników socjalnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej (przepis wszedł w życie z dniem 30.05.2021 r.).

Pierwsza z nich polega na zwiększeniu z 250 zł do 400 zł kwoty dodatku do wynagrodzenia pracownika socjalnego zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy w samorządowych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej.

Druga zmiana przepisu art. 121 ust. 3a ustawy o pomocy społecznej zakłada, że ww. dodatek przysługuje pracownikowi socjalnemu zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy w samorządowych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, do którego podstawowych obowiązków należy świadczenie pracy socjalnej lub przeprowadzanie rodzinnych wywiadów środowiskowych poza siedzibą jednostki.

W stosunku do poprzednio obowiązującego brzmie-

nia art. 121 ust. 3a wprowadzono zmianę polegającą na możliwości alternatywnego (albo obu jednocześnie) spełnienia przesłanek dotyczących świadczenia pracy socjalnej lub przeprowadzania rodzinnych wywiadów środowiskowych, pod warunkiem wykonywania obu tych czynności poza siedzibą jednostki.

Wyjaśnić jednak należy, że istotą przedmiotowej kwestii tj. interpretacji art. 121 ust. 3a ustawy o pomocy społecznej, nie jest jednak kwestia świadczenia, bądź też nie pracy socjalnej, a kwestia tego, czy do podstawowych obowiązków pracownika należy świadczenie pracy socjalnej poza siedzibą Jednostki lub przeprowadzanie rodzinnych wywiadów środowiskowych poza siedzibą jednostki.

Ostateczną decyzję o przyznaniu prawa do dodatku podejmuje kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, który z racji pełnionej funkcji dysponuje pełną wiedzą na temat wykonywanej pracy przez pracownika socjalnego. Decyzja powinna być podjęta po dokładnej analizie stanowiska pracy i zakresu obowiązków wykonywanych przez pracownika socjalnego.

Praca wszystkich pracowników, zatrudnionych w domach pomocy społecznej, wiąże się z dużą odpowiedzialnością i wieloma trudnościami do pokonania. Wybór pracy w DPS oznacza powołanie do zajmowania się częściowo i całkowicie niesamodzielnymi osobami, które wymagają opieki, leczenia, pielęgnacji i wsparcia. Dlatego też co roku Resort Rodziny wspiera samorządy w realizacji ich zadania własnego, jakim jest prowadzenie domów pomocy społecznej, przekazując samorządom prowadzącym domy pomocy społecznej dodatkowe środki finansowe, które mogą zostać przeznaczone między innymi na wynagrodzenia pracowników tych jednostek.

W roku 2020 na domy pomocy społecznej z rezerw celowych budżetu państwa przekazano 137 624 360 zł, z czego:

- na dofinansowanie bieżącej działalności DPS na mieszkańców na tzw. „starych zasadach” 22 386 000 zł,
- na dofinansowanie bieżącej działalności DPS w kwocie 115 238 360 zł - środki te przeznaczone były na bieżącą działalność domów pomocy społecznej, zwłaszcza na zagwarantowanie właściwej opieki nad mieszkańcami.

Ze sprawozdań wynika, że z powyższej kwoty na zapewnienie kadry niezbędnej do zachowania ciąg-

łości usług świadczonych przez te jednostki wydatkowano 83 336 845,79 zł (73% środków), z czego 81 842 617,39 zł na dodatki do wynagrodzeń (w tym np. premie, dodatki zadaniowe, nagrody).

Dodatkowo w 2020 r. domy pomocy społecznej otrzymały ze środków EFS 289 472 090 zł, z czego 200 988 215 zł wypłacono pracownikom.

W roku 2021 na wsparcie dla domów pomocy społecznej przyznano łącznie 94 002 005 zł w ramach Funduszu Przeciwdziałania Covid-19 oraz z rezerw celowych, z czego:

- 49 286 646 zł z Funduszu Przeciwdziałania Covid-19 - na zadania związane z przeciwdziałaniem skutkom rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 - pomoc przeznaczona była dla domów pomocy społecznej, prowadzonych przez jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego oraz na ich zlecenie. Środki mogły zostać wydatkowane na przygotowanie i zabezpieczenie domów pomocy społecznej przed wzrostem zakażeń wywołanych wirusem SARS-CoV-2, w tym na zakup środków ochrony osobistej, niezbędnego sprzętu i wyposażenia, a także na zapewnienie kadry niezbędnej do utrzymania ciągłości usług świadczonych przez te jednostki,
- na podstawie art. 115 ustawy o pomocy społecznej rozdysponowane zostały dodatkowe środki na bieżącą działalność dla domów pomocy społecznej w poszczególnych województwach w kwocie ogółem 29 991 600 zł z przeznaczeniem na wzmocnienie zabezpieczenia domów pomocy społecznej przed skutkami występowania wirusa, w szczególności na zapewnienie kadry niezbędnej do zachowania ciągłości usług świadczonych przez te jednostki oraz zakup niezbędnych środków ochrony osobistej, sprzętu i wyposażenia, dokonano także podziału środków rezerwy celowej wysokości 14 723 799 zł z przeznaczeniem na dofinansowanie bieżącej działalności DPS na mieszkańców na tzw. „starych zasadach”.

Jednocześnie informuję, że w harmonogramie na rok 2022 Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, utworzonego na podstawie art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, z późn. zm.) uwzględnione zostały środki w wysokość 50 mln zł na wsparcie dla domów pomocy społecznej,

o których mowa w art. 17 ust. 2 pkt 3, art. 19 pkt 10 oraz art. 21 pkt 5 ustawy o pomocy społecznej, w przeciwdziałaniu skutkom rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Obecnie za pośrednictwem wojewodów zbierane jest zapotrzebowanie w tym zakresie.

Z poważaniem
z up. Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
Stanisław Szwed Sekretarz Stanu



2. Kiedy możemy spodziewać się wyrównania zasad wynagradzania pracy pielęgniarek, pracujących w domach pomocy społecznej z pozostałymi, pracującymi w jednostkach leczniczych? Według wstępnych planów omawiane zmiany mają wejść w życie w tym roku.
3. Czy Ministerstwo planuje działania zmierzające bezpośrednio do zmiany przepisów prawa, poprzez stworzenie zachęty dla młodych pielęgniarek/pielęgniarzy do podejmowania zatrudnienia w domach pomocy społecznej? Omawiane zmiany mają doprowadzić do poprawy warunków wynagradzania pielęgniarek zatrudnianych w domach pomocy społecznej i będą stanowić zachętę do podejmowania pracy w tych placówkach.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska Sekretarz Stanu



Odpowiedź na interpelację poselską w sprawie DPS

Pani Elżbieta Witek Marszałek Sejmu RP

Szanowna Pani Marszałek,

nawiązując do interpelacji (nr 31361) Pani Poseł Magdaleny Sroki w sprawie wynagrodzeń pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, poniżej przedkładam odpowiedzi na pytania w niej zawarte.

1. Proszę o informację, jakie powstały konkretne propozycje, które będą umożliwiały potraktowanie domów pomocy społecznej (DPS) jako podmiotów leczniczych? Aktualnie, w porozumieniu z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, trwają prace mające na celu umożliwienie domom pomocy społecznej działanie jako podmioty leczniczej. Po wprowadzaniu odpowiednich zmian w tym zakresie w ustawach z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, ze zm.) oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.) status prawny pielęgniarek udzielających świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej będzie tożsamy z sytuacją pielęgniarek zatrudnionych w innych podmiotach leczniczych.





Odpowiedź na interpelację w sprawie wynagrodzeń opiekunów medycznych DPS

Pani Elżbieta Witek Marszałek Sejmu RP

Szanowna Pani Marszałek,

W odpowiedzi na interpelację nr 30761 Pana Posła Borysa Budki „w sprawie wynagrodzeń opiekunów medycznych pracujących w domach pomocy społecznej» uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, a zwłaszcza z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r., poz. 2268 z późn. zm.) domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej świadczącymi, w zależności od typu, usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne dla osób w nim przebywających. I choć - zgodnie z art. 58 przywołanej ustawy - DPS-y umożliwiają organizującą mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), to nie są one podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.). Opiekunowie medyczni zatrudniani w domach pomocy społecznej realizują świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze a wynagradzani są ze środków pochodzących z budżetów samorządów - zgodnie z regulaminem wynagradzania ustalonym na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1282 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz.U. z 2021 r., poz. 1960).

Należy bowiem przypomnieć, że zgodnie z ustawą o pomocy społecznej prowadzenie domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym należy do zadań własnych powiatu, a prowadzenie domów pomocy społecznej o zasięgu gminnym - do zadań, własnych gminy. W związku z tym wysokości środków na funkcjonowanie domów pomocy społecznej w roku budżetowym, w tym na wynagrodzenia pracowników, ustali organ prowadzący przedmiotowe jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Domy gminne

są finansowane z budżetu gmin, natomiast powiatowe są finansowane z budżetu powiatów oraz dodatkowo z budżetu państwa. Nie ma przy tym przeszkód prawnych, aby samorząd przeznaczył dodatkowe środki na finansowanie działalności domów pomocy społecznej, w tym także na wynagrodzenia pracowników. Tym bardziej, że przywołane rozporządzenie Rady Ministrów określa jedynie minimalny miesięczny poziom wynagrodzenia zasadniczego, w gestii pracodawców samorządowych pozostawiając kształtowanie całkowitej wysokości wynagrodzenia pracowników. Ponadto należy przypomnieć, że już od jesieni 1999 r. Minister Zdrowia nie jest ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego. Ministrem tym jest obecnie Minister Rodziny i Polityki Społecznej. (Ostatnim Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej była - od 26 marca do 18 października 1999 r. - śp. Pani Franciszka Cegielska.) W świetle powyższego, opiekunowie medyczni zatrudnieni w domach pomocy społecznej nie mogą być objęci regulacjami płacowymi adresowanymi wyłącznie do wybranych kategorii pracowników podmiotów leczniczych, a więc zarówno przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2021 r., poz. 1801 z późn. zm.), jak też poleceniem Ministra Zdrowia dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. (z późn. zm.). Jednocześnie uprzejmie informuję, że możliwe rozwiązania problemów wskazanych przez Pana Posła Borysa Budkę są obecnie przedmiotem analiz Ministerstwa Zdrowia.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Piotr Bromber Podsekretarz Stanu





Zmiany w standardach DPS

ZMIANY W STANDARDACH DPS

Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej zakończyło konsultacje społeczne projektu rozporządzenia zmieniającego standardy w domach pomocy społecznej 20 listopada br. projekt trafi pod obrady Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego

Wprowadzone rozwiązania mają na celu przede wszystkim usprawnienie funkcjonowania domów pomocy społecznej, wyeliminowanie pojęcia „nowo powstających domów”, co rozwieje wątpliwości interpretacyjne w tym zakresie ułatwiając w ten sposób działania wojewodów w zakresie wydawania zezwoleń na prowadzenie tych jednostek. W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia wskazano m.in., że w związku z tym, że dom pomocy społecznej powstaje po uzyskaniu zezwolenia wojewody (w drodze decyzji administracyjnej) każdorazowa zmiana podmiotu prowadzącego dom pomocy społecznej czy też zmiana organizacyjna (np. łączenie domów pomocy społecznej) wymaga wydania odrębnego zezwolenia na prowadzenie domu. Na tym gruncie pojawia się szereg problemów Czy w takich przypadkach mamy do czynienia z nowo powstającymi domami, czy też nie? Jakie stosować standardy - jak do nowo powstających domów, czy też „łagodniejsze standardy” - jak dla „starych” domów. Problemy w tym zakresie zgłaszali wojewodowie oraz podmioty prowadzące bądź zamierzające prowadzić domy pomocy społecznej w obiektach, w których funkcjonowały już wcześniej takie jednostki.

Szczegółowe rozwiązania przewidują:

1. nową formę usług i aktywizacji dla mieszkańców, którzy mają problemy z komunikacją werbalną i wobec których może być stosowana komunikacja wspomagająca i alternatywna, odpowiednia do potrzeb danego mieszkańca, formy tej komunikacji mogą być różne, w tym np. język migowy dla osób głuchych od urodzenia;
2. wprowadzenie przepisu obligującego dom do działań w celu umożliwienia mieszkańcowi charakteryzującemu się zaburzeniami interakcji społecznych i komunikacji, zamieszkiwania w pokoju

jednoosobowym, o ile warunki w domu na to pozwalają; przepis wprowadza się w celu zwrócenia uwagi na specyficzne potrzeby tej grupy mieszkańców (nie mogą oni przebywać w dużych grupach, wymagają zajęć indywidualnych lub w bardzo małych grupach);

3. wprowadzenie jednolitego standardu liczby miejsc dotyczącego maksymalnej liczby miejsc dla wszystkich domów pomocy społecznej, jednak z zastosowaniem odstępstw dla domów, które w dniu 31 grudnia 2013 r. (ostateczny termin wdrożenia standardów w domach pomocy społecznej, z zastrzeżeniem domów położonych w budynku albo budynkach, w których w 31 grudnia 2013 r. był prowadzony dom pomocy społecznej, z jednoczesnym ograniczeniem dowolnego zwiększania liczby miejsc ponad stan określony w zezwoleniu wojewody w dniu wejścia w życie projektowanego przepisu (1 lipca 2018 r.);
4. ujednolicenie standardu w zakresie liczby toalet i łazienek w domach nowo powstających jak i już wcześniej funkcjonujących likwidacja wymogu posiadania jednej toalety i łazienki w nowo powstających domach oraz w zakresie standardów dotyczących liczby osób przypadających na jedną łazienkę z pięciu do sześciu; w tej sytuacji minimalny standard dotyczący liczby łazienek i toalet będzie jednakowy dla „starych” i nowych domów pomocy społecznej;
5. wprowadzenie minimalnego standardu w zakresie wyposażenia toalety łazienki (co najmniej miska ustępowa, umywalka i prysznic), przy czym przepis ten nie będzie miał zastosowania do domów prowadzonych w budynku, lub budynkach, w których w dniu wejścia w życie tego przepisu tj. 1 lipca 2018 r. prowadzony był dom;
6. wprowadzenie nowego standardu w zakresie warunków bytowych polegającego na utworzeniu na każdej kondygnacji domu z pokojami mieszkalnymi łazienki przystosowanej do kąpiei osób leżących, wyposażonej w urządzenia ułatwiające wykonywanie czynności związanych z kąpielą z tym że przepis ten nie będzie miał zastosowania do domów prowadzonych w budynkach, w których w dniu wejścia w życie tego przepisu projektowanego rozporządzenia (1 lipca 2018 r.) był prowadzony dom;
7. uwzględnienie w propozycji szkoleniowej dla pracowników szkolenia w zakresie komunikacji wspomagającej i alternatywnej.



Pismo do MZ w sprawie stawki kapitałowej

Pan Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ponownie zwracam się o zwiększenie wartości rocznej stawki kapitałowej oraz ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych za realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki szkolnej.

Mając na uwadze Zarządzenie nr 38/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, które zwiększyło od dnia 1 kwietnia 2022 r. powyższe wartości o 4,5%, w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ww. stawka nie pokrywa rzeczywistej inflacji na rynku usług medycznych, związanych ze wzrostem kosztów funkcjonowania praktyk zawodowych oraz podmiotów leczniczych.

Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż z dniem 1 kwietnia 2022 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestał wypłacania dodatkowej opłaty ryczałtowej w wysokości 3% wartości świadczeń za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w reżimie sanitarnym, uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego a następnie epidemii. Powyższy stan epidemii cały czas obowiązuje i praktyki zawodowe oraz podmioty lecznicze są zobowiązane w dalszym ciągu do utrzymania i finansowania podwyższonego reżimu sanitarnego, który związany jest z ponoszeniem dodatkowych wysokich kosztów.

W związku z powyższym, wzrost wartości rocznej stawki kapitałowej zwiększy się jedynie o 1,5%, natomiast rzeczywista inflacja wynosi około 10%. Ponadto, zasadne i konieczne jest także podwyższenie współczynników odpowiednich dla właściwej grupy wiekowej świadczeniobiorcy oraz wprowadzenie dodatkowych, następujących grup wiekowych: osoby w wieku od 7. do 39. roku życia współczynnik 1,0; osoby w wieku od 40. do 65. roku życia - współczynnik 1,2;

osoby w wieku od 66. do 75. roku życia - współczynnik 2,7; osoby w wieku powyżej 75. roku życia - współczynnik 3,1.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, iż pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej nadal udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentom z COVID-19 w miejscu zamieszkania. Często są to pacjenci z chorobami współistniejącymi wymagającymi zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji. Powyższa sytuacja nie znajduje także odzwierciedlenia w dodatkowym wzroście finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podtrzymuje Stanowisko nr 56 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 stycznia 2022 r. w sprawie zwiększenia wartości rocznej stawki kapitałowej oraz ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych za realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki szkolnej, i dlatego ponownie zwracam się jak na wstępie.

Z wyrazami szacunku,
Mariola Łodzińska Wiceprezes NRPI



Pismo prezesa NFZ

Pan Bernard Waśko

Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z pismem Pani Marioli Łodzińskiej, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, z dnia 12 kwietnia 2022 r. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.025.49.2022.MK), w sprawie zwiększenia wartości rocznej stawki kapitacyjnej oraz ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych za realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki szkolnej, biorąc pod uwagę zakres kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikający m.in. z art. 97 oraz art. 102 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), uprzejmie proszę o rozpatrzenie sprawy oraz przekazanie kopii udzielonej odpowiedzi do wiadomości Ministerstwa Zdrowia, powołując się na znak niniejszego pisma.

Z poważaniem,

Michał Dzięgielewski Dyrektor

551 i 583). Zaktualizowane programy szkoleń specjalizacyjnych obowiązują od dnia 19 kwietnia 2022r. i są udostępnione na stronie internetowej Centrum oraz w Systemie Monitorowania Kształcenia (SMK)

Jednocześnie Centrum przypomina, że zgodnie z art. 79 ust.3 ww. ustawy, kształcenie podyplomowe rozpoczęte i niezakończone przed aktualizacją programu kształcenia może być prowadzone na podstawie poprzedniego programu, jedynie do dnia zakończenia danej edycji kształcenia.

Komunikat w sprawie nowych wzorów dyplomów



Komunikat w sprawie nowych wzorów dyplomów

W związku z wchodzącym w życie w dniu 5 kwietnia 2022 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że dotychczas wydane dyplomy uzyskania tytułu pielęgniarki specjalisty i dyplomu uzyskania tytułu położnej specjalisty zachowują ważność i nie wymagają wymiany.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem od sesji jesiennej 2022 r. dyplomy będą wydawane na nowych wzorach. Obie wersje dyplomów zachowują równoważny status.

Komunikat CKPPIp

Komunikat w sprawie aktualizacji programów szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że w dniu 5 kwietnia 2022 r. Minister Zdrowia zatwierdził dokument AKTUALIZACJA PROGRAMÓW SZKOLEŃ SPECJALIZACYJNYCH DLA PIELĘGNIAREK POŁOŻNYCH opracowany na podstawie art. 78 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 poz.





Rola pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych

Rola pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych z cukrzycą typu 2

Jednym z głównych problemów w zarządzaniu opieką nad pacjentami z cukrzycą jest zjawisko wielochorobowości. Z badań Pouplier et al. wynika, że w ciągu 16 lat od rozpoznania cukrzycy typu 2 u ponad 80% osób rozwiną się dodatkowe choroby przewlekłe, a odsetek żyjących z dwiema lub większą liczbą chorób przewlekłych wynosi 47,6%. Z cukrzycą najczęściej współistnieją: choroby sercowo-naczyniowe (CVD), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, nadwaga/otyłość i niewydolność nerek. Wielochorobowość u osób z cukrzycą typu 2 wiąże się z gorszą jakością życia, utratą sprawności fizycznej, przedwczesnymi zgonami, wysokimi kosztami leczenia, nadmiernym obciążaniem systemów opieki zdrowotnej, problemami ze zdrowiem psychicznym, zjawiskiem polipragmatyzacji i doświadczaniem przez tych chorych fragmentarycznej opieki. Choroby sercowo-naczyniowe (CVD), w tym choroba wieńcowa i udar mózgu, są głównymi przyczynami zgonów osób żyjących z cukrzycą, powodując 2/3 zgonów u osób z cukrzycą typu 2. Co więcej, osoby z cukrzycą są dwukrotnie bardziej narażone na choroby serca lub udar niż osoby bez cukrzycy. Jest to związane z faktem, że czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak otyłość, nadciśnienie i dyslipidemia są powszechne u pacjentów z cukrzycą, narażając ich na zwiększone ryzyko incydentów sercowych. W wielu badaniach odkryto także mechanizmy biologiczne związane z DM, które niezależnie zwiększają ryzyko CVD u pacjentów z cukrzycą. Przegląd systematyczny 53 badań pokazał, że spośród 4.289.140 chorych z T2DM najwięcej, bo 29,1% miało miażdżycę naczyń, 21,2% - chorobę wieńców 14,9% niewydolność serca, 14,6% - dusznicę bolesną, 10,0% - zawał serca a 7,6% - przeżyło udar. Względne zachorowalności i śmiertelności z powodu CVD u dorosłych chorych na cukrzycę w porównanej bez cukrzycy wynosi od 1 do 3 u mężczyzn i od 2 do 5 u kobiet. Dostępne statystyki z Polski pokaże w roku 2018 prawie co trzeci pacjent, któremu udzielono pomocy z powodu choroby niedokrwiennej serca lub udaru, miał cukrzycę. Dlatego ukierunkowanie na czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów z cukrzycą ma

kluczowe znaczenie dla zminimalizowania odległych powikłań sercowo-naczyniowych.

Jednakże dowiedziono, że w krajach rozwiniętych około 50% chorych na cukrzycę nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Postępujące rozpowszechnienie cukrzycy, współistnienie dodatkowych chorób przewlekłych u pacjentów z T2DM, w tym głównie chorób sercowo-naczyniowych, oraz problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych - z jednej strony wskazują na konieczność objęcia tych chorych opieką zindywidualizowaną przez personel medyczny, a z drugiej powinny skłaniać samych pacjentów do podejmowania działań samo opiekuńczych. Właściwe prowadzenie samokontroli glikemii wymaga jednak systematycznej edukacji pacjenta, w szczególności w zakresie stosowania glukometru, umiejętności interpretacji uzyskanych wyników pomiarów oraz wykorzystywania tych wyników do modyfikacji diety, wysiłku fizycznego oraz dawek leków. Na tle powyższych zagadnień wyłania się istotna rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w utrzymaniu normo glikemii oraz w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca u pacjentów z cukrzycą typu 2 - twierdzą autorki artykułu Rola pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych z cukrzycą typu 2 - prof. dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz, Prezydent Elekt Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP ESC) na kadencję 2020-2022, Iwona Bonikowska z Zakładu Pielęgniarstwa Uniwersytetu Zielonogórskiego, dr n. o zdr. Katarzyna Szwamel z Zespołu Pielęgniarstwa i Zaawansowanej Praktyki Klinicznej Uniwersytetu Opolskiego.

Zapraszamy do zapoznania się z artykułem Rola pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych z cukrzycą typu 2.

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2 Izabella Uchmanowicz¹, Iwona Bonikowska², Katarzyna Szwamel³

¹Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Instytut Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa, Uniwersytet Zielonogórski

³Wydział Nauk o Zdrowiu, Zespół Pielęgniarstwa i Zaawansowanej Praktyki Klinicznej, Uniwersytet Opolski

Istota i epidemiologia cukrzycy

Cukrzyca to powszechnie występująca grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. W naturalnym przebiegu cukrzycy dochodzi

do zaniku wczesnej fazy wydzielania insuliny, kolejno pojawia się tzw. stan przed cukrzycowy i/lub nieprawidłowa tolerancja glukozy, a w efekcie rozwija się jawna cukrzyca. Typowymi objawami cukrzycy są zazwyczaj: wielomocz, wzmożone pragnienie, odwodnienie, osłabienie i senność, chudnięcie, skłonność do ropnych zakażeń skóry i zakażeń układu moczowo-płciowego, a także kwasica i śpiączka ketonowa. U ponad 50% pacjentów nie obserwuje się objawów klinicznych, a choroba jest wykrywana podczas, np. badań przesiewowych¹. Fakt ten w połączeniu z postępującym charakterem cukrzycy oraz pewnymi mechanizmami biologicznymi związanymi z DM (Diabetes Mellitus) sprawiają, że ci chorzy są szczególnie podatni na takie choroby jak udar mózgu, choroby serca, retinopatia, nefropatia i neuropatia²³.

Globalne rozpowszechnienie cukrzycy w 2019 roku wyniosło około 9,3% (463 mln osób) populacji na świecie i według prognoz w 2030 roku ma wzrosnąć do 10,2% (578 mln), a w 2045 roku nawet do 10,9% (700 mln). Szacuje się, że zdecydowaną większość, bo około 90% wszystkich osób z cukrzycą na świecie, stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2 (T2DM)⁴. Za szybki globalny wzrost liczby osób z T2DM w ostatnich dziesięcioleciach odpowiadają zmiany środowiskowe, styl życia oraz starzenie się populacji⁵. Obecnie największa liczba osób w wieku podeszłym z cukrzycą zamieszkuje takie kraje jak Chiny (35,5 mln), USA (14,6 mln), Indie (12,1 mln) i Niemcy (6,3 mln)⁶.

W Polsce w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln dorosłych osób (9,1%), a 84% z nich stanowiły osoby w wieku 55 lat i więcej⁷. Z danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w populacji osób dorosłych w Polsce w latach 2013-2018 zachorowalność na cukrzycę wzrosła o 13,7%, a najwięcej osób chorych zamieszkuje województwo śląskie i łódzkie⁸.

Cukrzyca a problem wielochorobowości i CVD

Jednym z głównych problemów w zarządzaniu opieką nad pacjentami z cukrzycą jest zjawisko wielochorobowości (ang. multimorbidity). Jest ono definiowane jako występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych u tego samego pacjenta⁹. Z badań Populier et al. (2018) wynika, że w ciągu 16 lat od rozpoznania cukrzycy typu 2 u ponad 80% osób rozwiną się dodatkowe choroby przewlekłe, a odsetek żyjących z dwiema lub większą liczbą chorób przewlekłych wynosi 47,6%¹⁰. Z cukrzycą najczęściej współistnieją choroby sercowo-naczyniowe (CVD), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, nadwaga/otyłość i niewydol-

ność nerek^{11,12}. Wielochorobowość u osób z cukrzycą typu 2 wiąże się z gorszą jakością życia, utratą sprawności fizycznej, przedwczesnymi zgonami, wysokimi kosztami leczenia, nadmiernym obciążaniem systemów opieki zdrowotnej, problemami ze zdrowiem psychicznym, zjawiskiem polipragmazji i doświadczaniem przez tych chorych fragmentarycznej opieki¹³.

Choroby sercowo-naczyniowe (CVD), w tym choroba wieńcowa i udar mózgu, są głównymi przyczynami zgonów osób żyjących z cukrzycą, powodując 2/3 zgonów u osób z cukrzycą typu 2. Co więcej, osoby z cukrzycą są dwukrotnie bardziej narażone na choroby serca lub udar niż osoby bez cukrzycy¹⁴. Jest to związane z faktem, że czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak otyłość, nadciśnienie i dyslipidemia są powszechne u pacjentów z cukrzycą, narażając ich na zwiększone ryzyko incydentów sercowych¹⁵. W wielu badaniach odkryto także mechanizmy biologiczne związane z DM, które niezależnie zwiększają ryzyko CVD u pacjentów z cukrzycą. Przegląd systematyczny 53 badań pokazał, że spośród 4 289 140 chorych z T2DM najwięcej, bo 29,1% miało miażdżycę naczyń, 21,2% - chorobę wieńcową, 14,9% - niewydolność serca, 14,6% - dusznicę bolesną, 10,0% - zawał serca a 7,6% - przebyło udar¹⁶. Względne ryzyko zachorowalności i śmiertelności z powodu CVD u dorosłych chorych na cukrzycę w porównaniu do tych bez cukrzycy wynosi od 1 do 3 u mężczyzn i od 2 do 5 u kobiet¹⁷. Dostępne statystyki z Polski pokazują, że w roku 2018 prawie co trzeci pacjent, któremu udzielono pomocy z powodu choroby niedokrwiennej serca lub udaru, miał cukrzycę⁸. Dlatego ukierunkowanie na czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów z cukrzycą ma kluczowe znaczenie dla zminimalizowania odległych powikłań sercowo-naczyniowych¹⁵.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że leczenie T2DM (cukrzyca typu 2) obejmuje złożony schemat terapeutyczny (doustne leki hipoglikemizujące i insulinoterapia), kontrolowanie poziomu glukozy we krwi, zdrową dietę, aktywność fizyczną oraz zarządzanie czynnikami ryzyka, które mogą przyczyniać się do uszkodzenia naczyń krwionośnych¹⁸. Jednakże dowiedziono, że w krajach rozwiniętych około 50% chorych na cukrzycę nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Postępujące rozpowszechnienie cukrzycy, współistnienie dodatkowych chorób przewlekłych u pacjentów z T2DM, w tym głównie chorób sercowo-naczyniowych¹⁹ oraz problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych - z jednej strony wskazują na konieczność objęcia tych chorych opieką zindywidualizowaną przez personel medyczny, a z drugiej powinny skłaniać samych pacjentów do podejmowania działań samoopiekuń-

czych. Właściwe prowadzenie samokontroli glikemii wymaga jednak systematycznej edukacji pacjenta, w szczególności w zakresie stosowania glukometru, umiejętności interpretacji uzyskanych wyników pomiarów oraz wykorzystywania tych wyników do modyfikacji diety, wysiłku fizycznego oraz dawek leków. Na tle powyższych zagadnień wyłania się istotna rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w utrzymaniu normo glikemii oraz w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Programy profilaktyczne w Polsce i na świecie

Z ekonomicznego oraz społecznego punktu widzenia profilaktyka należy do najskuteczniejszych i najbardziej korzystnych metod zwalczania chorób oraz ich powikłań. Rola i ranga profilaktyki są powszechnie znane, jednak za tą wiedzą nie podąża odpowiednia praktyka. Największy sukces profilaktyczny można odnieść, gdy postępowanie profilaktyczne jest skierowane do osób o wysokim poziomie ryzyka choroby wieńcowej, zawału serca oraz udaru mózgu. Tak więc pierwszym krokiem w prawidłowo prowadzonej profilaktyce powinno być wyszukanie osób o wysokim ryzyku.

W Polsce pierwszy Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy przyjęto w maju 2006 i był on realizowany w zakresie pilotażowych działań do 2008²⁰. W 2012 roku został wprowadzony ogólnokrajowy Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, którego celem było obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia wśród populacji objętej programem. Założeniem programu było wczesne wykrycie, redukcja występowania i natężenia czynników ryzyka, zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia oraz promocja zdrowego stylu życia. Program był realizowany w jednostkach POZ przez zespół składający się z lekarza i pielęgniarki. Do zadań pielęgniarki należały: rekrutacja uczestników, przeprowadzenie wywiadu dotyczącego stylu życia, wykonanie badań (pomiar RR, HR, BMI, obwody ramion, pasa, bioder) oraz wydanie skierowania na badania biochemiczne (stężenie glukozy w surowicy krwi, lipidogram). Następnie po zebraniu kompletu badań wraz z wywiadem, zadaniem pielęgniarki było określenie czynników ryzyka i skierowanie pacjenta na badanie lekarskie. Niezależnie od stopnia ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych pielęgniarka przeprowadzała jednorazową edukację na temat elementów modyfikowalnych stylu życia (palenie tytoniu, niezdrowe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej, otyłość i stres)²¹.

Najważniejsze aspekty opieki na poziomie POZ, a rola i kompetencje pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia. Większość potrzeb diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych populacji powinna być zaspokajana na poziomie POZ²². Koncepcja POZ jako fundamentu systemu zakłada: dostępność opieki (bliskość lokowania ośrodków opieki zdrowotnej i braku opłat za świadczenia), ciągłość opieki, powszechność (dostęp wszystkich pacjentów do opieki na równych prawach), uwzględnienie zasad etyki oraz kompleksowość opieki (współpraca lekarza z pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej)²³. Aby wypełnić powyższe pryncypia medycyny rodzinnej ustawodawca nałożył szereg zadań nie tylko na lekarza, ale również na pielęgniarkę POZ. Zadaniem pielęgniarki POZ jest między innymi podejmowanie działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym również chorób układu krążenia (CHUK). Chodzi tu między innymi o rozpoznawanie potrzeb i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców, realizację programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej i profilaktyki chorób, prowadzenie edukacji zdrowotnej i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, a także prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego²⁴. Taką właśnie grupą ryzyka będą pacjenci z cukrzycą, ponieważ są oni szczególnie narażeni na CHUK.

Świadczenia lekarza/pielęgniarki POZ mogą być realizowane w gabinecie, jak również w domu pacjenta. W Polsce w ostatnich latach nastąpiły istotne zmiany w odniesieniu do zawodu pielęgniarki zatrudnionej w POZ. W efekcie tych zmian zwiększyła się samodzielność i niezależność tego zawodu. Ustawodawca określił świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarki i położne mogą wykonywać bez zlecenia lekarskiego. Umożliwiono także pielęgniarce samodzielne ordynowanie niektórych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Warunkiem wystawienia recepty lub kontynuacji leczenia przez pielęgniarkę jest zebranie wywiadu z pacjentem, zlecenie bądź analiza badań biochemicznych i w związku z tymi działaniami wykrywanie czynników ryzyka wystąpienia powikłań²⁵.

Obecnie najważniejszym wyzwaniem jest wzmocnienie POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia

oraz zwiększenie udziału POZ w tym zakresie⁴. Celem tych działań jest opóźnienie leczenia specjalistycznego i poprawa jakości życia. Pacjenci z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej odnoszą korzyści z wczesnego rozpoznania i leczenia chorób towarzyszących oraz czynników zwiększających ryzyko CVD²⁶. W populacji ogólnej schorzenia przewlekłe są przyczyną 50-55% zgłoszeń. Pacjenci z cukrzycą typu 2 i po przebytych incydencie sercowo-naczyniowym najczęściej zgłaszają się z powodu konieczności wypisania powtórnej recepty. Wizyty związane z profilaktyką chorób i promocją zdrowia to zaledwie 10-15%²⁷. Świadczy to o konieczności położenia szczególnego nacisku na te działania pielęgniarki POZ, które są związane z promocją zdrowia i profilaktyką chorób u tych pacjentów. Aby realizować powyższe zadania pielęgniarka powinna dysponować odpowiednią wiedzą w tym zakresie.

Czołową światową instytucją zajmującą się formułowaniem oportunistycznych zaleceń z zakresu profilaktyki, w szczególności dla POZ, jest Amerykańska Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych (United States Preventive Services Task Force - USPSTF). Formułując zalecenia, wzięto pod uwagę wiek pacjenta w chwili rozpoczęcia i zakończenia interwencji profilaktycznej oraz odstępy czasowe jej kontroli. Poprzez klasy określono siłę i pewność potwierdzonych danych uzasadniających interwencję profilaktyczną, zaczynając od klas A i B (uznawanych za priorytetowe), klasę C (z niższym priorytetem), klasę D z zaleceniem zniechęcania do stosowania interwencji, aż do klasy I obejmujące świadczenia wymagające rozmowy z pacjentem (z uwagi na słabo potwierdzone dane dotyczące interwencji). Aktualne zalecenia profilaktyczne zawarte są w Przewodniku Klinicznych Świadczeń Profilaktycznych USPSTF z 2021 roku²⁸. Najistotniejsza różnica pomiędzy wytycznymi polskimi a USPSTF dotyczy cukrzycy. USPSTF zaleca skrining u wszystkich niemających objawów dorosłych z BP>135/80 mmHg niezależnie od wieku. Znajomość zaleceń dotyczących prewencji umożliwia pielęgniarce opracowanie indywidualnego planu interwencji wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 z dużym ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych (tabela 1, tabela 2).

Tabela 1. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę lub osób ze stanem przedcukrzycowym

ZALECENIA	Klasa a	Poziom b
Zaprzestanie palenia tytoniu przy wsparciu zaplanowanego poradnictwa zaleca się u wszystkich chorych na DM oraz osób z pre-DM	1	A
Interwencje w zakresie stylu życia zaleca się w celu opóźnienia lub niedopuszczenia do progresji pre-DM (takich jak IGT) do T2DM	1	A
Zmniejszone spożycie kalorii zaleca się w celu zmniejszenia nadmiernej masy ciała u chorych z pre-DM i chorych na DMc	1	A
Umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny, szczególnie połączenie ćwiczeń aerobowych i oporowych, przez > 150 min. tygodniowo zaleca się w ramach prewencji i kontroli DM, chyba że występują przeciwwskazania, np. ciężkie choroby współistniejące lub ograniczony przewidywany czas przeżycia	1	A
Należy rozważyć stosowanie diety śródziemnomorskiej, bogatej w wielo- i jednonienasycone kwasy tłuszczowe, w celu zmniejszenia ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych	Ila	B
Nie zaleca się suplementacji witamin ani mikroelementów w celu zmniejszenia ryzyka DM lub ryzyka CYD u chorych na DM	III	B

a - klasa zaleceń, b - poziom wiarygodności danych, c - powszechnie uznaje się, że u otyłych chorych celem jest redukcja 5% wyjściowej masy ciała, d - zaleca się, by wszyscy pacjenci ograniczali czas spędzany w pozycji siedzącej poprzez stosowanie > 10 min. przerw przeznaczonych na umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny (równoważnik ok. 1000 kroków). Skróty: CV - sercowo-naczyniowy, CVD - choroba sercowo-naczyniowa, DM - cukrzyca, IGT - nieprawidłowa tolerancja glukozy, pre-DM - stan przedcukrzycowy, T2DM - cukrzyca typu 2

Źródło: Wytyczne ESC dotyczące cukrzycy, stanu przedcukrzycowego i chorób układu sercowo-naczyniowego opracowane we współpracy z EASD 2019²⁹



Tabela 2. Kategorie ryzyka sercowo-naczyniowego

Ryzyko	Kryteria	Stężenia docelowe lipidów i apoB
Bardzo duże	-ChSN udokumentowana klinicznie lub udokumentowana jednoznacznie na podstawie badań obrazowych -cukrzyca z uszkodzeniem narządowym lub ≥ 3 głównymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (palenie tytoniu, dyslipidemia lub nadciśnienie tętnicze) lub cukrzyca typu 1 o wczesnym początku (trwająca >20 lat) -hipercholesterolemia rodzinna z ChSN na podłożu miażdżycy lub z innym głównym czynnikiem ryzyka -ciężka PChN (GFR <30 ml/min./1,73 m ²) -SCORE $\geq 10\%$	-LDL-C $<1,4$ mmol/l (<55 mg/dl) ^e i zmniejszenie stężenia wyjściowego o $>50\%$ -nie-HDL-C $<2,2$ mmol/l (<85 mg/dl) -apoB <65 mg/dl
Duże	-znacznie nasilony pojedynczy czynnik ryzyka: szczególnie stężenie cholesterolu całkowitego >8 mmol/l (310 mg/dl) lub LDL-C $>4,9$ mmol/l (190 mg/dl), lub ciśnienie tętnicze $\geq 180/110$ mm Hg -chorzy na cukrzycę bez uszkodzenia narządowego, z cukrzycą od >10 lat lub z dodatkowym czynnikiem ryzyka -hipercholesterolemia rodzinna bez innych głównych czynników ryzyka -umiarkowana PChN (GFR 30-59 ml/min./1,73 m ²) -SCORE $\geq 5\%$ i $<10\%$	-LDL-C $<1,8$ mmol/l (<70 mg/dl) i zmniejszenie stężenia wyjściowego o $\geq 50\%$. -nie-HDL-C $<2,6$ mmol/l (<100 mg/dl) -apoB <80 mg/dl
Umiarkowane	-SCORE $\geq 1\%$ i $<5\%$ -młodzi chorzy na cukrzycę (<35 r.ż. z cukrzycą typu 1 i <50 r.ż. z cukrzycą typu 2) od <10 lat, bez innych czynników ryzyka	-LDL-C $<2,6$ mmol/l (<100 mg/dl) -nieHDL-C $<3,4$ mmol/l (<130 mg/dl) -apoB <100 mg/dl
Małe	-SCORE $<1\%$	-LDL-C $<3,0$ mmol/l (<115 mg/dl)

- a Dotyczy prewencji pierwotnej i wtórnej.
- b Przebyty ostry zespół wieńcowy (zawał serca lub niestabilna dławica piersiowa), przewlekły zespół wieńcowy, rewaskularyzacja wieńcowa lub zabieg rewaskularyzacji innych tętnic, udar mózgu lub napad przemijającego niedokrwienia mózgu, choroba tętnic obwodowych.
- c Istotne blaszki miażdżycowe w koronarografii lub angio-TK (wielonaczyniowa ChW ze zwężeniem $>50\%$ w 2 głównych tętnicach nasierdziejowych) lub w USG tętnic szyjnych.
- d Mikroalbuminuria, retinopatia lub neuropatia.
- e U chorych na ChSN na podłożu miażdżycy, u których w ciągu ostatnich 2 lat wystąpił drugi incydent sercowo-naczyniowy (niekoniecznie tego samego rodzaju, co pierwszy) podczas leczenia statyną w maksymalnej tolerowanej dawce (uznanych za obciążonych ekstremalnym ryzykiem), można rozważyć dążenie do stężenia docelowego LDL-C $<1,0$ mmol/l (<40 mg/dl). f Wartość wyjściowa odnosi się do stężenia LDL-C u osoby nieprzyjmującej żadnych leków zmniejszających stężenie LDL-C; u osób, które przyjmują takie leki, należy oszacować, jakie było wyjściowe stężenie LDL-C (bez leczenia) na podstawie średniej skuteczności danego leku lub skojarzenia leków zmniejszających stężenie LDL-C; kalkulator na stronie <https://www.mp.pl/kalkulatory/show.html?id=224679>.

Uwaga: przykłady czynników modyfikujących ryzyko, których obecność lub nieprawidłowości mogą wpłynąć na zmianę wysokości ryzyka (szczególnie umiarkowanego) wg SCORE: 1) wykluczenie społeczne lub brak wsparcia społecznego, stres psychospołeczny; 2) przedwczesna ChSN w wywiadzie rodzinnym (<55 r.ż. u mężczyzn, <60 r.ż. u kobiet); 3) otyłość i otyłość brzuszna; 4) brak aktywności fizycznej; 5) przewlekłe choroby zapalne o podłożu autoimmunologicznym; 6) poważne choroby psychiczne; 7) leczenie z powodu zakażenia HIV; 8) migotanie przedsionków; 9) przerost lewej komory serca; 10) PChN; 11) obturacyjny bezdech senny; 12) niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby.

Badania obrazowe, których nieprawidłowe wyniki mogą modyfikować ryzyko u osób obciążonych ryzykiem małym lub umiarkowanym: 1) wskaźnik uwapnienia tętnic wieńcowych w TK; 2) blaszki miażdżycowe stwierdzone w USG tętnic szyjnych lub udowych.

angio-TK - angiografia metodą tomografii komputerowej, apoB - apolipoproteina B, ChSN - choroba sercowo-naczyniowa, ChW - choroba wieńcowa, GFR - przesączanie kłębuszkowe, HDL-C - cholesterol frakcji lipoprotein o dużej gęstości, HIV - ludzki wirus niedoboru odporności, LDL-C - cholesterol frakcji lipoprotein o małej gęstości, PChN - przewlekła choroba nerek, TK - tomografia komputerowa, USG - ultrasonografia

Źródło: Wytyczne ESC i EAS 2019, zmodyfikowane³⁰

Edukacja diabetologiczna jest uznaną częścią opieki diabetologicznej. Dwie organizacje, Association of Diabetes Care & Education Specialists (ADCES) i American Diabetes Association (ADA) akredytują programy edukacji diabetologicznej. Opracowany zestaw narzędzi edukacyjnych i wsparcia w zakresie samodzielnego leczenia cukrzycy (DSMES) jest wszechstronnym źródłem umożliwiającym osiągnięcie sukcesu w edukacji i wsparciu w zakresie samodzielnego zarządzania cukrzycą (tabela 3). Wyniki badań potwierdzają interdyscyplinarne podejście zespołowe do opieki, edukacji i wsparcia diabetologicznego³¹.

Tabela 3. Lista kontrolna dostarczania i modyfikowania DSMES w czterech krytycznych momentach³²

Cztery krytyczne momenty	Rola specjalisty/pielęgniarki POZ
W diagnozie (seria wizyt)	-Ocenianie wpływów kulturowych, społecznych determinantów zdrowia, przekonań zdrowotnych, aktualnej wiedzy, ograniczeń fizycznych, wsparcia rodziny, statusu finansowego i zawodowego, historii medycznej, preferencji i barier w nauce, umiejętności czytania i pisanie oraz liczenia, aby określić, jakie treści podać i w jaki sposób -Leki - wybory, dostęp, działanie, miareczkowanie, skutki uboczne -Monitorowanie stężenia glukozy we krwi - kiedy sprawdzać, interpretować i wykorzystywać zarządzanie wzorcami stężenia glukozy w celu uzyskania informacji zwrotnej -Aktywność fizyczna - bezpieczeństwo, cele/rekomendacje krótkoterminowe vs. długoterminowe -Zapobieganie, wykrywanie i leczenie ostrych i przewlekłych powikłań -Odżywianie - plan żywieniowy, planowanie posiłków, kupowanie jedzenia, przygotowywanie posiłków, porcjowanie jedzenia -Zmniejszenie ryzyka - zaprzestanie palenia, pielęgnacja stóp, ryzyko kardiologiczne -Opracowywanie osobistych strategii rozwiązywania problemów obaw psychospołecznych; przystosowanie się do życia z cukrzycą -Opracowywanie osobistych strategii promujących zmianę zdrowia i zachowania -Identyfikowanie problemów i rozwiązań -Identyfikowanie zasobów i dostępu do nich
Rocznie i/lub, gdy pacjenci nie osiągają celów leczenia	-Przejrzyj i wzmocnij cele leczenia i potrzeby w zakresie samoleczenia -Dokonaj przeglądu barier dla skuteczności leczenia -Połóż nacisk na zmniejszenie ryzyka powikłań i promowanie jakości życia -Omów, jak dostosować leczenie cukrzycy i samoleczenie do sytuacji życiowych i konkurencyjnych wymagań -Wspieraj wysiłki na rzecz utrzymania początkowych zmian zachowania i radzenia sobie z ciągłym obciążeniem cukrzycą

Kiedy rozwijają się czynniki komplikujące	-Zapewnij wsparcie w zakresie umiejętności samodzielnego radzenia sobie w celu opóźnienia progresji choroby i zapobiegania nowym powikłaniom -Zapewnij/skieruj wsparcie emocjonalne w przypadku cierpienia i depresji związanej z cukrzycą -Opracuj i wspieraj osobiste strategie zmiany zachowania i zdrowego radzenia sobie -Opracuj osobiste strategie, aby dostosować się do ograniczeń sensorycznych lub fizycznych, dostosować się do nowych wymagań dotyczących samzarządzania oraz promować zmiany w zakresie zdrowia i zachowania
---	--

Tabela 3, ciąg dalszy - Lista kontrolna dostarczania i modyfikowania DSMES w czterech krytycznych momentach³²

Cztery krytyczne momenty	Rola specjalisty/pielęgniarki POZ
Kiedy następują zmiany w życiu i opiece	-W razie potrzeby dostosuj plan samodzielnego leczenia cukrzycy -Zapewnij wsparcie w zakresie umiejętności samodzielnego samozarządzania i poczucia własnej skuteczności -Określ poziom znaczącego zaangażowania innych osób oraz ułatw edukację i wsparcie -Zapewnij pomoc w stawianiu czoła wyzwaniom wpływającym na zwykły poziom aktywności, zdolność do funkcjonowania, korzyści zdrowotne i dobre samopoczucie -Podejmij działania w celu maksymalizacji jakości życia i wsparcia emocjonalnego dla osoby z cukrzycą (i członków rodziny) -Zapewnij edukację innym zaangażowanym w opiekę -Ustal plany komunikacji i dalszych działań z dostawcą, rodziną i innymi osobami -Opracuj cele i osobiste strategie w celu promowania zdrowia i zmiany zachowań oraz poprawy jakości życia

Przegląd efektywności interwencji z udziałem pielęgniarki podejmowanych na świecie na poziomie POZ wobec pacjentów z cukrzycą

Opublikowany w sierpniu 2014 przegląd systematyczny obejmujący 71 badań, jednoznacznie potwierdził skuteczność interwencji dotyczących modyfikacji stylu życia w redukcji czynników ryzyka chorób ser-

cowo-naczyniowych³³. W badaniu szwedzkim, prowadzonym w grupie mężczyzn wysokiego ryzyka (z cukrzycą i rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową), odnotowano redukcję o 23% incydentów sercowo-naczyniowych w ciągu ok. 6-letniej obserwacji na skutek intensywnie prowadzonych działań edukacyjnych równoległe z terapią farmakologiczną zgodnie z zaleceniami terapeutycznymi³⁴.

Badanie retrospektywne McLendon i wsp., które przeprowadzono w POZ na celowo wybranej próbie pacjentów dorosłych (n=59 osób w wieku 21-76 lat ze stężeniem hemoglobiny glikowanej powyżej 8%), pokazało efektywność wprowadzonych interwencji. Interwencje te obejmowały zarządzanie opieką pielęgniarską, konsultacje w zakresie telemedycyny w zakresie endokrynologii, a także edukację w zakresie samodzielnego leczenia cukrzycy (DSME), w celu poprawy zarządzania chorobą i zapobiegania powikłaniom. Wykazano istotne zmniejszenie HbA1c poprawę wyniku testu DSME, zmniejszenie liczby hospitalizacji w oddziale ratunkowym oraz zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala. Pacjenci i świadczeniodawcy wykazali duże zadowolenie z elementów programu. Mniejsze wykorzystanie szpitala zmniejszyło koszty oddziałów ratunkowych o 51,4%, a koszty hospitalizacji o 96%³⁵.

Badanie Gabbay i wsp., którym objęto 545 pacjentów z cukrzycą typu 2, także pokazało, że zaangażowanie pielęgniarek przeszkolonych w zakresie prowadzenia interwencji motywacyjnych może być bardzo efektywne. W tym badaniu grupa interwencyjna spotykała się indywidualnie w swojej przychodni podstawowej opieki zdrowotnej z pielęgniarkami prowadzącymi: na początku badania i kolejno po 2 i 6 tygodniach, 3, 6 oraz 12 miesiącach. Wizyty trwały około godziny. Grupa interwencyjna uczestników mogła również kontaktować się ze swoją pielęgniarką telefonicznie lub e-mailem między wizytami. W efekcie prowadzonych interwencji okazało się, że skurczowe RR było lepsze w grupie interwencyjnej. Z kolei HbA1c, LDL i ciśnienie rozkurczowe uległy poprawie zarówno w grupie interwencyjnej, jak i w grupie kontrolnej (HbA1c - grupa kontrolna 9,1 do 8,0%, grupa interwencyjna 8,8 do 7,8%), LDL (grupa kontrolna 127 do 100 mg/dl, grupa interwencyjna 128 do 102 mg/dl), ciśnienie rozkurczowe (grupa kontrolna 78 do 74 mm Hg, grupa interwencyjna 80 do 74 mm Hg). Ponadto wyniki dotyczące objawów depresji były lepsze w grupie interwencyjnej, a zmniejszenie stresu związanego z cukrzycą zbliżyło się do istotności statystycznej³⁶.

Ishani i wsp. także pokazali, że pielęgniarki prowadzące określone przypadki pacjentów z cukrzycą stosując

zalecany algorytm leczenia mogą skutecznie wpłynąć na kontrolę czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w ciągu 1 roku. Badacze przeprowadzili randomizowane badanie kontrolne u pacjentów z cukrzycą, u których ciśnienie krwi (BP) wynosiło $>140/90$ mm Hg, hemoglobina A_{1c} (HbA_{1c}) $>9,0\%$ lub LDL >100 mg/dl. Pacjenci we współpracy z pielęgniarkami ustalili cele modyfikacji stylu życia i opracowali osobiste plany działania. Spotkania pielęgniarek z pacjentami początkowo odbywały się co 2 tygodnie. Częstotliwość tych kontaktów zmniejszała się w miarę osiągania przez pacjenta celów BP i glikemii w domu. Czas trwania badania wynosił 12 miesięcy i odbywało się ono w domu pacjenta. Grupa interwencyjna w porównaniu z grupą kontrolną osiągnęła indywidualne cele leczenia w zakresie HbA_{1c} $<8,0\%$ (73,7 vs. 65,8%, $p = 0,04$) oraz BP $<130/80$ mmHg (45,0 vs. 25,4%)³⁷.

Z kolei Krein i wsp. poddali badaniu 246 weteranów z cukrzycą i wyjściowym stężeniem hemoglobiny A_{1c} (HbA_{1c}) $>7,5\%$. W grupie interwencyjnej dwie pielęgniarki pracowały z pacjentami i ich świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, monitorując i koordynując opiekę nad grupą interwencyjną przez 18 miesięcy za pośrednictwem kontaktów telefonicznych. Zadaniem pielęgniarek było zachęcanie pacjentów do samozarządzania, w tym do utrzymania diety i ćwiczeń; dostarczanie przypomnień o zalecanych badaniach, udzielanie pomocy w umawianiu wizyt kontrolnych, a także w zakresie monitorowania poziomu glukozy i ciśnienia krwi w domu oraz identyfikowanie i inicjowanie zmiany leków i dawek w razie potrzeby (zarządzanie przypadkiem ambulatoryjnym). Grupa kontrolna otrzymywała materiały edukacyjne i zwykłą opiekę od swoich świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Badacze pokazali, że na zakończenie badania pacjenci z obu badanych grup pozostawali pod słabą kontrolą glikemii i nie było różnicy między grupami w średnim wyjściowym poziomie HbA_{1c} (9,3% vs. 9,2%; różnica = 0,1%). Nie było również dowodów na to, że interwencja spowodowała poprawę poziomu cholesterolu, kontrolę ciśnienia krwi lub większą intensyfikację leczenia farmakologicznego. Jednak pacjenci interwencyjni byli znacznie bardziej zadowoleni ze swojej opieki diabetologicznej, przy czym 82% oceniało swoich świadczeniodawców jako lepszych niż przeciętnie w porównaniu z 64% pacjentów w grupie kontrolnej³⁸.

Podsumowanie

U wszystkich pacjentów z cukrzycą typu 2 wskazane jest ukierunkowanie działań na zachęcanie pacjentów

do samozarządzania chorobą, w tym do utrzymania diety i ćwiczeń, dostarczanie przypomnień o zalecanych badaniach, udzielanie pomocy w umawianiu wizyt kontrolnych, a także w zakresie monitorowania poziomu glukozy i ciśnienia krwi w domu oraz identyfikowanie i inicjowanie zmiany leków i dawek w razie potrzeby (zarządzanie przypadkiem ambulatoryjnym). Zapobieganie występowaniu powikłań sercowo-naczyniowych w przebiegu cukrzycy poprzez wczesne wykrycie czynników ryzyka i skuteczne ich eliminowanie staje się wyzwaniem współczesnej pielęgniarki POZ. W związku z tym, że duży odsetek chorych na cukrzycę nie przestrzega zaleceń terapeutycznych, co bezpośrednio przyczynia się do rozwoju późnych powikłań, leczenie zaplanowane we współpracy z pacjentem oznacza większą akceptację i realizację postępowania terapeutycznego. Interwencje z udziałem pielęgniarki POZ mające na celu redukcję czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w odniesieniu do indywidualnego pacjenta z cukrzycą mogą przynosić wymierne korzyści pod warunkiem, że prowadzone działania odwołują się do jego sfery poznawczej, jak i behawioralnej.





Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych

Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych i Okręgowy Rejestr Pielęgniarek i Położnych

Na podstawie Art. 43. Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej

(Dz. U. z 2011r. Nr 174 poz. 1039 ze zm.):

1. Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych prowadzi Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.
2. Rejestr jest prowadzony w formie elektronicznej, w sposób uniemożliwiający jego uszkodzenie, zniszczenie lub dostęp osób nieupoważnionych.
3. W rejestrze są gromadzone dane pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.
4. Dane są gromadzone i aktualizowane na podstawie danych wpisanych do rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych i przekazywanych na podstawie art. 48 ust. 7 ww. ustawy
5. Dane pielęgniarek i położnych, których prawo wykonywania zawodu wygasło, są usuwane z rejestrów po upływie 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.

Rejestr zawiera następujące dane pielęgniarki lub położnej (art. 44 ust.1):

1. imię (imiona) i nazwisko;
2. nazwisko rodowe;
3. imiona rodziców;
4. płeć;
5. miejsce i datę urodzenia;
6. numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
7. numer identyfikacji podatkowej (NIP);
8. obywatelstwo (obywatelstwa);
9. adres miejsca zamieszkania;
10. tytuł zawodowy;
11. numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu albo o ograniczonym prawie wykonywania

- zawodu oraz numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania;
12. informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska;
13. informację o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu;
14. nazwę ukończonej szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych, numer dyplomu i datę jego wydania oraz rok ukończenia tej szkoły;
15. datę rozpoczęcia wykonywania zawodu;
16. datę i miejsce rozpoczęcia i ukończenia stażu podyplomowego – jeżeli dotyczy;
17. datę i rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego, nazwę organizatora kształcenia wydającego zaświadczenie oraz w przypadku szkolenia specjalizacyjnego – numer dyplomu oraz datę jego wystawienia;
18. stopień naukowy, datę jego uzyskania oraz nazwę organu nadającego stopień;
19. tytuł naukowy, datę jego uzyskania oraz nazwę organu nadającego tytuł;
20. nazwę pracodawcy oraz datę zatrudnienia i stanowisko, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu;
21. informację o prowadzeniu indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki wraz z numerem wpisu do właściwego rejestru;
22. informację o zaprzestaniu wykonywania zawodu;
- 22a. informację o czasowym zaprzestaniu wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 26a;
23. informację o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu;
24. informację o przyczynie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu;
25. stosunek do służby wojskowej – w odniesieniu do obywateli Rzeczypospolitej Polskiej;
26. informację o skreśleniu z rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych prowadzonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych;
27. datę zgonu.

Wypisy i udostępnianie danych z Rejestru

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych udostępnia informacje, o których mowa w pkt 1, 10-13, 18 i 19, 21-24 i 26, w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na wnio-

sek osoby wpisanej do rejestru, o którym mowa w art. 43 ust. 1, niezwłocznie wydaje wypis z rejestru, o którym mowa w art. 43 ust. 1, w zakresie dotyczącym tej osoby. Wydanie wypisu jest bezpłatne.

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na wniosek odpowiednich władz lub organizacji państwa członkowskiego Unii Europejskiej udostępnia z rejestru, o którym mowa w art. 43 ust. 1, niezbędne do uznania kwalifikacji informacje, o które wnoszą odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a które mogą mieć wpływ na podjęcie lub wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium tego państwa.
- Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na wniosek osoby wpisanej do rejestru niezwłocznie wydaje wypis z rejestru, w zakresie dotyczącym tej osoby. Wydanie wypisu jest bezpłatne.

Obowiązek zawiadamiania o zmianie danych w Rejestrze

Pielęgniarka i położna wpisane do rejestru, o którym mowa w art. 43 ust. 1, są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Zmiany danych pielęgniarki i położnej wpisanych do rejestrów dokonuje się na podstawie pisemnego oświadczenia pielęgniarki lub położnej.

Informujemy, że Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych umożliwia pod adresem:

nipip.pl/weryfikacja-pwz

możliwość sprawdzenia czy konkretna osoba posiada prawo wykonywania zawodu i jest zarejestrowana.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie, zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 01 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 z 2011 r. poz. 1038) PRZYPOMINA O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH OSOBOWYCH w zakresie:

- ukończenia specjalizacji celem wpisania do dokumentu – należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu i dyplom specjalizacji
- zmiany nazwiska celem wpisania do dokumentu – należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu i odpis skrócony aktu małżeństwa
- kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i kształcących – należy dostarczyć zaświadczenie o ich ukończeniu
- studiów licencjackich i magisterskich na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo – należy dostarczyć dyplom ich ukończenia
- uzyskania stopni i tytułów naukowych - należy dostarczyć dyplom ich nadania
- zmiany adresu zamieszkania
- zmiany miejsca pracy
- przejścia na emeryturę, rentę,
- przebywania na bezrobociu
- zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej

Przedłożone oryginały ww. dokumentów kserujemy na miejscu.

Przynależność do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę. Pielęgniarki i położne stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru. Pielęgniarki i położne przestają być członkami samorządu z dniem wykreślenia z rejestru. W razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarka i położna jest obowiązana dokonać wyboru okręgowej izby, której będzie członkiem. W przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, a także w przypadku, jeżeli w wyniku tego miałoby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej

izby, pielęgniarka i położna składa wniosek o wykreślenie jej z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanych wyborze okręgowej izby, której chce zostać członkiem. Po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarka i położna składa wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby. W przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna składa wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu.

Rejestry i obowiązek uaktualniania danych. !PRZYPOMINAMY!

Pielęgniarka i położna wpisane do okręgowego rejestru, są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Zmiany danych pielęgniarki i położnej w rejestrze dokonuje się wyłącznie na podstawie pisemnego oświadczenia pielęgniarki lub położnej.

jest naczelnik urzędu skarbowego. Inne organy egzekucyjne to m. in. dyrektor oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dyrektor izby celnej i in.

Organ egzekucyjny wszczyna egzekucję administracyjną na wniosek wierzyciela i na podstawie wystawionego przez niego tytułu wykonawczego, sporządzonego według ustalonego wzoru. Egzekucja administracyjna może być wszczęta, jeżeli wierzyciel, po upływie terminu do wykonania przez zobowiązanego obowiązku, przesłał mu pisemne upomnienie, zawierające wezwanie do wykonania obowiązku z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę postępowania egzekucyjnego. Postępowanie może być wszczęte po upływie 7 dni od dnia doręczenia tego upomnienia. W przypadku nieopłacenia przez członka okręgowej izby pielęgniarek i położnych w określonym terminie składek członkowskich, izba ta może we wskazanym trybie wystawić tytuł wykonawczy, a następnie wystąpić o wszczęcie egzekucji.

Wszczęcie egzekucji administracyjnej następuje z chwilą doręczenia zobowiązanemu odpisu tytułu wykonawczego bądź doręczenia dłużnikowi zajętej wierzytelności zawiadomienia o zajęciu wierzytelności lub innego prawa majątkowego, jeżeli to doręczenie nastąpiło przed doręceniem zobowiązanemu odpisu tytułu wykonawczego.



Egzekwowanie składek członkowskich

Opinia prawną w sprawie egzekwowania składek przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych od swych członków.

Zgodnie z przepisem art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, nieopłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji

Przepisy ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji wskazują natomiast, iż organem egzekucyjnym uprawnionym do stosowania wszystkich środków egzekucyjnych w egzekucji administracyjnej należności pieniężnych





Składki członkowskie

Zawód

Pytanie pochodzi z publikacji Serwis Prawo i Zdrowie.

Czy okręgowa izba pielęgniarek i położnych może wymagać od pracodawcy wykazu pielęgniarek i położnych oraz kwot opłacanych składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego?

Odpowiedź:

Obowiązek opłacania składki członkowskiej przez pielęgniarkę, położną wynika z art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) - dalej u.s.p.p., który stanowi, że członkowie samorządu mają obowiązek regularnie opłacać składkę członkowską. Wysokość składki określa w drodze uchwały Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych (art. 20 pkt 11 u.s.p.p.). Natomiast przepisy ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych nie przewidują, aby pracodawca dokonywał naliczenia i potrącenia z wynagrodzenia za pracę, składki członkowskiej na rzecz samorządu zawodowego. Jedynie w sytuacji, gdy właściwa okręgowa izba pielęgniarek i położnych zawrze umowę z pracodawcą, wówczas ten zobowiązany będzie do naliczania, potrącania i przekazywania składek, pod warunkiem, że pielęgniarka, położna wyrazi w formie pisemnej zgodę na dokonywanie potrąceń z wynagrodzenia - por. art. 91 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 z późn. zm.). Dodać należy, że umowa winna określać, iż oprócz obowiązku przekazania składek potrąconych z wynagrodzeń poszczególnych pielęgniarek i położnych, pracodawca powinien doręczyć stosowny wykaz zawierający imię i nazwisko pielęgniarki, położnej oraz kwotę potrąconej składki.

W przypadku braku umowy sytuacja jest bardziej skomplikowana. Prawdopodobnie pytanie dotyczące możliwości wymagania od pracodawcy udostępnienia okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wykazu pielęgniarek i położnych zatrudnionych u danego pracodawcy wraz kwotą opłacanych składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego, zrodziło się w sytuacji, gdy pielęgniarki, położne nie aktualizują swoich danych w rejestrze i nie opłacają regularnie składek członkowskich, a okręgowa izba pielęgniarek i położnych nie zawarła stosownej umowy z pracodawcą. W takiej sytuacji nie można w ogóle mówić

o kwotach odprowadzanych składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego z uwagi na brak podstawy prawnej do ich przekazywania. Wówczas problemem może okazać się ustalenie wysokości należnej składki,

ponieważ Uchwała nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału w § 2 ust. 1 pkt 1 stanowi, że miesięczna składka członkowska wynosi 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego. Wobec takich regulacji trudnym może okazać się wyliczenie kwoty składki.

W związku z faktem, że ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p., nie zawierają regulacji obligujących pracodawcę do udostępnienia danych osobowych pielęgniarek, położnych, należy rozważyć skorzystanie z przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2014, poz. 1182 z późn. zm.) - dalej u.o.d.o.

W kontekście ustawy o ochronie danych osobowych należy zwrócić uwagę na zadania publiczne ciążyące na samorządzie pielęgniarek i położnych. Jednym z tych zadań jest prowadzenie rejestru pielęgniarek i rejestru położnych. W myśl art. 48 ust. 1 u.z.p.p. rejestr pielęgniarek i rejestr położnych prowadzi okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Rejestr ten zawiera szereg szczegółowych danych dotyczących pielęgniarki, położnej enumeratywnie wyliczonych w art. 44 ust. 1 u.z.p.p. w tym nazwę pracodawcy oraz datę zatrudnienia i stanowisko, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu. Stosownie do art. 46 u.z.p.p. to na pielęgniarkę ciąży ustawowy obowiązek niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Udostępnianie danych osobowych przez administratora danych innemu podmiotowi stanowi, w myśl przepisu art. 7 pkt 2 u.o.d.o., jeden ze sposobów przetwarzania danych. Dopuszczalność przetwarzania danych osobowych określa art. 23 u.o.d.o. Poza sytuacją, w której dana osoba wyraża zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych, możliwe jest zastosowanie art. 23 ust. 1 pkt 4 u.o.d.o., w myśl którego przetwarzanie danych osobowych dopuszczalne jest tylko

wtedy, gdy jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 3 lipca 2009 r. sygn. Akt I OSK 1007/08).

Prowadzenie rejestru pielęgniarek i rejestru położnych jest zadaniem publicznym zleconym samorządowi zawodowemu przez organy państwa, uprawnionym jest wystąpienie do pracodawcy z wnioskiem o przekazanie wykazu pielęgniarek i położnych zatrudnionych u tego pracodawcy, gdy pielęgniarki i położne takich informacji nie przekazują. Powyższy przepis umożliwia okręgowej radzie pielęgniarek i położnych wystąpienie do pracodawcy w celu uzyskania danych niezbędnych do ich uaktualnienia w rejestrze.

Natomiast art. 23 ust. 1 pkt 5 u.o.d.o., może stanowić podstawę udostępnienia danych o wysokości wynagrodzenia pielęgniarki, położnej w celu ustalenia wysokości należnej samorządowi składki członkowskiej. Artykuł 23 ust. 1 pkt 5 u.o.d.o. dopuszcza bowiem przetwarzanie danych osobowych, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą. Wobec powyższego, w przypadku okręgowej izby pielęgniarek i położnych, w obliczu art. 11 ust. 2 pkt 4 u.s.p.p. wniosek taki jest uzasadniony, w szczególności w sytuacji, gdy niezbędne jest ustalenie prawidłowej wysokości składki członkowskiej, do uiszczenia której obowiązują pielęgniarkę, położną przepisy ustawy.

Na marginesie dodać należy, że w myśl art. 92 u.s.p.p. nieopłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, co wzmacnia niejako pozycję okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

W sytuacji, gdy pracodawca odmówi udostępnienia ww. danych osobowych, przedmiotową odmowę należałoby zaskarżyć do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, który w oparciu o art. 18 ust. 1 u.o.d.o., w formie decyzji administracyjnej może nakazać pracodawcy (administratorowi danych) przywrócenie stanu zgodnego z prawem, a mianowicie nakazać udostępnienie żądanych danych.

Iwona Choromańska,

autorka współpracuje z Serwisem Prawo i Zdrowie

„Nie umiera ten, kto pozostaje w sercach bliskich”

Koleżance Agnieszce Ślęzyk wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Mamy składają koleżanki z Miejskiej Przychodni Lekarskiej Nr III w Tarnowie



*„Są chwile, by działać,
i takie, kiedy należy pogodzić
się z tym, co przynosi los...”*

Serdeczne wyrazy współczucia dla Pani Jadwigi Tarsia
z powodu śmierci Mamy składa
Prezydium ORPiP Okręgowej Izby w Tarnowie.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie

ul. Południowa 10, 33-100 Tarnów



KURSY SPECJALISTYCZNE

- » Endoskopia (03.10.2022-29.12.2022)
- » Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu (28.10.2022-27.01.2023)
- » Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.I (29.09.2022-24.11.2022)
- » Pielęgowanie pacjenta wentylowanego mechanicznie (22.09.2022-20.12.2022)
- » Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (19.09.2022-16.12.2022)
- » Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka (05.10.2022-19.12.2022)
- » Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (26.09.2022-08.11.2022)
- » Szczepienia ochronne dla położnych (26.09.2022-08.11.2022)
- » Wykonanie badania spirometrycznego (28.10.2022-09.01.2023)
- » Wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych (15.09.2022-15.12.2022)
- » Wywiad i badanie fizykalne (16.01.2023-16.03.2023)
- » Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe (10.10.2022-19.12.2022)
- » Leczenie ran dla pielęgniarek (07.11.2022-10.01.2023)
- » Leczenie ran dla położnych (07.11.2022-10.01.2023)

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE:

- » Pielęgniarstwo chirurgiczne, internistyczne, neonatologiczne oraz rodzinne (07.10.2022-28.04.2024)

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE w promocyjnej cenie dla członków OIPIP w Tarnowie:

- » Cewnikowanie pęcherza moczowego (21 listopada 2022)
 - » Opieka nad pacjentem z założonym portem naczyniowym (15 września 2022)
- 30 zł - członkowie OIPIP w Tarnowie , 60 zł - osoby spoza Izby

Szczegółowe informacje:

nr tel. 14 696-58-55

e-mail: ksztalcenie@oipiptarnow.pl

W celu zapisania się na kurs prosimy o zalogowanie się i wysłanie wniosku na wybrany termin w Systemie Monitorowania Kształcenia (SMK).