

REK I POŁOŻNYCH

cd. ze str. 6

uprawnień do ordynacji leków, ukończyła dwuletnie szkolenie specjalistyczne. Pytanie, w jakim zakresie. Bo może to jest właściwe rozwiązanie dla wykształcenia pielęgniarki-specjalistki w zakresie leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej. Dwuletnia specjalizacja z wieloma godzinami praktyki w zespole lekarzy rodzinnych. A wtedy ze znacznie szerszym zestawem leków, które miała by prawo ordynować.

Osobną sprawą, i tu jestem oboma rękami „za”, jest przyznawanie pielęgniarkom z dyplomem licencjata uprawnień do kontynuacji wdrożonego przez lekarza leczenia chorych przewlekle. Ich szkolenie powinno też być znacznie dłuższe niż przewi-

dziano i skoncentrowane na klinice chorób przewlekłych. Wypowiedzi pielęgniarek pozwalają wprowadzić wniosek, że wiele z nich uważa, że byłoby to mało ambitne, mechaniczne wyręczenie lekarza. I że już dziś w wielu Ośrodkach pielęgniarki to robią, choć podpisuje się na receptach lekarz. Ale to nie o to chodzi. Prawo do kontynuacji leczenia ma polegać na aktywnym podejmowaniu decyzji, czy lek można i należy ponownie zapisać. Ta „tylko” kontynuacja wymaga wiedzy, inteligencji i skrupulatności. Bo to też ocena, czy prowadzona terapia nadal daje korzyści i dostrzeganie w porę jej ewentualnych skutków negatywnych (działań ubocznych, interakcji z nowoprowadzanymi lekami). W trakcie latami stosowania tych sa-

mym leków w terapii nadciśnienia, astmy, cukrzycy, choroby wrzodowej, migotania przedsionków... dużo może się zdarzyć. Lek może przestać być skuteczny, może zacząć szkodzić. Rutyna sprawia, że nie jeden lekarz powtarza te leki machinalnie, bez zbadania, czy ich kontynuacja ma sens, a wierzę, że pielęgniarka, dowartościowana swą rolą, będzie to robić skrupulatnie.

Ale jest warunek „sine qua non”. Podstawą działań pielęgniarki kontynuującej leczenie musiała być jej akceptacja przez lekarza i ich wzajemna współpraca.

**Maciej Krzanowski, dr n. med.,
kardiolog**
przedruk: Rynek Zdrowia

Minister zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 roku podpisał nowe programy specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych. Poniżej publikujemy „wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.”

3/3

cd. ze str. 4

- skali bólowych i stopnia aktywności choroby (skala CDAI) w chorobie Leśniowskiego-Crohna;
- ocena stanu odżywienia MNA (Mini Nutritional Assessment);
- ocena stanu wydolności układu ruchu za pomocą skali klasy wydolności czynnościowej;
- ocena siły mięśniowej za pomocą skali Lovetta;
- ocena stanu funkcjonalnego w ramach całościowej oceny geriatrycznej: Barthel Index, IADL Lawton, Timed Up and go, AMTS;
- ocena stanu jamy ustnej za pomocą skali Becka oraz WHO u pacjentów ze schorzeniami w obrębie układu krwiotwórczego;
- ocena stopnia neutropenii za pomocą skali WHO;
- ocena stopnia samodzielności i samoopieki chorego ze schorzeniem neurologicznym, z wykorzystaniem wybranych skal: Skandynawska Skala Udarów Mózgu (NIHSS), skala Hunta-Hessa, GCS (Glasgow Coma Scale), Skala AVPU ocena stanu przytomności, Skala Niedomogi Pnia Mózgu (ITC), Krótka Ocena Stanu Psychicznego (MMSE), Skala Oceny Niesprawności Kurtzky'ego (EDSS), Skala Osiągnięć w SM, Skala Rankina (RS), Ocena Niezależności Funkcjonalnej (FIM), Zmodyfikowana Skala Oddziaływania Zmęczenia (MFIS).

4. Przygotowanie pacjenta i opieka po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych u pacjentów ze schorzeniem kardiologicznym, pulmonologicznym, gastroenterologicznym, nefrologicznym, endokrynologicznym, hematologicznym, reumatycznym oraz w okresie starości i objętych opieką paliatywną.

5. Przygotowanie pacjenta i opieka po specjalistycznych badaniach diagnostycznych układu nerwowego.

6. Ocena stopnia wyrównania cukrzycy na podstawie wyników badań biochemicznych i klinicznych oraz podejmowanie odpowiednich działań.

7. Wykonanie i analiza wyników badań:

- gazometria arterializowanej krwi włośniczkowej;
- pulsoksymetria;
- kapnometria;
- pomiar szczytowego przepływu wydychanego przy pomocy PEF-metru;
- pobranie płwociny do badania bakteriologicznego i cytologicznego;
- oznaczenie glikemii, glukozurii, acetonurii i mikroalbuminurii;

- doustny test tolerancji glukozy;
- upust krwi;
- plazmafereza manualna.

8. Wykonanie próby Rumpla Leede'a i interpretacja.

9. Podawanie insuliny penami, strzykawkami insulinowymi, pompami osobistymi i infuzyjnymi.

10. Modyfikowanie dawki insuliny krótkodziałającej w szczególnych sytuacjach.

11. Wykonywanie zabiegów z zakresu rehabilitacji oddechowej (drenaż ułożeniowy, opukiwanie (wstrząsanie) klatki piersiowej, sprężynowanie klatki piersiowej, oklepywanie klatki piersiowej) i toalety drzewa oskrzelowego.

12. Doraźne podanie tlenu bez zlecenia lekarskiego po ocenie stanu pacjenta.

13. Podawanie leków drogą wziewną i przygotowanie pacjenta do podawania leków drogą wziewną przy zastosowaniu różnego typu inhalatorów, nebulizatorów i przy uwzględnieniu jego stanu.

14. Przygotowanie pacjenta do samodzielnego podawania leków w domu: czynników wzrostu układu białokrwinkowego, Interferonu.

15. Opatrywanie ran odleżynowych I i II°.

16. Przygotowanie pacjenta do podawania leków biologicznych drogą podskórną.

17. Dokumentowanie stanu zdrowia pacjenta.

18. Formulowanie diagnozy pielęgniarskiej i przygotowanie, realizowanie i dokumentowanie przebiegu opieki u pacjentów leczonych internistycznie.

19. Ocena przygotowania do samoopieki u pacjentów ze schorzeniem kardiologicznym, pulmonologicznym, gastroenterologicznym, nefrologicznym, endokrynologicznym, hematologicznym, reumatycznym, neurologicznym oraz w okresie starości i objętych opieką paliatywną.

20. Opracowanie i realizacja programu edukacji zdrowotnej dla wybranego pacjenta w zakresie modyfikowalnych czynników ryzyka schorzeń internistycznych.

21. Prowadzenie programów edukacji zdrowotnej wobec chorego i jego rodziny w zakresie stylu życia wskazanego w chorobach internistycznych.

22. Prowadzenie poradnictwa dla opiekunów osób chorych w zakresie postępowania pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego wobec pacjentów ze schorzeniami internistycznymi.

Nowe zasady

Zjazd krajowy władz izby określił nowe zasady ściągania obowiązkowych składek członkowskich od pielęgniarek i położnych. Poniżej publikujemy treść uchwał nr 18 i 22, które zostały opublikowane na stronie internetowej naczelnej izby.

Uchwała VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 18 i 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

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

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

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

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

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;

2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;

3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza

terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

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

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

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

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

2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem,*

3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,

4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,

5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu,

6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielę-

gniarnstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu.

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

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgową stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

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

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

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

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